



BONUS DO ATLASU MAP MYŚLI MIĘŚNI

+50 PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

*Komentowane przypadki kliniczne do ćwiczenia rozumowania
klinicznego i zastosowania poznanego materiału w praktyce*

8 REGIONÓW - WYWIAD - BADANIE - ROZPOZNANIE - KOMENTARZ

O TYM PRZEWODNIKU

Ten zbiór zawiera 50 przypadków klinicznych opartych na typowych prezentacjach spotykanych w praktyce fizjoterapeutycznej i ortopedycznej, uporządkowanych według regionu ciała - dokładnie tych samych regionów, które pojawiają się w przewodniku testów ortopedycznych.

Każdy przypadek zbudowany jest w jednolitym schemacie: wywiad (prezentacja pacjenta), badanie (kluczowe wyniki testów i objawy), rozpoznanie oraz komentarz kliniczny wyjaśniający tok rozumowania i istotne wskazówki praktyczne.

Najlepszym sposobem korzystania z tego zbioru jest zastąpienie pól 'rozpoznanie' i 'komentarz' oraz próba samodzielnego postawienia hipotezy diagnostycznej na podstawie wywiadu i badania, zanim odsłonisz odpowiedź - to najskuteczniejsza forma ćwiczenia rozumowania klinicznego.

Kilka przypadków (oznaczonych wyraźnie w komentarzu) to tzw. czerwone flagi - stany wymagające pilnego skierowania, których rozpoznanie jest równie istotne jak rozpoznanie typowych schorzeń mięśniowo-szkieletowych.

Spis treści

- ❖ Rozdział 1: BARK (przypadki nr 1-8)
- ❖ Rozdział 2: ŁOKIEĆ I NADGARSTEK (przypadki nr 9-14)
- ❖ Rozdział 3: KRĘGOSŁUP SZYJNY (przypadki nr 15-19)
- ❖ Rozdział 4: KRĘGOSŁUP LĘDŹWIOWY (przypadki nr 20-26)
- ❖ Rozdział 5: BIODRO (przypadki nr 27-32)
- ❖ Rozdział 6: KOLANO (przypadki nr 33-40)
- ❖ Rozdział 7: STAW SKOKOWY I STOPA (przypadki nr 41-46)
- ❖ Rozdział 8: NEUROLOGIA OGÓLNA (przypadki nr 47-50)

ROZDZIAŁ 1



BARK

PRZYPADKI NR 1-8

Przypadek 1: Ból barku u pracownika biurowego

WYWIAD	45-letni mężczyzna, pracownik biurowy, zgłasza stopniowo narastający ból przedniej i bocznej części barku od 3 miesięcy, nasilający się przy unoszeniu ręki powyżej głowy i przy sięganiu do tylnej kieszeni spodni.
BADANIE	Dodatnie testy Neera i Hawkinsa-Kennedy'ego, obecny łuk bolesny między 60 a 120 stopniem odwiedzenia. Test pustej puszkii bolesny, siła zachowana.
ROZPOZNANIE	Zespół konfliktu podbarkowego (impingement) z możliwym podrażnieniem ścięgna nadgrzebieniowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Klasyczna triada Neer/Hawkins/łuk bolesny silnie sugeruje konflikt podbarkowy. Zachowana siła w empty can teście różnicuje z pełnym uszkodzeniem ścięgna - warto ocenić dodatkowo drop arm test przed skierowaniem na USG.

Przypadek 2: Nagła niemożność uniesienia ręki po upadku

WYWIAD	62-letnia kobieta, po upadku na wyciągniętą rękę tydzień temu, zgłasza silny ból barku i niemożność samodzielnego uniesienia kończyny.
BADANIE	Dodatni test opadającego ramienia (drop arm test), znaczne osłabienie odwodzenia, zanik obrysu mięśnia nadgrzebieniowego niewidoczny jeszcze na tym etapie.
ROZPOZNANIE	Podejrzenie pełnego uszkodzenia (zerwania) ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Dodatni drop arm test u starszej pacjentki po urazie silnie wskazuje na pełnościenne uszkodzenie stożka rotatorów - wymaga pilnej diagnostyki obrazowej (USG lub MRI) i konsultacji ortopedycznej, ponieważ opóźnienie leczenia pogarsza rokowanie.

Przypadek 3: Nawracające 'wyskakiwanie' barku u sportowca

WYWIAD	22-letni siatkarz zgłasza powtarzające się epizody niestabilności barku podczas zamachu do ataku, z towarzyszącym uczuciem, że staw 'wyskakuje z miejsca'.
BADANIE	Dodatni test apprehension przy odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej, objawy ustępują po teście relokacji (Jobe relocation test).
ROZPOZNANIE	Przednia niestabilność stawu ramiennego, prawdopodobnie z uszkodzeniem obrąbka (uszkodzenie Bankarta).
KOMENTARZ KLINICZNY	Para testów apprehension/relokacja o wysokiej swoistości potwierdza kierunek niestabilności. U młodego sportowca z nawracającymi epizodami warto rozważyć wczesną diagnostykę obrazową obrąbka ze względu na wysokie ryzyko nawrotów.

Przypadek 4: Postępująca sztywność barku bez urazu

WYWIAD	50-letnia kobieta z cukrzycą typu 2 zgłasza postępujące ograniczenie ruchomości barku od pół roku, bez urazu w wywiadzie, z bólem nasilającym się w nocy.
BADANIE	Znaczne ograniczenie ruchomości biernej i czynnej we wszystkich kierunkach, szczególnie rotacji zewnętrznej; testy stożka rotatorów trudne do oceny z powodu globalnego ograniczenia ruchu.
ROZPOZNANIE	Zamrożony bark (adhesive capsulitis).
KOMENTARZ KLINICZNY	Globalne ograniczenie ruchomości biernej (nie tylko czynnej) różnicuje zamrożony bark od izolowanej patologii stożka rotatorów. Cukrzyca jest silnie rozpoznany czynnikiem ryzyka tego schorzenia.

Przypadek 5: Ból górnej części barku u sztangisty

WYWIAD	35-letni mężczyzna trenujący wyciskanie sztangi zgłasza ból zlokalizowany na szczycie barku, nasilający się przy wyciskaniu i przy krzyżowaniu ramienia w poprzek klatki piersiowej.
BADANIE	Tkliwość palpacyjna nad stawem barkowo-obończykowym, dodatni test przywiedzenia poziomego (cross-body adduction).
ROZPOZNANIE	Przeciążeniowa patologia stawu barkowo-obończykowego (AC).
KOMENTARZ KLINICZNY	Lokalizacja bólu dokładnie nad stawem AC oraz dodatni test cross-body adduction są charakterystyczne dla tej jednostki, częściej u sportowców siłowych wykonujących powtarzalne wyciskanie.

Przypadek 6: Ból barku u pływaka z przeskakiwaniem

WYWIAD	28-letni pływak specjalizujący się w stylu motylkowym zgłasza głęboki ból barku przy ruchach nad głową, z towarzyszącym uczuciem przeskakiwania w głębi stawu.
BADANIE	Dodatni test O'Briena (active compression test) z bólem głębokim ustępującym przy rotacji zewnętrznej.
ROZPOZNANIE	Podejrzenie uszkodzenia obróbka stawowego typu SLAP.
KOMENTARZ KLINICZNY	Sporty z powtarzalnym ruchem nad głową (pływanie, siatkówka, rzuty) predysponują do uszkodzeń SLAP. Dodatni O'Brien w połączeniu z wywiadem sportowym uzasadnia skierowanie na MRI z kontrastem dostawowym.

Przypadek 7: Osłabienie rotacji zewnętrznej barku

WYWIAD	55-letni mężczyzna zgłasza stopniowe osłabienie siły barku od kilku miesięcy, bez wyraźnego bólu, zauważa trudność w czesaniu włosów i sięganiu za siebie.
BADANIE	Dodatni objaw opóźnienia rotacji zewnętrznej (external rotation lag sign), widoczny zanik mięśniowy w dole podgrzebieniowym łopatki.
ROZPOZNANIE	Przewlekłe uszkodzenie mięśnia podgrzebieniowego, z możliwym udziałem uwięźnięcia nerwu nadłopatkowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Widoczny zanik mięśniowy przy stosunkowo niewielkim bólu sugeruje przewlekły, podstępny przebieg - warto rozważyć badanie EMG w celu wykluczenia neuropatii nerwu nadłopatkowego jako przyczyny wtórnej.

Przypadek 8: Drętwienie ręki nasilające się przy unoszeniu ramion

WYWIAD	30-letnia kobieta pracująca jako fryzjerka zgłasza drętwienie i mrowienie całej kończyny górnej, nasilające się przy dłuższym trzymaniu rąk uniesionych nad głową w pracy.
BADANIE	Dodatni test Roosa (EAST) z odtworzeniem objawów przed upływem 3 minut, osłabienie tętna promieniowego w teście Adsona.
ROZPOZNANIE	Zespół górnego otworu klatki piersiowej (thoracic outlet syndrome, TOS).
KOMENTARZ KLINICZNY	Zawód wymagający długotrwałego unoszenia rąk jest typowym czynnikiem ryzyka TOS. Dodatnie testy prowokacyjne wraz z charakterystycznym wywiadem zawodowym uzasadniają dalszą diagnostykę naczyniowo-neurologiczną.

ROZDZIAŁ 2



ŁOKIEĆ I NADGARSTEK

PRZYPADKI NR 9-14

Przypadek 9: Ból bocznej strony łokcia u tenisisty

WYWIAD	40-letni mężczyzna, rekreacyjnie grający w tenisa, zgłasza ból bocznej strony łokcia od miesiąca, nasilający się przy uderzeniu backhendem i przy podnoszeniu przedmiotów chwytem pronacyjnym.
BADANIE	Dodatni test Cozena, tkliwość palpacyjna nad nadkłykiem bocznym kości ramiennej.
ROZPOZNANIE	Boczne zapalenie nadkłykcia (łokieć tenisisty).
KOMENTARZ KLINICZNY	Typowy obraz kliniczny z wywiadem sportowym i dodatnim testem Cozena wystarcza do rozpoznania klinicznego bez konieczności rutynowego obrazowania w pierwszym rzucie.

Przypadek 10: Ból przyśrodkowej strony łokcia u golfisty

WYWIAD	35-letni mężczyzna regularnie grający w golfa zgłasza ból przyśrodkowej strony łokcia nasilający się podczas uderzenia kijem, zwłaszcza w fazie przyspieszenia.
BADANIE	Ból przy oporowanym zgięciu nadgarstka i pronacji przedramienia, tkliwość nad nadkłykiem przyśrodkowym.
ROZPOZNANIE	Przyśrodkowe zapalenie nadkłykcia (łokieć golfisty).
KOMENTARZ KLINICZNY	Warto zawsze ocenić czucie w zakresie unerwienia nerwu łokciowego, ponieważ jego bruźda sąsiaduje bezpośrednio z nadkłykiem przyśrodkowym i może współistnieć podrażnienie tego nerwu.

Przypadek 11: Ból przyśrodkowy łokcia u miotacza baseballowego

WYWIAD	19-letni miotacz baseballowy zgłasza narastający ból przyśrodkowej strony łokcia podczas fazy przyspieszenia rzutu, z towarzyszącym uczuciem niestabilności.
BADANIE	Dodatni test stresu koślawego oraz ruchomy test stresu koślawego (moving valgus stress test) z bólem nasilającym się między 70 a 120 stopniem zgięcia.
ROZPOZNANIE	Niewydolność więzadła pobocznego łokciowego (UCL) związana z przeciążeniem rzutowym.
KOMENTARZ KLINICZNY	U sportowców rzucających z bólem przyśrodkowym zawsze należy rozważyć uszkodzenie UCL - ruchomy test stresu koślawego ma wyższą czułość niż statyczny test w tej populacji.

Przypadek 12: Nocne drętwienie ręki u pracownika biurowego

WYWIAD	48-letnia kobieta pracująca przy komputerze zgłasza budzące ją w nocy drętwienie kciuka, palca wskazującego i środkowego, ustępujące po potrząśnięciu ręką.
BADANIE	Dodatnie testy Phalena i odwróconego Phalena, dodatni objaw Tinela nad więzadłem poprzecznym nadgarstka.
ROZPOZNANIE	Zespół cieśni nadgarstka.
KOMENTARZ KLINICZNY	Klasyczny wywiad z objawami nocnymi w dystrybucji nerwu pośrodkowego w połączeniu z dwoma dodatnimi testami prowokacyjnymi jest wysoce charakterystyczny; badanie EMG/ENG bywa pomocne w ocenie ciężkości przed kwalifikacją do leczenia zabiegowego.

Przypadek 13: Ból nadgarstka po upadku na wyciągniętą rękę

WYWIAD	20-letni mężczyzna zgłasza ból nadgarstka po stronie kciukowej po upadku podczas jazdy na rowerze z podparciem się na wyprostowanej ręce.
BADANIE	Wyraźna tkliwość palpacyjna w tabakierce anatomicznej, ograniczony i bolesny ruch kciuka.
ROZPOZNANIE	Kliniczne podejrzenie złamania kości łódeczkowatej.
KOMENTARZ KLINICZNY	Tkliwość tabakierki anatomicznej po urazie z mechanizmem upadku na wyprostowaną rękę wymaga unieruchomienia i obrazowania nawet przy prawidłowym pierwszym zdjęciu RTG, ze względu na ryzyko złamania niewidocznego w ostrej fazie i ryzyko martwicy jałowej.

Przypadek 14: Ból nadgarstka po stronie kciukowej u młodej matki

WYWIAD	29-letnia kobieta, matka niemowlęcia, zgłasza ból nadgarstka po stronie kciukowej nasilający się przy podnoszeniu dziecka i czynnościach chwytnych z odwiedzeniem kciuka.
BADANIE	Dodatni test Finkelsteina z ostrym bólem w okolicy wyrostka rylcowatego kości promieniowej.
ROZPOZNANIE	Zapalenie pochewek ścięgnistych De Quervaina.
KOMENTARZ KLINICZNY	Powtarzalne czynności chwytne z jednoczesnym odwiedzeniem kciuka (typowe przy opiece nad niemowlęciem) są klasycznym czynnikiem wyzwalającym tę jednostkę, stąd potoczna nazwa 'nadgarstek matki'.

ROZDZIAŁ 3



KRĘGOSŁUP SZYJNY

PRZYPADKI NR 15-19

Przypadek 15: Ból szyi promieniujący do ręki

WYWIAD	50-letni mężczyzna zgłasza ból szyi promieniujący do kciuka i palca wskazującego prawej ręki, nasilający się przy odchyłaniu głowy do tyłu i w prawo.
BADANIE	Dodatni test Spurlinga po stronie prawej, ból ustępujący przy teście dystrakcji szyjnej; osłabienie siły zginaczy nadgarstka, osłabiony odruch z mięśnia dwugłowego ramienia.
ROZPOZNANIE	Radikulopatia szyjna, najprawdopodobniej na poziomie C6.
KOMENTARZ KLINICZNY	Zgodność dermatomu, miotomu i osłabionego odruchu z poziomem C6 tworzy spójny obraz kliniczny. Para testów Spurling/dystrakcja o przeciwnych kierunkach działania wzajemnie potwierdza mechanizm uciskowy.

Przypadek 16: Niezgrabność rąk i zaburzenia chodu u starszego pacjenta

WYWIAD	68-letni mężczyzna zgłasza postępujące pogorszenie sprawności manualnej (trudności z zapinaniem guzików) oraz niepewność chodu od kilku miesięcy, bez wyraźnego bólu szyi.
BADANIE	Dodatni objaw Hoffmanna obustronnie, wygórowane odruchy głębokie w kończynach dolnych, dodatni objaw Lhermitte'a przy zgięciu szyi.
ROZPOZNANIE	Mielopatia szyjna.
KOMENTARZ KLINICZNY	Kombinacja objawów górnego neuronu ruchowego (Hoffmann, wygórowane odruchy) z zaburzeniami chodu i dodatnim Lhermitte'em u starszego pacjenta jest alarmująca dla ucisku rdzenia kręgowego - wymaga pilnej diagnostyki obrazowej (MRI) i konsultacji neurochirurgicznej.

Przypadek 17: Ból i sztywność szyi po wypadku samochodowym

WYWIAD	32-letnia kobieta zgłasza ból i sztywność karku pojawiające się dzień po kolizji samochodowej z tyłu (najechanie), bez utraty przytomności.
BADANIE	Ograniczona, bolesna ruchomość czynna szyi we wszystkich kierunkach, tkliwość mięśni przykręgosłupowych; badanie neurologiczne prawidłowe, brak objawów alarmowych.
ROZPOZNANIE	Skręcenie kręgosłupa szyjnego (whiplash injury).
KOMENTARZ KLINICZNY	Przy prawidłowym badaniu neurologicznym i braku czynników ryzyka złamania (wg reguł kanadyjskich C-spine) można rozważyć postępowanie zachowawcze bez rutynowego obrazowania, z wczesną, stopniowaną aktywizacją.

Przypadek 18: Niepokojące uczucie niestabilności szyi u pacjentki z RZS

WYWIAD	58-letnia kobieta z wieloletnim reumatoidalnym zapaleniem stawów zgłasza narastające uczucie niestabilności i osłabienia karku przy zgięciu szyi, bez wyraźnego urazu.
BADANIE	Dodatni test Sharpa-Pursera z wyczuwalnym przesunięciem podczas korekcji, ostrożnie wykonany ze względu na ryzyko powikłań.
ROZPOZNANIE	Podejrzenie niestabilności szczytowo-obrotowej (C1-C2) w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów.
KOMENTARZ KLINICZNY	Reumatoidalne zapalenie stawów jest dobrze udokumentowanym czynnikiem ryzyka niestabilności szczytowo-obrotowej wskutek zapalnego uszkodzenia więzadła poprzecznego atlasu - wymaga to szczególnej ostrożności przy manipulacjach szyjnymi i pilnej diagnostyki obrazowej.

Przypadek 19: Przewlekły ból karku u pracownika biurowego

WYWIAD	38-letnia kobieta pracująca długie godziny przy komputerze zgłasza przewlekły, tępy ból karku i górnej części pleców, nasilający się pod koniec dnia pracy.
BADANIE	Wyczuwalne wzmożone napięcie mięśni górnej części czworobocznego i dźwigacza łopatkki, słaby wynik testu wytrzymałości zginaczy głębokich szyi, wysunięcie głowy do przodu w postawie.
ROZPOZNANIE	Przewlekły zespół bólowy szyjny związany z osłabieniem stabilizatorów głębokich i wadliwą postawą.
KOMENTARZ KLINICZNY	Oslabienie zginaczy głębokich szyi z kompensacyjnym przeciążeniem mięśni powierzchownych jest częstym wzorcem u osób pracujących siedząco - program ćwiczeń kontroli motorycznej (np. craniocervical flexion test jako narzędzie monitorujące postępy) bywa skuteczniejszy niż samo rozciąganie.

ROZDZIAŁ 4



KRĘGOSŁUP LĘDŹWIOWY

PRZYPADKI NR 20-26

Przypadek 20: Ostry ból pleców z rwą kulszową po podnoszeniu

WYWIAD	35-letni mężczyzna zgłasza ostry ból dolnej części pleców promieniujący do tylnej strony uda i łydki poniżej kolana, który pojawił się nagle podczas podnoszenia ciężkiego przedmiotu.
BADANIE	Dodatni test unoszenia wyprostowanej nogi (SLR) po stronie prawej między 30 a 60 stopniem, dodatni objaw Bragarda, osłabienie zgięcia grzbietowego stopy.
ROZPOZNANIE	Dyskopatia lędźwiowa (najprawdopodobniej L4-L5 lub L5-S1) z rwą kulszową.
KOMENTARZ KLINICZNY	Ból promieniujący poniżej kolana z dodatnim SLR i deficytem neurologicznym w zakresie L5 tworzy spójny obraz radikulopatii - większość takich przypadków ustępuje w leczeniu zachowawczym w ciągu 6-12 tygodni.

Przypadek 21: Ból obu nóg podczas chodzenia u starszej pacjentki

WYWIAD	72-letnia kobieta zgłasza narastający ból i osłabienie obu kończyn dolnych po przejściu kilkuset metrów, ustępujące po odpoczynku w pozycji pochylonej do przodu lub siedzącej.
BADANIE	Prawidłowe tętno obwodowe, nasilenie objawów przy wyproście kręgosłupa lędźwiowego, poprawa przy zgięciu; test Kempa niejednoznaczny.
ROZPOZNANIE	Stenoza kanału kręgowego odcinka lędźwiowego (chromanie neurogenne).
KOMENTARZ KLINICZNY	Kluczowe różnicowanie z chromaniem naczyniowym opiera się na zależności objawów od pozycji ciała (poprawa przy zgięciu) oraz prawidłowym tętnie obwodowym - w chromaniu naczyniowym objawy zależą głównie od dystansu, niezależnie od pozycji.

Przypadek 22: Ból pleców nasilający się przy wyproście u sportowca

WYWIAD	40-letni rekreacyjny biegacz zgłasza ból dolnej części pleców nasilający się przy stanie przez dłuższy czas i przy odchylaniu się do tyłu, ustępujący w pozycji siedzącej pochylonej do przodu.
BADANIE	Dodatni test Kempa po stronie prawej, ból zlokalizowany przykręgosłupowo, bez objawów korzeniowych, prawidłowy SLR.
ROZPOZNANIE	Zespół bólowy stawów międzykręgowych (facetowych) odcinka lędźwiowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Ból nasilający się przy wyproście i rotacji, bez cech korzeniowych, jest typowy dla patologii stawów fasetowych - warto różnicować ze stenozą kanału, która daje podobny wzorzec bólowy, ale zwykle z towarzyszącymi objawami neurogennymi.

Przypadek 23: Ból pleców u młodego gimnastyka

WYWIAD	15-letni gimnastyk zgłasza narastający ból dolnej części pleców nasilający się przy ćwiczeniach z wyprostem kręgosłupa (np. 'mostek'), bez urazu w wywiadzie.
BADANIE	Ból zlokalizowany przykręgosłupowo, nasilający się przy jednonożnym staniu z wyprostem (test bociana), prawidłowe badanie neurologiczne.
ROZPOZNANIE	Podejrzenie kręgozmyku lub spondylolizy przeciążeniowej.
KOMENTARZ KLINICZNY	Sporty wymagające powtarzalnego wyprostu i rotacji kręgosłupa lędźwiowego (gimnastyka, rzuty oszczepem, pływanie stylem motylkowym) są klasycznym czynnikiem ryzyka spondylolizy u młodych sportowców - uzasadnia to obrazowanie (RTG skośne lub MRI) przed powrotem do sportu.

Przypadek 24: Ból okolicy krzyżowo-biodrowej po porodzie

WYWIAD	30-letnia kobieta, 6 tygodni po porodzie, zgłasza jednostronny ból w okolicy tylnego dołu biodrowego, nasilający się przy wstawaniu z pozycji siedzącej i przy chodzeniu po schodach.
BADANIE	Dodatknie testy FABER, thigh thrust (P4) oraz Gaenslena po stronie bolesnej; SLR i badanie neurologiczne prawidłowe.
ROZPOZNANIE	Dysfunkcja stawu krzyżowo-biodrowego związana z rozluźnieniem więzadłowym okresu okołoporodowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Klaster kilku dodatnich testów prowokacyjnych stawu SI (a nie pojedynczy test) zwiększa wiarygodność rozpoznania. Zmiany hormonalne ciąży i porodu (relaksyna) są dobrze znanym czynnikiem predysponującym do tej dysfunkcji.

Przypadek 25: Przewlekły ból pleców z licznymi niespójnościami w badaniu

WYWIAD	45-letnia kobieta zgłasza przewlekły, rozlany ból pleców od 2 lat, nieproporcjonalny do wyniku wcześniejszych badań obrazowych, z licznymi wcześniejszymi nieskutecznymi terapiami.
BADANIE	Obecne 4 z 5 kategorii objawów Waddella (m.in. tkliwość powierzchowna, ból przy symulowanym obciążeniu osiowym, niespójność SLR siedząc/leżąc).
ROZPOZNANIE	Przewlekły zespół bólowy z istotnym komponentem nefizjologicznym (czynnościowym).
KOMENTARZ KLINICZNY	Dodatknie objawy Waddella nie oznaczają symulacji, lecz wskazują na złożony, wielowymiarowy charakter bólu przewlekłego (komponenty psychospołeczne) - powinny kierować postępowanie w stronę podejścia biopsychospołecznego, a nie dalszej eskalacji diagnostyki strukturalnej.

Przypadek 26: Nagły silny ból pleców z zaburzeniami oddawania moczu

WYWIAD	50-letni mężczyzna zgłasza nagły, bardzo silny ból dolnej części pleców z obustronnym drętwieniem tylnej strony ud i pośladków oraz trudnością w oddawaniu moczu od kilku godzin.
BADANIE	Oslabione czucie w okolicy krocza (znieczulenie typu 'siodła'), osłabione napięcie zwieracza odbytu, obustronne osłabienie zgięcia podszwowego stóp.
ROZPOZNANIE	Podejrzenie zespołu ogona końskiego (cauda equina syndrome) - stan nagły!
KOMENTARZ KLINICZNY	Znieczulenie siodłowe z zaburzeniami zwieraczy to czerwona flaga wymagająca natychmiastowego skierowania na ostry dyżur i pilnej diagnostyki obrazowej (MRI) oraz konsultacji neurochirurgicznej - opóźnienie leczenia grozi trwałym uszkodzeniem neurologicznym.

ROZDZIAŁ 5



BIODRO

PRZYPADKI NR 27-32

Przypadek 27: Ból pachwinowy u aktywnego młodego dorosłego

WYWIAD	27-letni mężczyzna, regularnie uprawiający piłkę nożną, zgłasza głęboki ból pachwinowy nasilający się przy długotrwałym siedzeniu i przy głębokim przysiadzie.
BADANIE	Dodatni test FADIR, ograniczona rotacja wewnętrzna biodra w porównaniu do strony przeciwnej, dodatni test Scoura.
ROZPOZNANIE	Konflikt udowo-panewkowy (femoroacetabular impingement, FAI), możliwe współistniejące uszkodzenie obrąbka.
KOMENTARZ KLINICZNY	Ograniczona rotacja wewnętrzna w zgięciu jest charakterystycznym, wczesnym objawem FAI u młodych aktywnych osób - wczesne rozpoznanie i modyfikacja obciążeń mogą spowolnić progresję zmian zwyrodnieniowych.

Przypadek 28: Osłabienie chodu u starszej pacjentki

WYWIAD	70-letnia kobieta zgłasza narastające osłabienie i ból bocznej strony biodra od kilku miesięcy, z uczuciem 'kołysania' podczas chodzenia.
BADANIE	Dodatni test Trendelenburga po stronie prawej, osłabienie siły odwodzenia biodra, tkliwość nad krętarzem większym.
ROZPOZNANIE	Tendinopatia lub częściowe uszkodzenie mięśnia pośladkowego średniego (zespół bólowy krętarza większego).
KOMENTARZ KLINICZNY	U starszych kobiet tendinopatia pośladkowego średniego jest częstą, ale niedodiagnozowaną przyczyną bólu bocznego biodra, często mylnie przypisywaną chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego - dodatni Trendelenburg ukierunkowuje na komponent mięśniowy.

Przypadek 29: Ból boczny biodra u biegaczki długodystansowej

WYWIAD	33-letnia biegaczka długodystansowa zgłasza ból bocznej strony biodra nasilający się podczas biegu oraz przy leżeniu na boku bolesnym w nocy.
BADANIE	Wyraźna tkliwość palpacyjna nad krętarzem większym, ból przy oporowym odwiezieniu biodra, dodatni test Obera sugerujący napięcie pasma biodrowo-piszczelowego.
ROZPOZNANIE	Zespół bólowy krętarza większego (tendinopatia pośladkowych) z towarzyszącym napięciem pasma biodrowo-piszczelowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Ból nocny przy leżeniu na boku jest typowym objawem tendinopatii w okolicy krętarza większego, często mylonym z zapaleniem kaletki - obecnie uważa się, że pierwotnym problemem jest najczęściej patologia ścięgien pośladkowych, nie kaletki.

Przypadek 30: Utykanie u dziecka z bólem promieniującym do kolana

WYWIAD	7-letni chłopiec zgłaszany przez rodziców z powodu utykania od kilku tygodni, z bólem zlokalizowanym głównie w okolicy kolana, bez wyraźnego urazu.
BADANIE	Ograniczona rotacja wewnętrzna i odwiedzenie biodra, ból biodra prowokowany przy badaniu, mimo że pacjent zgłasza ból kolana.
ROZPOZNANIE	Ból biodra rzutowany do kolana - konieczne wykluczenie choroby Legg-Calvé-Perthesa lub młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej.
KOMENTARZ KLINICZNY	U dzieci ból kolana bez odchyłeń w badaniu tego stawu zawsze wymaga zbadania biodra po tej samej stronie - jest to klasyczna pułapka diagnostyczna wynikająca ze wspólnego unerwienia (nerw zaślony). Wymaga pilnego skierowania ortopedycznego.

Przypadek 31: Nagły brak możliwości obciążenia kończyny po upadku

WYWIAD	82-letnia kobieta po upadku w domu zgłasza silny ból biodra i całkowitą niemożność obciążenia kończyny dolnej.
BADANIE	Kończyna dolna ustawiona w skróceniu i rotacji zewnętrznej, silny ból przy jakiegokolwiek próbie ruchu, brak możliwości wykonania testów czynnościowych.
ROZPOZNANIE	Kliniczne podejrzenie złamania bliższego końca kości udowej (szyjki kości udowej).
KOMENTARZ KLINICZNY	Klasyczne ustawienie kończyny (skrócenie, rotacja zewnętrzna) u starszej osoby po upadku jest wysoce charakterystyczne dla złamania szyjki kości udowej - wymaga pilnej diagnostyki obrazowej i konsultacji ortopedycznej, testy prowokacyjne są przeciwwskazane.

Przypadek 32: Przeskakiwanie w biodrze u tancerki

WYWIAD	19-letnia tancerka zgłasza słyszalne i wyczuwalne 'przeskakiwanie' w okolicy biodra podczas określonych ruchów, czasem bolesne, bez urazu w wywiadzie.
BADANIE	Odtwarzalne, wyczuwalne palpacyjnie przeskoczenie pasma biodrowo-piszczelowego nad krętarzem większym przy czynnym zgięciu i wyproście biodra.
ROZPOZNANIE	Biodro trzaskające (snapping hip syndrome), typ zewnętrzny (pozastawowy).
KOMENTARZ KLINICZNY	Typ zewnętrzny (przeskakiwanie pasma biodrowo-piszczelowego nad krętarzem) należy odróżnić od typu wewnętrznego (ścięgno biodrowo-lędźwiowe) i wewnątrzstawowego (uszkodzenie obrąbka) - lokalizacja i charakter przeskoczenia pomagają w różnicowaniu.

ROZDZIAŁ 6



KOLANO

PRZYPADKI NR 33-40

Przypadek 33: Skrętny uraz kolana z uczuciem 'pęknięcia'

WYWIAD	24-letni piłkarz zgłasza uraz skrętny kolana podczas zmiany kierunku biegu, z odczuwalnym 'pęknięciem' w stawie, po którym nie mógł kontynuować gry.
BADANIE	Znaczny wysięk stawowy w ciągu kilku godzin od urazu, dodatni test Lachmana z miękkim zatrzymaniem końcowym, dodatni test szuflady przedniej.
ROZPOZNANIE	Zerwanie więzadła krzyżowego przedniego (ACL).
KOMENTARZ KLINICZNY	Szybko narastający wysięk (hemarthrosis) w połączeniu z mechanizmem skrętnym i dodatnim testem Lachmana o wysokiej czułości silnie wskazuje na uszkodzenie ACL - test Lachmana jest bardziej czuły niż klasyczna szuflada przednia, zwłaszcza w ostrej fazie z obronnym napięciem mięśniowym.

Przypadek 34: Uraz kolana o deskę rozdzielczą

WYWIAD	38-letni mężczyzna po wypadku samochodowym zgłasza ból kolana po uderzeniu o deskę rozdzielczą przy zgiętym stawie kolanowym.
BADANIE	Dodatni objaw zapadania tylnego (posterior sag sign), dodatni test szuflady tylnej, brak wyraźnego wysięku.
ROZPOZNANIE	Uszkodzenie więzadła krzyżowego tylnego (PCL).
KOMENTARZ KLINICZNY	Mechanizm urazu 'dashboard injury' (uderzenie o deskę rozdzielczą przy zgiętym kolanie) jest klasyczny dla uszkodzenia PCL - należy pamiętać o ocenie dodatkowych struktur tylnobocznych, ponieważ izolowane uszkodzenia PCL są rzadsze niż uszkodzenia złożone.

Przypadek 35: Blokowanie się kolana u biegacza

WYWIAD	45-letni rekreacyjny biegacz zgłasza nawracający ból przyśrodkowej strony kolana z okresowym uczuciem blokowania stawu podczas prostowania.
BADANIE	Dodatni test McMurraya z bolesnym kliknięciem przy rotacji zewnętrznej, tkliwość wzdłuż przyśrodkowej szpary stawowej.
ROZPOZNANIE	Uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej.
KOMENTARZ KLINICZNY	Uczucie blokowania stawu jest istotnym objawem alarmowym dla uszkodzenia łąkotki (możliwy fragment blokujący staw) i różni się od 'niestabilności' typowej dla uszkodzeń więzadłowych - kwalifikuje do konsultacji ortopedycznej celem rozważenia artroskopii.

Przypadek 36: Ból przedniej części kolana u nastolatki

WYWIAD	16-letnia dziewczyna, aktywna sportowo, zgłasza obustronny ból przedniej części kolana nasilający się przy wchodzeniu po schodach, przysiadach i długim siedzeniu z ugiętymi kolanami, bez urazu w wywiadzie.
BADANIE	Dodatni objaw Clarke'a (test docisku rzepki), tkliwość okołorzępkowa, brak wysięku i niestabilności więzadłowej.
ROZPOZNANIE	Zespół bólowy rzepkowo-udowy (patellofemoral pain syndrome).
KOMENTARZ KLINICZNY	Obustronny, stopniowo narastający ból przedniego przedziału kolana bez urazu u młodej, aktywnej pacjentki jest typowym obrazem zespołu bólowego rzepkowo-udowego - leczenie skupia się głównie na wzmacnianiu mięśnia czworogłowego (zwłaszcza VMO) i korekcie biomechaniki.

Przypadek 37: Ból i obrzęk guzowatości piszczeli u nastoletniego sportowca

WYWIAD	13-letni chłopiec grający w koszykówkę zgłasza ból i widoczne uwypuklenie w okolicy guzowatości kości piszczelowej, nasilający się przy skokach i bieganiu.
BADANIE	Widoczny i tkliwy obrzęk nad guzowatością kości piszczelowej, ból nasilający się przy oporowanym wyproście kolana.
ROZPOZNANIE	Choroba Osgood-Schlattera.
KOMENTARZ KLINICZNY	Jest to jednostka typowa dla okresu skoku pokwitaniowego u aktywnych sportowo nastolatków, związana z przeciążeniowym pociąganiem jądra kostnienia guzowatości piszczeli przez więzadło rzepki - zwykle samoograniczająca się, wymaga głównie modyfikacji obciążeń.

Przypadek 38: Ból bocznej strony kolana u biegacza długodystansowego

WYWIAD	29-letni biegacz przygotowujący się do maratonu zgłasza ostry ból bocznej strony kolana pojawiający się po około 3 kilometrach biegu, szczególnie przy bieganiu z góry.
BADANIE	Dodatni test kompresji Noble'a z ostrym bólem w okolicy nadkłykcia bocznego kości udowej przy około 30 stopniu zgięcia kolana.
ROZPOZNANIE	Zespół tarcia pasma biodrowo-piszczelowego (ITBS, iliotibial band syndrome).
KOMENTARZ KLINICZNY	Ból pojawiający się po konkretnym dystansie, zlokalizowany dokładnie nad nadkłykiem bocznym, jest typowy dla ITBS - warto ocenić także biomechanikę biodra (siłę odwodźcicieli) jako częsty czynnik przyczyniający się do tego zespołu.

Przypadek 39: Postępujący ból kolana u starszej pacjentki

WYWIAD	68-letnia kobieta zgłasza stopniowo narastający ból obu kolan od kilku lat, ze sztywnością poranną trwającą poniżej 30 minut oraz trudnościami przy wstawaniu z krzesła.
BADANIE	Wyczuwalne trzeszczenie rzepkowo-udowe, ograniczony zakres ruchu, poszerzenie obrysów stawu, brak cech ostrego stanu zapalnego.
ROZPOZNANIE	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego (gonartroza).
KOMENTARZ KLINICZNY	Krótką sztywność poranna (poniżej 30 minut) różnicuje z zapalnym podłożem bólu stawowego (gdzie sztywność trwa zwykle ponad godzinę) - obraz kliniczny jest typowy dla choroby zwyrodnieniowej i zwykle nie wymaga pilnej diagnostyki różnicowej w kierunku zapalenia stawów.

Przypadek 40: Uraz koślawy kolana w kontakcie sportowym

WYWIAD	21-letni piłkarz zgłasza ból przyśrodkowej strony kolana po uderzeniu przez przeciwnika w boczną stronę kolana podczas gdy stopa była ustawiona na podłożu.
BADANIE	Dodatni test stresu koślawego z bólem i niewielkim rozwarciem szpary przyśrodkowej przy 20-30 stopniu zgięcia, test Lachmana ujemny.
ROZPOZNANIE	Uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego (MCL), izolowane.
KOMENTARZ KLINICZNY	Mechanizm bezpośredniego uderzenia w boczną stronę kolana z wywołaniem siły koślawiącej jest klasyczny dla izolowanego uszkodzenia MCL - ujemny test Lachmana pomaga wykluczyć towarzyszące uszkodzenie ACL, co ma znaczenie dla wyboru leczenia zachowawczego.

ROZDZIAŁ 7



STAW SKOKOWY I STOPA

PRZYPADKI NR 41-46

Przypadek 41: Skręcenie stawu skokowego podczas gry w koszykówkę

WYWIAD	26-letni koszykarz zgłasza uraz skrętny stawu skokowego po niefortunnym lądowaniu na stopie przeciwnika, z natychmiastowym bólem i obrzękiem po stronie bocznej.
BADANIE	Obrzęk i zasinienie boczne, dodatni test szuflady przedniej stawu skokowego, tkliwość nad przebiegiem więzadła skokowo-strzałkowego przedniego (ATFL).
ROZPOZNANIE	Skręcenie boczne stawu skokowego z uszkodzeniem więzadła ATFL.
KOMENTARZ KLINICZNY	Zastosowanie kryteriów ottawskich (Ottawa Ankle Rules) pomaga zdecydować o konieczności wykonania RTG - przy braku tkliwości kostnej w typowych punktach i możliwości obciążenia kończyny obrazowanie zwykle nie jest konieczne w pierwszym rzucie.

Przypadek 42: Nagły ostry ból łydki podczas sportu

WYWIAD	42-letni rekreacyjny gracz w squasha zgłasza nagły, ostry ból tylnej strony łydki podczas gwałtownego odbicia, z uczuciem 'kopnięcia od tyłu', po którym nie mógł chodzić o własnych siłach.
BADANIE	Dodatni test Thompsona (brak zgięcia podszwowego stopy przy ucisku łydki), wyczuwalne wgłębienie w przebiegu ścięgna Achillesa.
ROZPOZNANIE	Zerwanie ścięgna Achillesa.
KOMENTARZ KLINICZNY	Klasyczny wywiad ('uczucie kopnięcia') w połączeniu z dodatnim testem Thompsona jest wysoce swoisty dla pełnego zerwania ścięgna Achillesa - wymaga pilnej konsultacji ortopedycznej celem ustalenia postępowania (operacyjne vs zachowawcze).

Przypadek 43: Ból pięty nasilający się przy pierwszych krokach rano

WYWIAD	50-letnia kobieta z nadwagą zgłasza ból podszwowej strony pięty, najbardziej dokuczliwy przy pierwszych krokach po przebudzeniu, łagodniejący po rozchodzeniu, ale nawracający po dłuższym staniu.
BADANIE	Dodatni test naciągu rozciągnięcia podszwowego (windlass test), tkliwość palpacyjna w miejscu przyczepu rozciągnięcia do guza piętowego.
ROZPOZNANIE	Zapalenie rozciągnięcia podszwowego (plantar fasciitis).
KOMENTARZ KLINICZNY	Charakterystyczny wzorec bólu 'pierwszych kroków' po okresie bezruchu jest kluczową wskazówką kliniczną w tej jednostce - leczenie pierwszego rzutu opiera się na rozciąganiu rozciągnięcia i ścięgna Achillesa oraz modyfikacji obuwia.

Przypadek 44: Piekący ból między palcami stopy

WYWIAD	55-letnia kobieta nosząca na co dzień buty na wysokim obcasie zgłasza piekący ból i uczucie 'kamyka w bucie' pomiędzy trzecim a czwartym palcem stopy.
BADANIE	Dodatni objaw Muldera z wyczuwalnym bolesnym kliknięciem, ból nasilający się przy ucisku poprzecznym śródstopia.
ROZPOZNANIE	Nerwiak Mortona (nerwiak międzypalcowy).
KOMENTARZ KLINICZNY	Obuwie na wysokim obcasie i wąskim czubku zwiększa ucisk na głowy kości śródstopia i jest dobrze udokumentowanym czynnikiem ryzyka nerwiaka Mortona - modyfikacja obuwia jest podstawą leczenia pierwszego rzutu.

Przypadek 45: Powtarzające się skręcenia stawu skokowego u tancerki

WYWIAD	24-letnia tancerka zgłasza wielokrotne, nawracające skręcenia bocznej strony stawu skokowego w ciągu ostatniego roku, z uczuciem przewlekłej niestabilności podczas chodzenia po nierównym podłożu.
BADANIE	Dodatni test przechyłu skokowego (talar tilt test) z wyraźnie zwiększonym zakresem w porównaniu do strony przeciwnej, osłabiona propriocepcja w próbie stania na jednej nodze.
ROZPOZNANIE	Przewlekła niestabilność boczna stawu skokowego.
KOMENTARZ KLINICZNY	Nawracające skręcenia prowadzące do trwałego rozciągnięcia więzadeł bocznych i deficytu propriocepcji tworzą błędne koło niestabilności - rehabilitacja powinna obejmować nie tylko wzmacnianie, ale przede wszystkim trening propriocepcji i kontroli nerwowo-mięśniowej.

Przypadek 46: Owrzodzenie stopy u pacjenta z cukrzycą

WYWIAD	63-letni mężczyzna z wieloletnią, słabo kontrolowaną cukrzycą typu 2 zgłasza niegojącą się od kilku tygodni ranę na podeszwie stopy, którą zauważył przypadkowo, bez odczuwania bólu.
BADANIE	Owrzodzenie w okolicy głowy I kości śródstopia, znacznie obniżone czucie dotyku i wibracji w obu stopach, tętno obwodowe obecne.
ROZPOZNANIE	Owrzodzenie neuropatyczne stopy w przebiegu polineuropatii cukrzycowej (stopa cukrzycowa).
KOMENTARZ KLINICZNY	Brak bólu pomimo obecności owrzodzenia jest najbardziej niepokojącym elementem tego obrazu - wskazuje na zaawansowaną neuropatię czuciową i wymaga pilnej opieki wielospecjalistycznej (diabetolog, chirurg, podolog) ze względu na wysokie ryzyko powikłań, w tym amputacji.

ROZDZIAŁ 8



NEUROLOGIA OGÓLNA

PRZYPADKI NR 47-50

Przypadek 47: Nagłe osłabienie połowicze ciała

WYWIAD	67-letni mężczyzna z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie zgłoszony przez rodzinę z powodu nagłego osłabienia lewej strony ciała i opadania kącika ust, które pojawiło się godzinę temu.
BADANIE	Dodatni objaw Babińskiego po stronie lewej, wygórowane odruchy głębokie kończyny lewej, osłabienie siły mięśniowej 3/5 w kończynie górnej i dolnej lewej.
ROZPOZNANIE	Kliniczne podejrzenie ostrego udaru niedokrwienego mózgu (uszkodzenie górnego neuronu ruchowego).
KOMENTARZ KLINICZNY	Nagły początek objawów ogniskowych z dodatnim objawem Babińskiego jest stanem nagłym wymagającym natychmiastowego transportu do ośrodka referencyjnego - czas od wystąpienia objawów do leczenia trombolitycznego ma kluczowe znaczenie rokownicze ('czas to mózg').

Przypadek 48: Nawracające urazy stawowe u młodej pacjentki

WYWIAD	19-letnia studentka zgłasza wielokrotne, nawracające skręcenia stawów skokowych i kolanowych oraz częste 'przeciążenia' różnych stawów podczas rutynowej aktywności fizycznej, sięgające dzieciństwa.
BADANIE	Możliwość przeprostu łokci i kolan powyżej 10 stopni, opozycja kciuka do przedramienia obustronnie, dotknięcie dłońmi podłoża przy wyprostowanych kolanach; wynik skali Beightona 7/9 punktów.
ROZPOZNANIE	Uogólniona hipermobilność stawowa.
KOMENTARZ KLINICZNY	Wynik skali Beightona powyżej 4-6 punktów (w zależności od przyjętych kryteriów) w połączeniu z wywiadem nawracających urazów sugeruje zespół hipermobilności - postępowanie skupia się na wzmacnianiu mięśni okołostawowych w celu kompensacji nadmiernej wiotkości więzadłowej.

Przypadek 49: Piekące bóle stóp u pacjenta z cukrzycą

WYWIAD	58-letni mężczyzna z 15-letnim wywiadem cukrzycy typu 2 zgłasza symetryczne, piekące bóle i drętwienie obu stóp, nasilające się w nocy, o charakterze 'skarpetkowym' rozkładzie.
BADANIE	Symetrycznie obniżone czucie dotyku, temperatury i wibracji (badanie kamertonem) w obu stopach, osłabione lub zniesione odruchy skokowe.
ROZPOZNANIE	Obwodowa polineuropatia cukrzycowa.
KOMENTARZ KLINICZNY	Symetryczny, dystalny rozkład objawów typu 'skarpetkowego' jest klasyczny dla polineuropatii metabolicznej (cukrzycowej) w odróżnieniu od radikulopatii, która daje zwykle asymetryczny rozkład zgodny z konkretnym dermatomem.

Przypadek 50: Zaburzenia równowagi u starszego pacjenta

WYWIAD	75-letni mężczyzna zgłasza narastające trudności z utrzymaniem równowagi, szczególnie nasilające się w ciemności lub przy zamkniętych oczach (np. podczas mycia twarzy pod prysznicem).
BADANIE	Wyraźnie dodatni test Romberga (znaczne narastanie chwiania po zamknięciu oczu), szeroka podstawa chodu, obniżone czucie ułożenia w stawach palców stóp.
ROZPOZNANIE	Zaburzenia propriocepcji (ataksja czuciowa) - konieczna dalsza diagnostyka przyczyny (np. niedobór witaminy B12, polineuropatia).
KOMENTARZ KLINICZNY	Wyraźne nasilenie niestabilności dopiero po zamknięciu oczu (dodatni Romberg) wskazuje na deficyt czucia głębokiego jako główną przyczynę, w odróżnieniu od zaburzeń mózdkowych, w których niestabilność jest podobna niezależnie od kontroli wzrokowej.