

## 6.4 Diagnostyka (staw kolanowy)

*Christian Fossum, Peter Sommerfeld, Siegbert Tempelhof*

### 6.4.1 Wywiad

*Siegbert Tempelhof*

Dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchomości

- Lokalizacja bolesnej okolicy, wrażliwość na ucisk.
- Związek z ruchem, obciążeniem, pozycją, porą dnia.
- Czas trwania dolegliwości bólowych.
- Ból po okresie nieaktywności, ból spoczynkowy.
- Ograniczone ruchy, np. wchodzenie po schodach, kucanie, podchodzenie pod wzniesienia.

Inne objawy

- Obrzęki.
- Wysięk do stawu.
- Uczucie sztywności, niestabilności.
- Zablokowania.
- Odgłosy ze stawu podczas ruchu.

Wczesniejsze choroby, schorzenia towarzyszące, wywiad społeczny

- Wczesniejsze i obecne czynności zawodowe i aktywności sportowe.
- Urazy, operacje, punkcje, wcześniejsza terapia.

### 6.4.2 Obserwacja

*Siegbert Tempelhof*

- Wzorzec chodu, ruchy wymijające.
- Osie kończyn dolnych.
- Niefizjologiczne ustawienia rzepki.
- Kształt i kontur stawu kolanowego.
- Zmiany skórne, krwiaki, blizny.
- Obrzęki.
- Wysięk do stawu.
- Atrofia mięśniowa.

### 6.4.3 Badanie palpacyjne

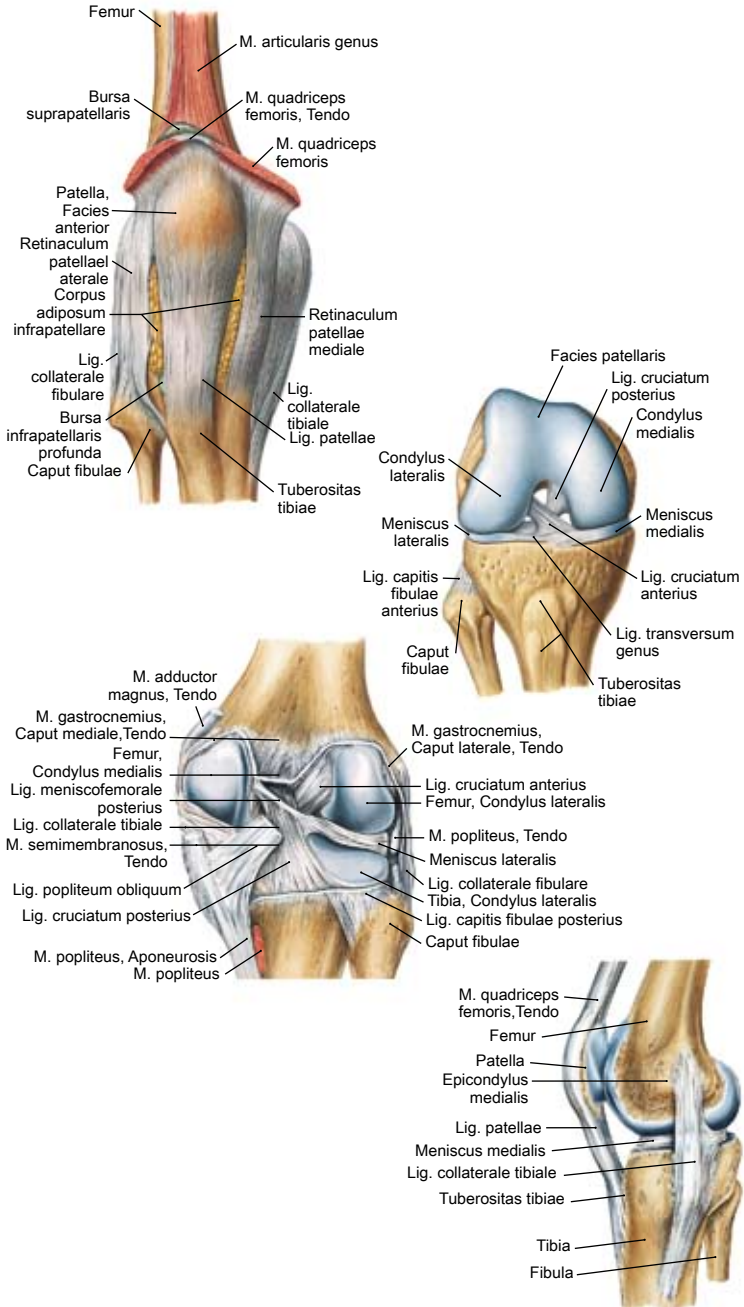
*Siegbert Tempelhof*

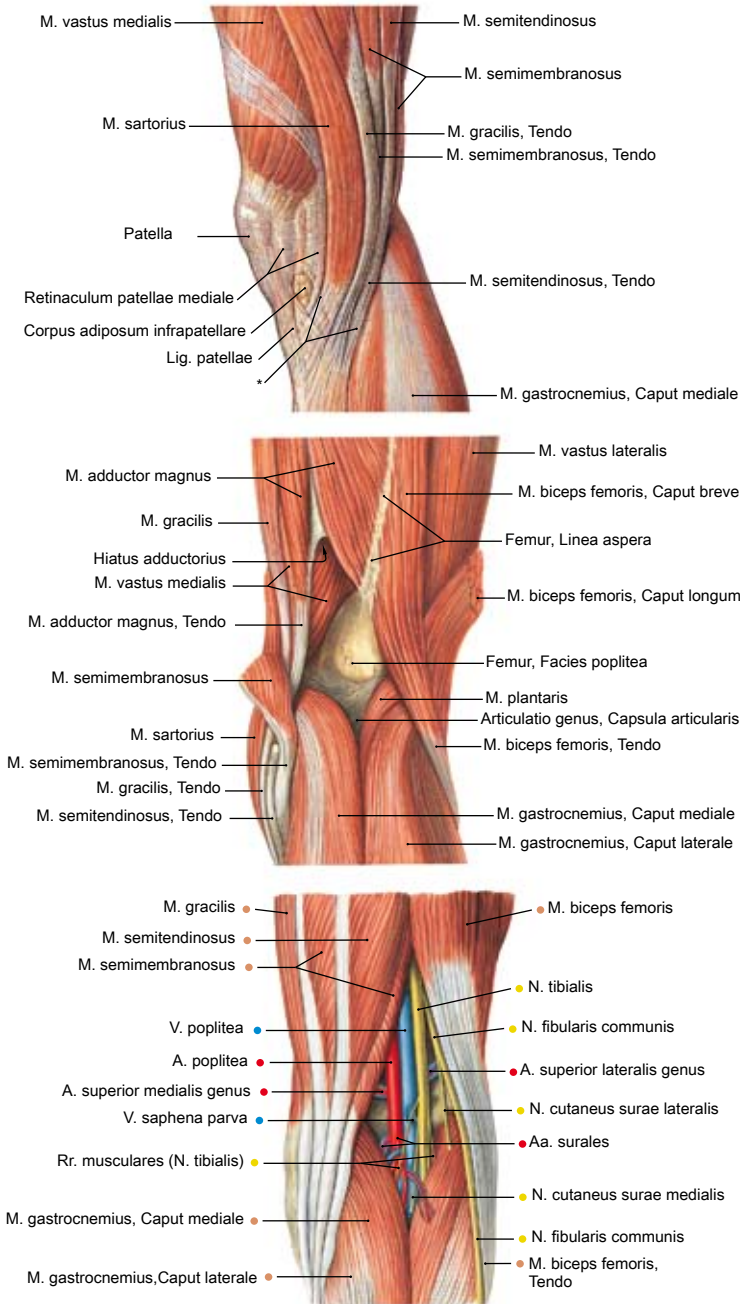
Badanie palpacyjne kości

- Rzepka (*patella*).
- Nadkłykieć boczny i przyśrodkowy kości udowej (*epicondylus lateralis et medialis*).
- Guzek przywodzicieli kości udowej (*tuberculum adductorium*).
- Kłykieć przyśrodkowy i boczny piszczeli (*condylus medialis et lateralis*).
- Guzowatość piszczeli (*tuberositas tibiae*).

Badanie palpacyjne tkanek miękkich

- Więzadło poboczne piszczelowe (*lig. collaterale tibiale*).
- Więzadło poboczne strzałkowe (*lig. collaterale fibulare*).





- Ścięgno mięśnia czworogłowego uda (*m. quadriceps femoris*).
- Ścięgna mięśni kulszowo-goleniowych.
- Wewnętrzna i zewnętrzna szpara stawowa.

#### 6.4.4 Badanie ruchomości

Siegbert Tempelhof, Peter Sommerfeld

##### Biomechanika

##### Staw udowo-piszczelowy (*art. femorotibialis*)

- Członny stawowe: wypukłe kłykcie kości udowej (*condyli femoris*) i lekko wklęsła górna powierzchnia stawowa piszczeli (*facies articularis superior tibiae*).
- Typ stawu: staw zawiasowo-obrotowy.
- Możliwe ruchy: zgięcie, wyprost, rotacja wewnętrzna i rotacja zewnętrzna w zgięciu (od 20 do 30°).

##### Staw udowo-rzepakowy (*art. femoropatellaris*)

- Członny stawowe: wklęsła powierzchnia rzepkowa uda (*facies patellaris femoris*) i lekko wypukła powierzchnia stawowa rzepki (*facies articularis patellae*).
- Typ stawu: staw ślizgowy.
- Możliwe ruchy: ślizg do góry, do dołu, dośrodkowo i do boku.

##### Czynne testy ruchomości

- Należy polecić pacjentowi wykonanie zgięcia, wyprost, rotacji zewnętrznej i wewnętrznej (w zgięciu) w stawach kolanowych. Ruchy należy wykonać zarówno z obciążeniem (w pozycji stojącej), jak i bez obciążenia.
- Trzeba zwracać uwagę na jakość i liczbę ruchów, które powinny być wykonywane bez trudności i w pełnym zakresie, a także na odgłosy ze stawu, takie jak krepitacje, chrzęszczenie i trzaskanie.

##### Bierne testy ruchomości

##### Zgięcie, wyprost, przeprost, rotacja wewnętrzna, rotacja zewnętrzna (ryc. 6.28)

**Pacjent:** w pozycji leżącej na plecach.

**Terapeuta:** w pozycji stojącej z boku pacjenta.

##### Ułożenie rąk:

- ręka czaszkowa leży na kolanie,
- ręka ogonowa trzyma za dalszą część podudzia.

**Wykonanie:** należy wykonać zgięcie, wyprost, przeprost, rotację wewnętrzną w zgięciu i rotację zewnętrzną w zgięciu w stawie kolanowym.

**Ocena:** należy zwrócić uwagę na zakres ruchu w porównaniu z drugą stroną, dolegliwości bólowe, jak również odgłosy ze stawu, takie jak krepitacje, chrzęszczenie i trzaskanie.

- Prawidłowy wynik: swobodna ruchomość bez dolegliwości bólowych, brak odgłosów ze stawu.
- Ograniczenia ruchomości oraz ból wskazują na obecność dysfunkcji lub patologicznych zmian w stawie kolanowym. W przypadku zmian zwy-



Ryc. 6.28 Przeprost w stawie kolanowym

rodnieniowych w pierwszej kolejności dochodzi do ograniczenia rotacji wewnętrznej i wyprostów, następnie odwiedzenia, a na końcu rotacji zewnętrznej i zgięcia.

#### Przywiedzenie, odwiedzenie (ryc. 6.29)

**Pacjent:** w pozycji leżącej na plecach.

**Terapeuta:** w pozycji stojącej po stronie badanej kończyny.

#### Ułożenie rąk:

- dalsza część podudzia nogi badanej znajduje się między klatką piersiową a ramieniem terapeuty,
- dłonie trzymają za kolano od strony przyśrodkowej i bocznej.

#### Wykonanie:

- faza 1: należy maksymalnie wyprostować kolano i następnie naciskając dośrodkowo lub do bocznie poprowadzić kolano do przywiedzenia lub odwiedzenia,
- faza 2: należy zgiąć staw kolanowy pod kątem 20° i następnie naciskając dośrodkowo lub do bocznie poprowadzić kolano do przywiedzenia lub odwiedzenia.

**Ocena:** należy ocenić do bocznej i dośrodkową stabilność stawu kolanowego w porównaniu z drugą stroną oraz zwrócić uwagę na dolegliwości bólowe.

- W pierwszej fazie badana jest stabilność torebki stawowej. Prawdźłowy wynik: brak rozwarcia w odwiedzeniu lub przywiedzeniu kolana. Pojawienie się rozwarcia wskazuje na uszkodzenie torebki. Przy rozerwanym przyśrodkowym więzadle pobocznym (*lig. collaterale mediale*), ale jednocześnie przy nieuszkodzonej tylnej części torebki i tylnym więzadle krzyżowym (*lig. cruciatum posterius*) rozwarcie w kierunku do odwiedzenia nie występuje.
- W drugiej fazie badana jest stabilność więzadeł pobocznych (*ligg. collateralia*) – przyśrodkowego i boczno – przy rozluźnionej tylnej części torebki. Prawdźłowy wynik: brak rozwarcia w odwiedzeniu lub przywiedzeniu