

Testy specjalistyczne

Zmodyfikowany test Durkana

Jest to próba służąca do zdiagnozowania zespołu cieśni nadgarstka. Badający wywiera swoim palcem wskazującym przez około minutę bezpośredni nacisk powyżej nerwu pośrodkowego między ścięgnem mięśnia długiego kciuka (PL) a ścięgnem mięśnia zginacza promieniowego nadgarstka (FCR) na wysokości nadgarstka (Ryc. 3.60). Jeżeli ucisk nerwu pośrodkowego wywołuje drętwienie lub mrowienie w palcach, można podejrzewać podrażnienie nerwu. Czas upływający od pojawienia się objawów i siła ucisku nerwu pośrodkowego są wprost proporcjonalne do nasilenia objawów chorobowych.



Ryc. 3.60. Zmodyfikowany test Durkana.

Objaw Tinela

Jest to kolejny test służący do rozpoznania zespołu cieśni nadgarstka. Pacjent opiera nadgarstek na stole. Badający opukuje lekko koniuszkiem środkowego palca nerw pośrodkowy między ścięgnami PL i FCR. Wynik testu uznaje się za pozytywny, kiedy pacjent uskarża się na ból lub uczucie promieniowania bólu wzdłuż ręki impulsu elektrycznego aż do koniuszków palców (Ryc. 3.61). Objaw Tinela jest jednym z najważniejszych testów klinicznych umożliwiających stwierdzenie regeneracji nerwu obwodowego po jego uszkodzeniu w dowolnym miejscu.



Ryc. 3.61. Objaw Tinela.

Test Finkelsteina

Jest to test na zwężające zapalenie pochewki ścięgna (choroba de Quervaina) ścięgien mięśnia prostownika krótkiego kciuka (EPB) oraz mięśnia odwodziciela długiego kciuka (APL). Pacjent jest proszony o zgięcie kciuka do wnętrza dłoni. Badający albo zgina nadgarstek pasywnie w stronę kości łokciowej, albo prosi pacjenta, żeby zrobił to samodzielnie (Ryc. 3.62 i 3.63). Jeżeli czynność ta wywołuje ból, stanowi to potwierdzenie rozpoznania.

Uwaga. Ten test może być przyczyną dyskomfortu odczuwanego przez pacjenta; w związku z tym ważne jest, aby przeprowadzać go pod koniec serii wszystkich badań.



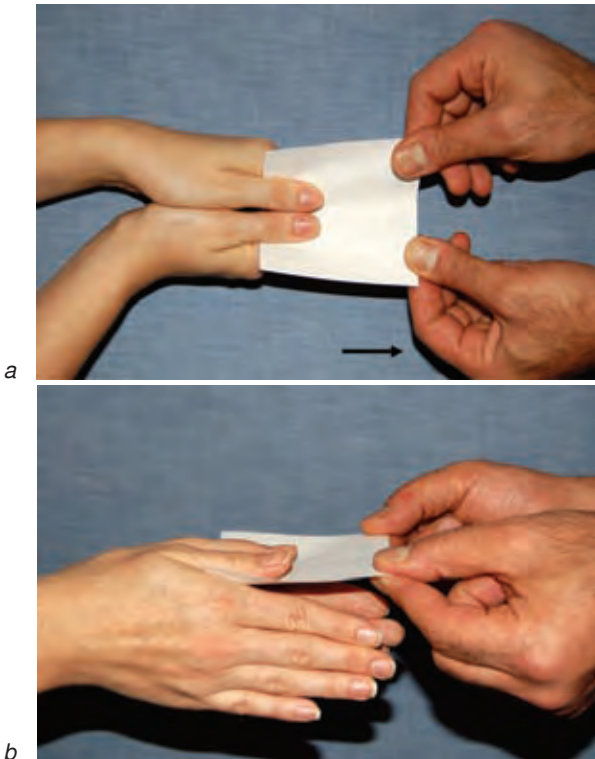
Ryc. 3.62. Test Finkelsteina.



Ryc. 3.63. Test Finkelsteina. Aktywne odchylenie łokciowe.

Test Fromenta

Jest to kolejna metoda badania mięśnia przywodziciela kciuka i często się ją stosuje, aby zademonstrować zmiany chorobowe nerwu łokciowego. Pacjent jest proszony o przytrzymanie kartki papieru między kciukiem i palcem wskazującym, podczas gdy badający usiłuje delikatnie wyciągnąć papier spomiędzy tych palców (Ryc. 3.64). Jeśli mięsień przywodziciel kciuka nie jest zmieniony chorobowo, kciuk pacjenta powinien leżeć płasko.



Ryc. 3.64. Test Fromenta (*a*); widok z boku (*b*).

W przypadku osłabienia mięśnia przywodziciela kciuka pacjent bezwiednie wykorzystuje w zamian mięsień zginacz długi kciuka (FPL), aby utrzymać papier, co powoduje zgięcie stawu międzypaliczkowego (IPJ) (Ryc. 3.65).



Ryc. 3.65. Pozytywny wynik testu Fromenta.

Zespół Kiloha-Nevina (ustawienie palców na kształt litery O)

Jest to badanie przedniego nerwu międzykostnego. Pacjent jest proszony o zetknięcie ze sobą paznokci kciuka oraz palca wskazującego i utrzymanie palców w tym położeniu (Ryc. 3.66). Badający ocenia siłę mięśnia zginacza długiego kciuka (FPL) i mięśnia zginacza głębokiego palca (FDP) przez zaczepienie swojego palca wskazującego w miejscu złączenia obu palców pacjenta i podjęcie próby ich rozdzielenia.



Ryc. 3.66. Zespół Kiloha-Nevina (ustawienie palców na kształt litery O). Zwróć uwagę na zgięcie w stawie międzypaliczkowym kciuka (IPJ) i stawie międzypaliczkowym dalszym palca wskazującego (DIPJ).

Test Kirka Watsona

Jest to próba pozwalająca stwierdzić niestabilność łódeczkowato-księżycowatą. Przedramię pacjenta jest ustawione tak, aby ręka była odwrócona grzbietem do góry, a nadgarstek odchylony w kierunku kości łokciowej. Badający naciska kciuk powyżej dystalnego końca (bieguna) kości łódeczkowatej pacjenta, a pozostałymi palcami tej samej ręki wywiera nacisk w przeciwnym kierunku na dalszą nasadę kości promieniowej. Następnie odchyła rękę w nadgarstku w stronę kości promieniowej (Ryc. 3.67). Jeżeli występuje niestabilność łódeczkowato-księżycowata, proksymalny biegun kości łódeczkowatej podwija się nad powierzchnię grzbietową kości promieniowej, czemu może towarzyszyć odgłos „chrupnięcia” lub uderzenia kości o kość. Po zmniejszeniu nacisku ze strony kciuka kość łódeczkowata może wrócić do prawidłowej pozycji, co może powodować dolegliwości bólowe.



Ryc. 3.67. Test Kirka Watsona.

Test klawisza fortepianowego

Jest to test służący do zdiagnozowania podwichnięcia lub zwyrodnienia stawu promieniowo-łokciowego dalszego. Pacjent jest proszony o zgięcie kończyny górnej w łokciu i nawrócenie przedramienia. Żeby zbadać prawą kończynę, badający przytrzymuje kość promieniową w jej części dystalnej za pomocą palca wskazującego oraz kciuka prawej ręki i porusza głową kości łokciowej w górę i w dół (Ryc. 3.68). Jeżeli stopień translacji (przemieszczenia) jest większy niż w drugiej kończynie, można podejrzewać jej niestabilność. Ból lub odgłos „strzelania” podczas wykonywania tej czynności wskazują na zwyrodnienie stawu promieniowo-łokciowego dalszego. Zwykle dochodzi do niego w reumatoidalnym zapaleniu stawów i zespołe głowy kości łokciowej (łac. *caput ulnae*).



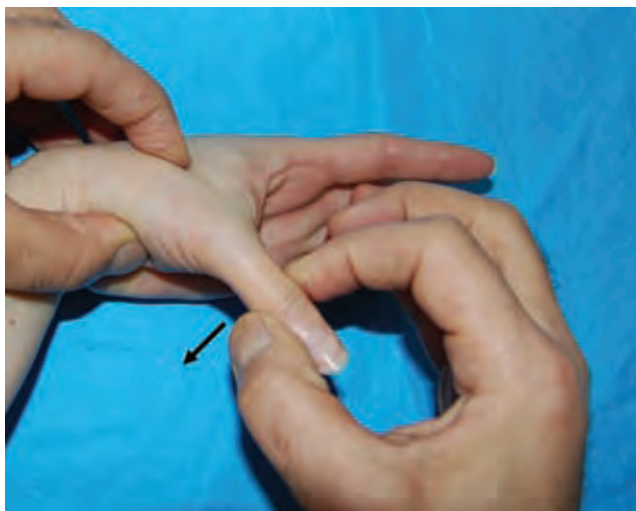
Ryc. 3.68. Test klawisza fortepianowego.

Test Grinda

Jest to test służący do rozpoznania zwyrodnienia stawu nadgarstkowo-śródręcznego (ang. carpo-metacarpal joint, CM CJ) kciuka. Badający chwytając kość śródręcza swoim kciukiem oraz palcem wskazującym i naciska na nią, aby ustalić położenie stawu, a następnie obciąża go osiowo i wprawia w ruch okrężny. Jeżeli wykonywanie tego manewru sprawia pacjentowi ból, można podejrzewać u niego chorobę zwyrodnieniową.

Stabilność więzadła pobocznego łokciowego kciuka (UCL)

Stabilność więzadła pobocznego łokciowego kciuka ma kluczowe znaczenie dla zdolności chwytania. Badający przytrzymuje kość śródręcza kciuka poniżej stawu. Paliczek powinien być zgięty, aby odciążać torebkę stawową. Następnie wywiera się na staw śródręczno-paliczkowy (MCPJ) delikatny nacisk, powodujący odwiedzenie kciuka (Ryc. 3.69). Jeżeli stopień odwiedzenia jest znacznie większy niż w zdrowej ręce i nie wyczuwa się dotykowo twardego końca ruchu, można podejrzewać uszkodzenie więzadła pobocznego łokciowego kciuka. Pacjent może także podjąć próbę odwiedzenia kciuka, pomagając sobie palcem wskazującym. Stopień wiotkości w stawie przy wykonywaniu tej czynności porównuje się z drugą ręką.



Ryc. 3.69. Ocena stabilności więzadła pobocznego łokciowego kciuka. Zwróć uwagę na kierunek działania przyłożonej do palca siły.

Test Bunnella

Umożliwia on odróżnienie przykurczu wewnętrznego (ang. intrinsic) od zewnętrznego (ang. extrinsic). Osoba badająca przeprostowuje staw śródrečno-palczkowy (MCPJ) i mierzy zakres zgięcia stawu międzypalczkowego bliższego (PIP). Test powtarza się przy zgiętym stawie MCPJ. Jeżeli występuje przykurcz, to stopień zgięcia stawów PIP zmniejsza się, przy czym stawy MCPJ znajdują się w przeproście.