

1 Σπονδυλική Στήλη

Η διαφορική διάγνωση του πόνου στη σπονδυλική στήλη είναι συχνά δύσκολη καθώς περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα πιθανών αιτιών που θα πρέπει να αξιολογηθούν. Όροι όπως «αυχενικό σύνδρομο» ή «σύνδρομο οσφυϊκής μοίρας» είναι αμφιλεγόμενοι, καθώς προσδιορίζουν μόνο την περιοχή, αλλά όχι την αιτία της πάθησης.

Αφού ληφθεί το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και πριν από κάθε κλινική εξέταση της σπονδυλικής στήλης, πρέπει να προηγείται μία γενική κλινική εξέταση του ασθενούς ώστε να ελεγχθούν πιθανές παθήσεις σε άλλα συστήματα, τα άκρα και τους μύς, οι οποίες μπορεί να εκδηλώνονται με συμπτώματα από τη σπονδυλική στήλη. Η κλινική εξέταση ξεκινά με την επισκόπηση. Σημειώνεται η γενική εικόνα της θέσης του σώματος και αξιολογείται η θέση των ώμων και της πύελου (επίπεδο των ώμων, θέση και μέγεθος των ωμοπλάτων, ύψος των λαγόνιων ακρολοφιών, εγκάρσια πυελική κλίση), η κατά μέτωπο (στεφανιαία) ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης (απόκλιση από την φυσιολογική κατακόρυφη θέση), και η οβελιαία ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης (κυφωτική ή λорδωτική παραμόρφωση, ή έλλειψη της φυσιολογικής κύφωσης ή λорδωσης). Με τη ψηλάφηση μπορούν να ελεγχθούν διαταραχές του μυϊκού τόνου (σύσπαση ή σκληρία των μυών) και να προσδιορισθούν περιοχές αυξημένης ευαισθησίας ή πόνου. Στη συνέχεια, θα πρέπει να ελέγχεται η ενεργητική και η παθητική κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης, ως σύνολο και κατά μοίρες.

Σε ασθενείς με πιθανή πάθηση της σπονδυλικής στήλης, το πρώτο βήμα είναι η εντόπιση της θέσης και των χαρακτηριστικών κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών ευρημάτων της πάθησης. Η κάκωση, φλεγμονή ή λοίμωξη και οι εκφυλιστικές παθήσεις συχνά συνθέτουν μία χαρακτηριστική κλινική εικόνα με αντίστοιχα απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα. Πλήθος επιπρόσθετων διαγνωστικών εξετάσεων μπορούν να συμπληρώσουν την απλή ακτινογραφία σε περιπτώσεις που οι διαγνωστικές εξετάσεις οδηγούν σε ασαφή διάγνωση. Η επιλογή των απεικονιστικών εξετάσεων εξαρτάται από τα στοιχεία που πρόκειται να μελετηθούν και την πιθανή πάθηση. Για παράδειγμα, η αξονική τομογραφία λόγω της υψηλής αντίθεσης μεταξύ των οστών και των μαλακών ιστών είναι καταλληλότερη για την απεικόνιση των οστών συγκριτικά με τη μαγνητική τομογραφία η οποία πλεονεκτεί στην απεικόνιση των μαλακών ιστών. Οι παθήσεις των μυών και συνδέσμων καθιστούν δυσκολότερη την κλινική αξιολόγηση της σπονδυλικής στήλης.

Τα απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα από μόνα τους σπάνια μπορούν να παρέχουν ολοκληρωμένη διάγνωση για τις παθήσεις της σπονδυλικής στή-

λης. Το γεγονός αυτό καθιστά την επιμελή κλινική εξέταση ιδιαίτερα σημαντική. Ο εξεταστής θα πρέπει να αξιολογήσει μεταβολές στο δέρμα όπως υπεραλγησία και χαρακτηριστικές παρασπονδυλικές πτυχές του δέρματος (πτυχές του Kibler), επώδυνος μυϊκός πασμούς, επώδυνο περιορισμό της κινητικότητας, και εκδήλωση ριζιτικού πόνου.

Δεδομένου ότι κάθε ζεύγος παρακείμενων σπονδύλων συνδέεται σταθερά με πολλαπλούς συνδέσμους, μόνο περιορισμένη κίνηση είναι δυνατή στις μεσοσπονδύλιες αρθρώσεις. Ωστόσο, το σύνολο των κινήσεων σε όλες τις σπονδυλικές αρθρώσεις έχει ως αποτέλεσμα τις συνδυασμένες και συγχρονισμένες κινήσεις της σπονδυλικής στήλης και του κορμού. Οι κινήσεις αυτές ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Οι κύριες κινήσεις είναι η κάμψη και η έκταση στο οβελιαίο επίπεδο, η πλάγια κάμψη στο στεφανιαίο επίπεδο και η στροφή στον επιμήκη άξονα. Η αυχενική μοίρα εμφανίζει το μεγαλύτερο εύρος κίνησης και αποτελεί ταυτόχρονα το πιο κινητό τμήμα της σπονδυλικής στήλης, αλλά και εκείνο με τη μεγαλύτερη ευαισθησία σε παθήσεις και κακώσεις.

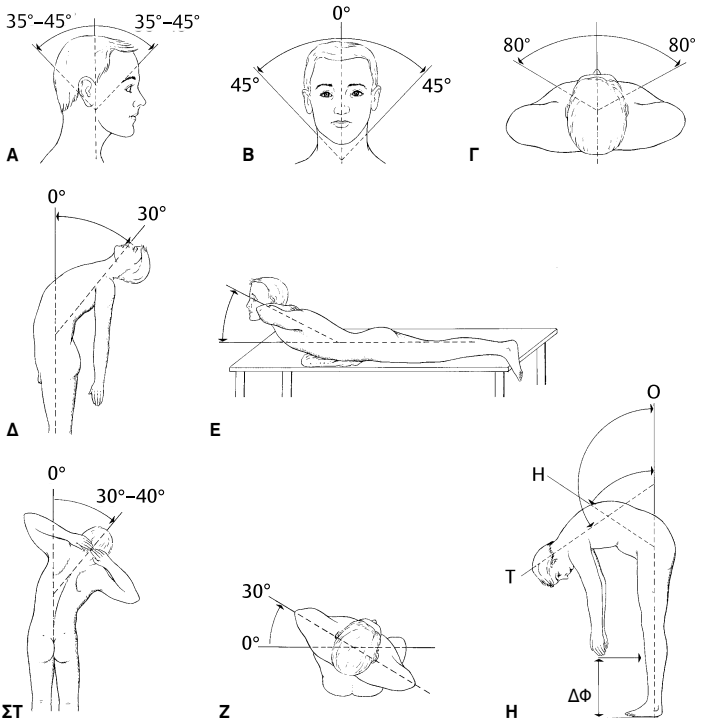
Περίπου το 50% της κάμψης και έκτασης επιτελείται μεταξύ του ίνιου και του Α1 σπόνδυλου (άτλαντας), ενώ το υπόλοιπο 50% επιτελείται περίπου εξίσου μεταξύ των υπολοίπων αυχενικών σπονδύλων, ειδικά μεταξύ του Α5 και Α6 σπόνδυλου. Περίπου το 50% της στροφής επιτελείται μεταξύ του Α1 και Α2 (άξονας) σπόνδυλου, ενώ το υπόλοιπο 50% επιτελείται εξίσου στους υπόλοιπους πέντε αυχενικούς σπόνδυλους.

Η στροφή και η πλάγια κάμψη στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης επιτελείται κυρίως στην κατώτερη θωρακική μοίρα και τη θωρακοσφυϊκή συμβολή. Η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης με τις οβελιαία ευθυγραμμισμένες ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις επιτρέπει κυρίως την κάμψη και έκταση (οβελιαίο επίπεδο), και την πλάγια κάμψη. Η στροφή στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι περιορισμένη.

Με την επιμελή νευρολογική εξέταση μπορούν να αποκλεισθούν αισθητικές και κινητικές διαταραχές στα άκρα. Ο έλεγχος των επιπολής και εν τω βάθει (τενόντιων) αντανακλαστικών και οι δοκιμασίες τάσης των νευρών είναι βασικές δοκιμασίες στην κλινική εξέταση της σπονδυλικής στήλης.

Κατά την κλινική εξέταση της σπονδυλικής στήλης, ο ιατρός θα πρέπει να μελετήσει την πιθανότητα ότι ο «πόνος στη μέση» μπορεί να μην οφείλεται σε πάθηση της σπονδυλικής στήλης αλλά σε παρακείμενες ή απομακρυσμένες περιοχές («αναφερόμενος πόνος»).

■ Εύρος Κίνησης της Σπονδυλικής Στήλης (Μέθοδος Ουδέτερο-Μηδέν)



Εικ. 1.1.Α-Η

A Κάμψη και έκταση (οβελιαίο επίπεδο).

B Πλάγια κάμψη (μετωπιαίο επίπεδο).

Γ Στροφή από ουδέτερη θέση $80^{\circ}/0^{\circ}/80^{\circ}$, στροφή και κάμψη $45^{\circ}/0^{\circ}/45^{\circ}$ (ίνιο-A1), στροφή και έκταση $60^{\circ}/0^{\circ}/60^{\circ}$.

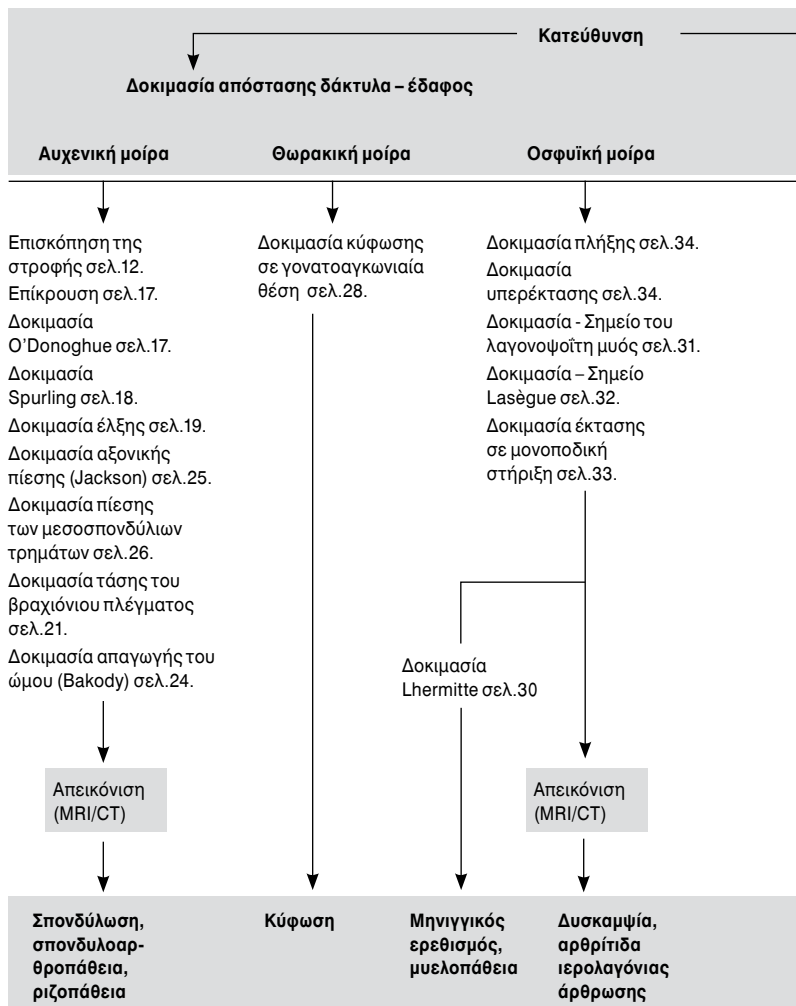
Δ,Ε Έκταση: όρθια (Δ) και πρηνή θέση (Ε).

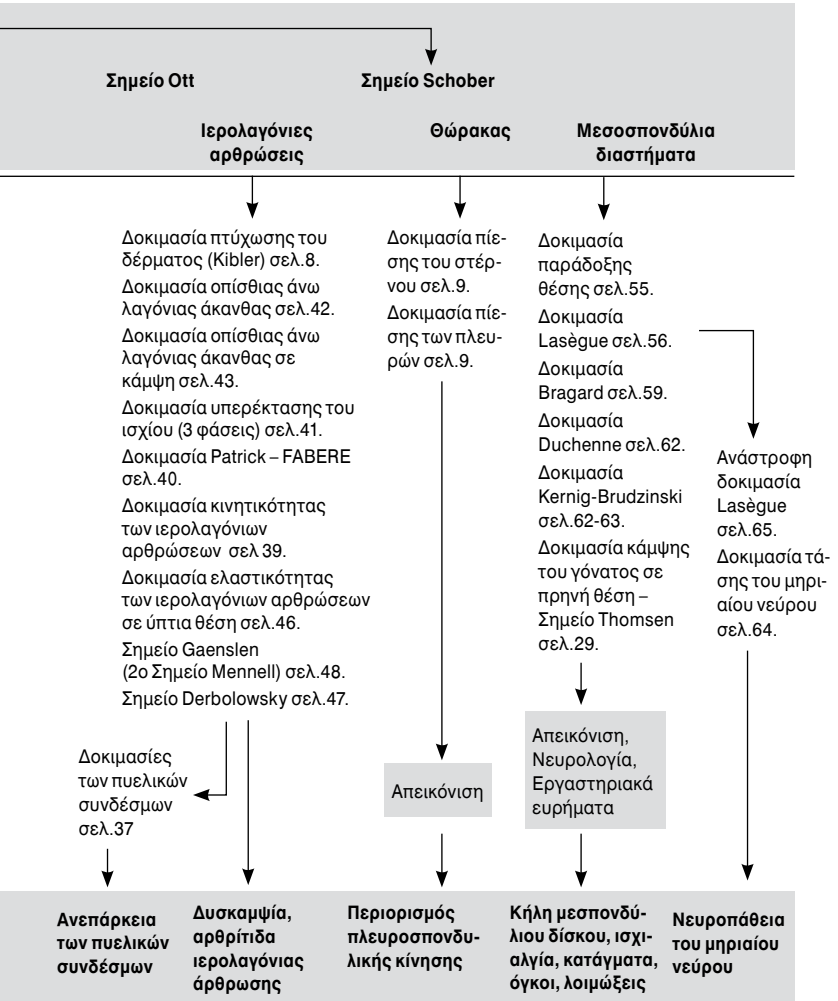
ΣΤ. Πλάγια κάμψη.

Z Στροφή.

Η Πρόσθια κάμψη ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης: **I** κάμψη των ισχίων, **T** πλήρης πρόσθια κάμψη, **ΔΦ** απόσταση δάκτυλα-έδαφος.

Δοκιμασίες της Σπονδυλικής Στήλης





Σημείο Ott

Δοκιμασία του εύρους κίνησης της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε όρθια θέση. Ο εξεταστής σημειώνει την ακανθώδη απόφυση του A7 σπόνδυλου και ένα σημείο 30 εκ. χαμηλότερα από αυτή. Φυσιολογικά, η απόσταση αυτή αυξάνει 2-4 εκ. στην κάμψη και μειώνεται 1-2 εκ. στη μέγιστη έκταση της σπονδυλικής στήλης.

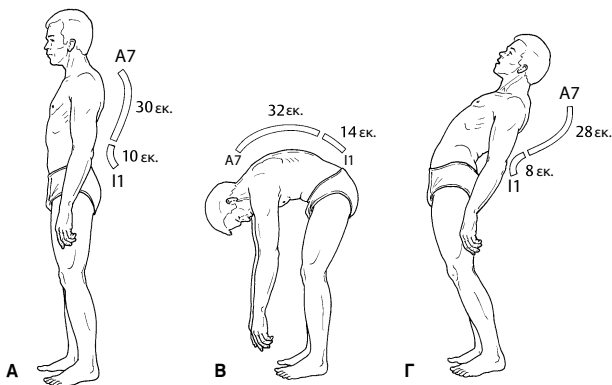
Αξιολόγηση: Οι εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης περιορίζουν το εύρος κίνησης.

Σημείο Schober

Δοκιμασία του εύρους κίνησης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε όρθια θέση. Ο εξεταστής σημειώνει την ακανθώδη απόφυση του I1 σπόνδυλου και ένα σημείο 10 εκ. ψηλότερα από αυτή. Φυσιολογικά, η απόσταση αυτή αυξάνει 15 εκ. στην κάμψη και μειώνεται 1-2 εκ. στη μέγιστη έκταση της σπονδυλικής στήλης.

Αξιολόγηση: Οι εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης περιορίζουν το εύρος κίνησης.



Εικ. 1.3 Α-Γ Σημεία Ott και Schober (απόσταση δάκτυλα – έδαφος).

Α Όρθια θέση.

Β Κάμψη.

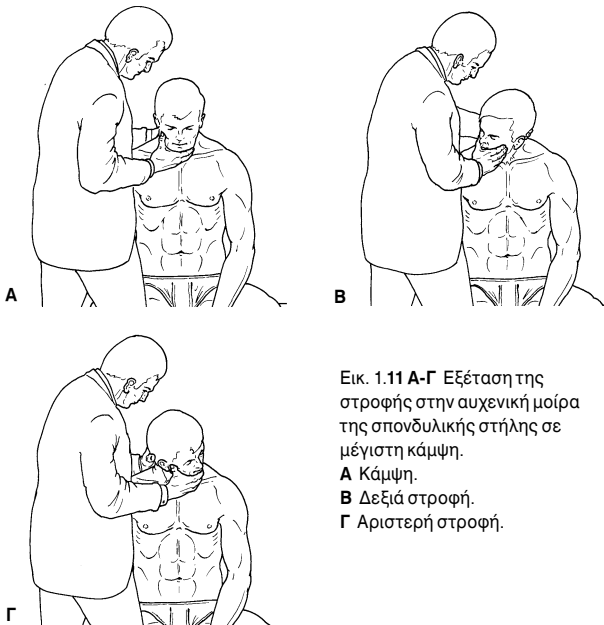
Γ Έκταση.

Αξιολόγηση: Στη μέγιστη έκταση, η ατλαντοϊνιακή άρθρωση κλειδώνει και η στροφή, ως επί το πλείστον, επιτελείται στην κατώτερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και την αυχενοθωρακική συμβολή. Ο περιορισμός της κίνησης με συνοδό πόνο υποδηλώνει πάθηση στις θέσεις αυτές, με συχνότερη τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις στη μέση και την κατώτερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (αυχενική σπονδυλωση, σπονδυλοαρθροπάθεια, ή αρθρίτιδα των αρθρώσεων Luschka). Η εκδήλωση ζάλης υποδηλώνει πίεση των σπονδυλικών αρτηριών.

Εξέταση της Στροφής στην Αυχενική Μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης σε Μέγιστη Κάμψη

Δοκιμασία της ανώτερης αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε καθιστή θέση. Κρατώντας το πίσω μέρος της κεφαλής του ασθενή με το ένα του χέρι και την κάτω γνάθο με το άλλο, ο εξεταστής



Εικ. 1.11 Α-Γ Εξέταση της στροφής στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης σε μέγιστη κάμψη.

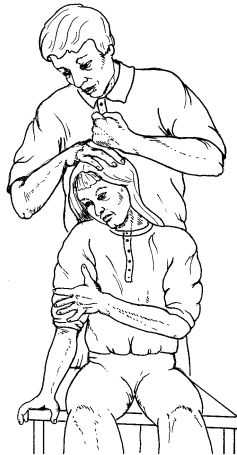
Α Κάμψη.

Β Δεξιά στροφή.

Γ Αριστερή στροφή.



Εικ. 1.16 Δοκιμασία Valsalva.



Εικ. 1.17 Δοκιμασία Spurling.

Σημείωση: Ο πόνος στην κοίλη πλευρά της πλάγιας κάμψης της κεφαλής υποδηλώνει πάθηση νωτιαίας ρίζας ή ζυγοαποφυσιακής άρθρωσης (σημείο Spurling), ενώ ο πόνος στην κυρτή πλευρά υποδηλώνει μυϊκό σπασμό (αντίθετο σημείο Spurling).

Η δοκιμασία Spurling αποτελεί σχετικά βίαιη δοκιμασία στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για το κάθε βήμα της δοκιμασίας.

Η εξέταση δεν πρέπει να διενεργείται όταν υπάρχει υποψία ή δεν έχει αποκλεισθεί η πιθανότητα κατάγματος, εξάρθρηματος ή αστάθειας στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Δοκιμασία Έλξης

Διακρίνει το ριζικό πόνο στην οπίσθια επιφάνεια του αυχένα, τους ώμους και τα χέρια, από το συνδεσμικό ή μυϊκό πόνο στις περιοχές αυτές.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε καθιστή θέση. Ο εξεταστής συγκρατεί σταθερά την κεφαλή του ασθενούς από την κάτω γνάθο και το ίνιο και ασκεί ήπια αξονική έλξη.

Πίνακας 1.3 Κλινικά σημεία ριζίτιδας.

Ρίζα	Επώδυνο δερματομόριο	Αισθητικό έλλειμμα	Κινητικό έλλειμμα	Ανανακλαστικό που προσβάλλεται
O2 O1-O2 Εκτός σπονδυλικού τρήματος: O2-O3.	Πλευροσπονδυλικές αρθρώσεις, ιερολαγόνιες αρθρώσεις, βουβωνική χώρα, λαγόνιες ακρολοφίες, άνω-έσω επιφάνεια μηρού.	Βουβωνική χώρα, άνω-έσω επιφάνεια μηρού.	Λαγονοψοίτης, τετρακέφαλος μηριαίος και προσαγωγί μύες (λιγότερο).	Κρεμαστήρα και επιγονατίδας (εξασθενημένο).
O3 O2-O3 Εκτός σπονδυλικού τρήματος: O3-O4.	Ανώτερη οσφυϊκή μοίρα, πρόσθια-άνω επιφάνεια μηρού.	Πρόσθια και έσω επιφάνεια μηρού και κάτωθεν του γόνατος.	Λαγονοψοίτης, τετρακέφαλος μηριαίος και προσαγωγί μύες (λιγότερο).	Επιγονατίδας (εξασθενημένο έως κατηργημένο).
O4 O2-O3 Εκτός σπονδυλικού τρήματος: O3-O4.	Οσφυϊκή μοίρα, πρόσθια-έξω επιφάνεια μηρού επιφάνεια, περιοχή ισχίου.	Έξω επιφάνεια μηρού έως έσω επιφάνεια κνήμης και ποδιού.	Τετρακέφαλος μηριαίος και πρόσθιος κνημιαίος μυς (δυσχέρεια βάδισης στις πτέρνες).	Επιγονατίδας (εξασθενημένο έως κατηργημένο).
O5 O4-O5 Εκτός σπονδυλικού τρήματος: O5-I1.	Οσφυϊκή μοίρα, οπίσθια επιφάνεια μηρού, έξω επιφάνεια κνήμης, έσω επιφάνεια ποδιού, βουβωνική χώρα, ισχίο.	Έξω επιφάνεια κνήμης έως έσω επιφάνεια ποδιού (μεγάλο δάκτυλο).	Μακρός και βραχύς περωναίος, εκτείνων του μεγάλου δάκτυλου, κοινός εκτείνων των δακτύλων (δυσχέρεια βάδισης στις πτέρνες).	Οπίσθιο κνημιαίου (αξιολογείται μόνον όταν εκλύεται επιτυχώς στην αντίθετη πλευρά).
I1 O5-I1	Οσφυϊκή μοίρα, οπίσθια επιφάνεια μηρού, οπίσθια-έξω επιφάνεια κνήμης, έξω επιφάνεια ποδιού, πέλαμα, βουβωνική χώρα, ισχίο, κόκκυγας.	Οπίσθια επιφάνεια μηρού και κνήμης, έξω επιφάνεια ποδιού και πέλαμα (πέμπτο δάκτυλο).	Περωναίοι και υποκνημίδιος (δυσκολία βάδισης με την άκρη του ποδός, έξω απόκλιση του ποδιού.	Αχίλλειο (εξασθενημένο έως κατηργημένο).

2 Ώμος

Οι οξείες και χρόνιες παθήσεις και οι κακώσεις της ωμικής ζώνης εμφανίζουν αυξανόμενη επίπτωση και ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Τα αίτια μπορεί να είναι επαγγελματικά/εργατικά ατυχήματα, αθλητικές δραστηριότητες και υπέρχρηση λόγω οικιακών ή επαγγελματικών δραστηριοτήτων σε μη εργονομικό χώρο εργασίας.

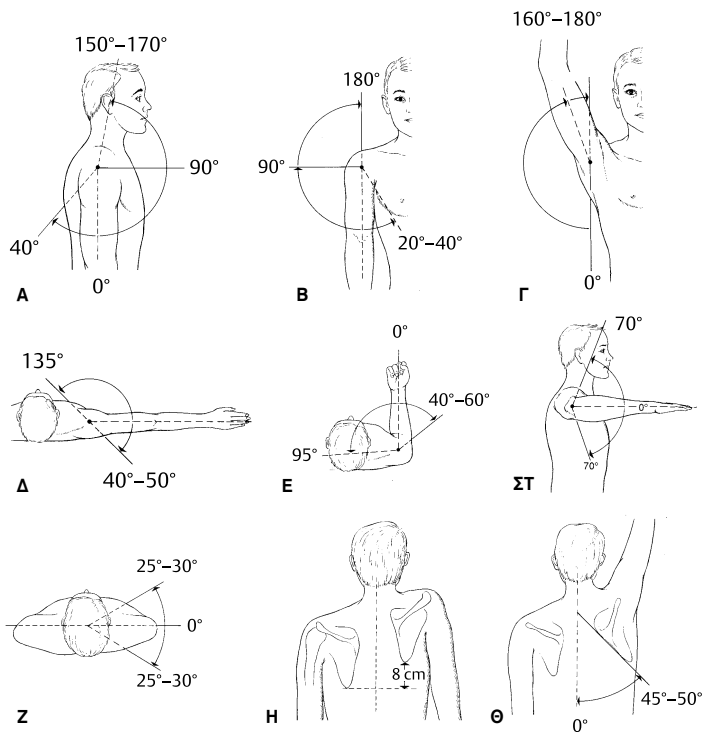
Όπως σε κάθε κλινική εξέταση, το πρώτο στάδιο είναι η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού. Διάφορες παθήσεις του ώμου μπορεί να είναι αποτέλεσμα οξέων κακώσεων, συνδρόμων υπέρχρησης, ή εκφυλιστικών παθήσεων λόγω ηλικίας ή συστηματικής νόσου. Στην εφηβεία και την πρώτη ενήλικη ζωή (έως 35 έτη) οι παθήσεις του ώμου αφορούν συχνότερα κακώσεις ή συγγενείς ανωμαλίες. Οι πιο συχνές είναι τα εξάρθρηματα και υπεξάρθρηματα και οι επακόλουθες αστάθειες του ώμου. Σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, οι εκφυλιστικές παθήσεις είναι συχνότερες. Σε αυτές περιλαμβάνονται το σύνδρομο υπακρωμιακής πρόσκρουσης, οι ρήξεις του μυοτενόντιου στροφικού πετάλου του ώμου και η αρθρίτιδα της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης.

Το ιατρικό ιστορικό σχετικά με το επάγγελμα και τις αθλητικές δραστηριότητες του ασθενούς προσδίδει χρήσιμες πληροφορίες. Επαγγέλματα και δραστηριότητες που απαιτούν υπέρχρηση του ώμου όπως η ζωγραφική και αθλήματα όπως η καλαθοσφαίριση, η πετοσφαίριση, η κολύμβηση, το τένις και το μπιζμπολ συχνά οδηγούν πρώιμα σε παθήσεις του υπακρωμιακού χώρου. Η γνώση του είδους του αθλήματος έχει ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση αθλητικών κακώσεων.

Ωστόσο, η εμφάνιση οξέων συμπτωμάτων δεν οφείλεται πάντοτε σε εμφανή κάκωση με αντίστοιχο μηχανικό. Επί προϋπάρχουσας τενοντοπάθειας του μυοτενόντιου στροφικού πετάλου του ώμου μια μικρής βαρύτητας κάκωση μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ρήξη. Επιπλέον, ο εξεταστής πρέπει πάντοτε να αναζητά από το ιατρικό ιστορικό πληροφορίες σχετικά με συνοδές συστηματικές παθήσεις. Ο καρδιακός πόνος (στηθάγχη) συχνά αντανακλά στον ώμο και το άνω άκρο, όχι πάντοτε μόνο στην αριστερή πλευρά. Οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης και του ήπατος μπορεί επίσης να συνδυάζονται με αντανακλαστικό πόνο στο δεξί ώμο. Η ρευματοειδής (πολυ-) αρθρίτιδα και η υπερουρικήαιμία μπορεί επίσης να εκδηλωθούν με πρώιμα συμπτώματα από τον ώμο. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συχνά εκδηλώνουν πόνο και περιορισμό της κινητικότητας του ώμου. Η συχνότερη νεοπλασματική εξεργασία που εκδηλώνεται με πόνο στον ώμο είναι το σύνδρομο Pancoast.

Η επισκόπηση είναι βασική στην κλινική εξέταση. Ο τύπος βάδισης και η αι-

■ Εύρος Κίνησης του Ώμου



Εικ. 2.1 Α-Ι

A Πρόσθια κάμψη και έκταση.

B Προσαγωγή και απαγωγή.

Γ Η απαγωγή πέραν των 90° απαιτεί έξω στροφή του βραχιόνιου οστού στη γληνοβραχιόνια άρθρωση και στροφή της ωμοπλάτης.

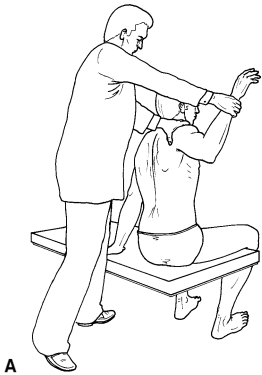
Δ Οριζόντια κάμψη και έκταση (κίνηση προς τα εμπρός και προς τα πίσω του βραχιόνια σε απαγωγή 90° από τον κορμό).

Ε, ΣΤ Έξω και έσω στροφή με τον βραχιόνια σε αιώρηση (ε) και σε απαγωγή 90° (Ζ).

Z Πρόσθια και οπίσθια προβολή του ώμου.

H Ανάσπαση (ανύψωση) και κατάσπαση της ωμοπλάτης.

Θ Ατροφία της ωμοπλάτης σε σχέση με τον κορμό.



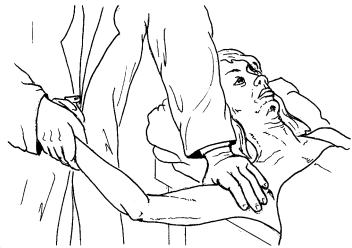
A



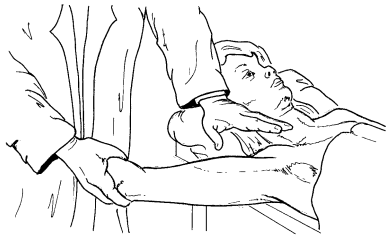
B



Γ



Δ



E

Εικ. 2.43 Δοκιμασία
επικείμενου εξαρθήματος:

A Αρχική θέση.

B Θέση δοκιμασίας.

Γ Θέση επικείμενου
εξαρθήματος (ύπτια
θέση).

Δ Ύπτια θέση με εφαρμογή
πίεσης στην οπίσθια
επιφάνεια της βραχιόνιας
κεφαλής.

E Μετά την άρση της πίεσης.



Εικ. 3.4 Δοκιμασία αστάθειας σε ραιβότητα.



Εικ. 3.5 Δοκιμασία αστάθειας σε βλαισιότητα.

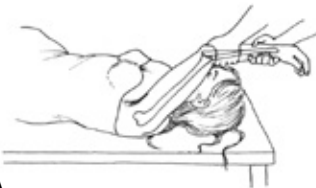
σαγωγή στο αντιβράχιο (ραιβότητα του αγκώνα). Η κίνηση αυτή προκαλεί τάση στον έξω πλάγιο σύνδεσμο του αγκώνα (αστάθεια σε ραιβότητα).

Με παρόμοιο τρόπο εκτελείται απαγωγή στο αντιβράχιο για την εξέταση του έσω πλάγιου σύνδεσμου του αγκώνα (αστάθεια σε βλαισιότητα).

Δοκιμασία Οπίσθιας-Έξω Στροφικής Αστάθειας του Αγκώνα (pivot shift)

Η οπίσθια-έξω είναι η συχνότερη αστάθεια του αγκώνα, η οποία χαρακτηρίζεται από εξάρθρωμα της ωλένης (και της κερκίδας) στην άρθρωση του αγκώνα.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε ύπια θέση. Ο εξεταστής στέκεται πάνω από το κεφάλι του ασθενή και συγκρατώντας το αντιβράχιο εκτελεί έκταση του αγκώνα και μέτριο υπιασμό του αντιβραχίου από τον καρπό. Στη συνέχεια, φέρει τον αγκώ-



A

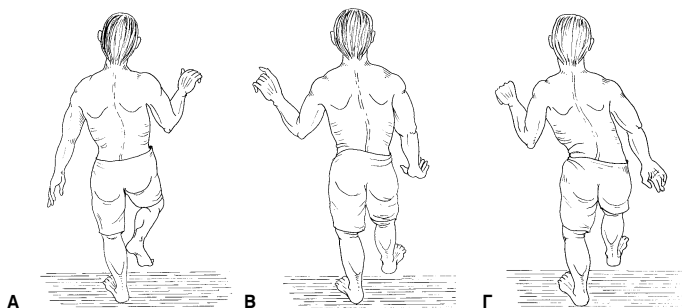


B

Εικ. 3.6. A B Δοκιμασία οπίσθιας-έξω αστάθειας:

A Κάμψη του αγκώνα στις 20°-30° (εξάρθρωμα).

B Κάμψη του αγκώνα στις 40°-70° (ανάταξη).



Εικ. 5.14 Α-Γ Σημείο Trendelenburg - Σημείο Duchenne:

Α Φυσιολογικό ισχίο: η πύελος είναι οριζόντια στη μονοποδική στήριξη.

Β Ανεπάρκεια των γλουτιαίων μυών: η πύελος αποκλίνει προς την αντίθετη πλευρά (θετικό σημείο Trendelenburg).

Γ Ανεπάρκεια των γλουτιαίων μυών: ο ασθενής αντιρροπεί εν μέρει με μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος προς το φορτιζόμενο σκέλος (σημείο Duchenne).

Πίνακας 5.1 Ταξινόμηση της δοκιμασίας Trendelenburg (από Hoppenfeld 1982)

Αρνητική	Η πύελος δεν αποκλίνει
Ασθενώς θετική	Η θέση της πύελου διατηρείται αλλά δεν ανυψώνεται
Θετική	Η πύελος αποκλίνει προς την αντίθετη πλευρά

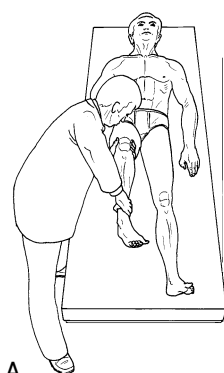
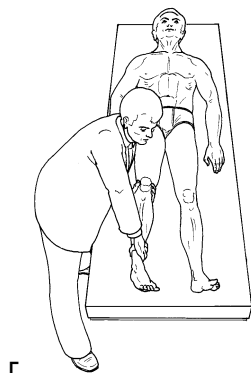
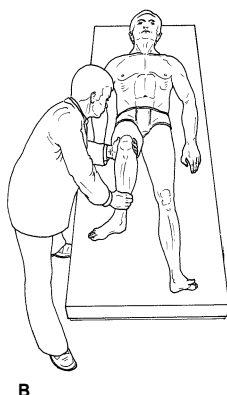
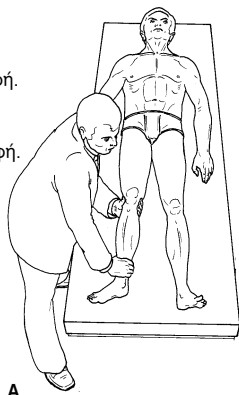
Η ενέργεια αυτή των μυών της πύελου επιτρέπει ομοιογενές πρότυπο βάδισης. Όταν οι γλουτιαίοι μύες ανεπαρκούν (αδυναμία λόγω εξαρθήματος του ισχίου, παράλυση λόγω νόσου ή πολλαπλών χειρουργικών επεμβάσεων στο ισχίο) δεν είναι πλέον σε θέση να στηρίζουν την πύελο στην φορτιζόμενη πλευρά, οπότε η πύελος αποκλίνει προς την αντίθετη (θετικό σημείο Trendelenburg). Κατά την βάδιση, ο ασθενής εμφανίζει χαρακτηριστικό νύσειο βάδισμα, ειδικά σε αμφοτερόπλευρη νόσο (όπως αμφοτερόπλευρο συγγενές εξάρθημα του ισχίου). Η κλίση της πύελου προς την αντίθετη πλευρά μετατοπίζει επίσης το κέντρο βάρους του σώματος προς την κατεύθυνση αυτή. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς συνήθως αντισταθμίζουν τη στάση του σώματος γέρνοντας το σώμα τους προς το πόδι που φέρει το βάρος (σημείο Duchenne). Οι λόγοι για την ανεπάρκεια των μυών της πύελου είναι:

Σημείο Steinmann 2

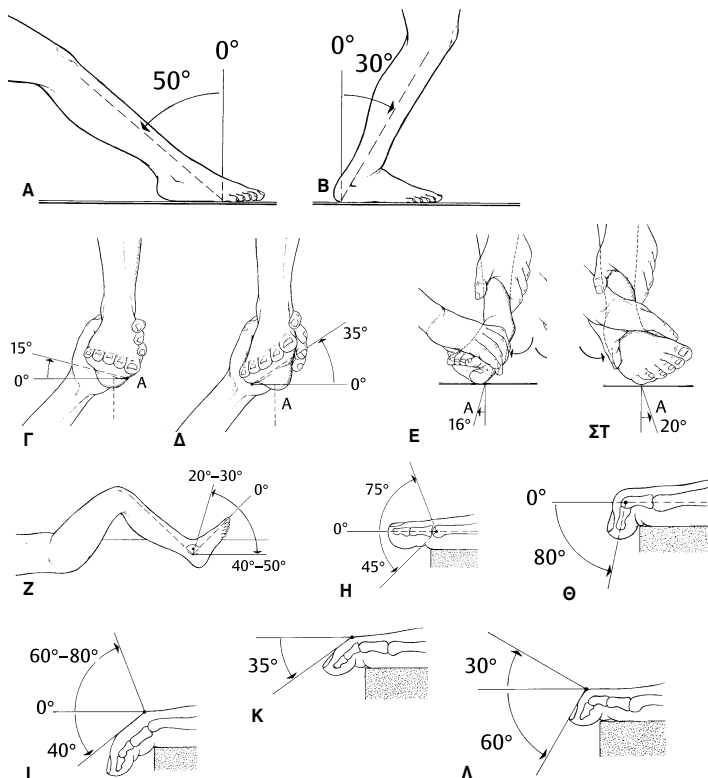
Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε ύπια θέση. εξεταστής συγκρατεί το γόνατο του ασθενούς με το αριστερό του χέρι και ψηλαφά το μεσάρθριο διάστημα. Με το δεξί του χέρι, ο εξεταστής συγκρατεί την κνήμη λίγο πάνω από την ποδοκνημική άρθρωση. Με το μηρό του ασθενούς ακινητοποιημένο, ο εξεταστής εκτελεί έξω και στη συνέχεια έσω στροφή της κνήμης, σε συνδυασμό με κάμψη και έκταση του γόνατος και αξονική πίεση.

Εικ. 6.23 Α-Δ Σημείο Steinmann 2:

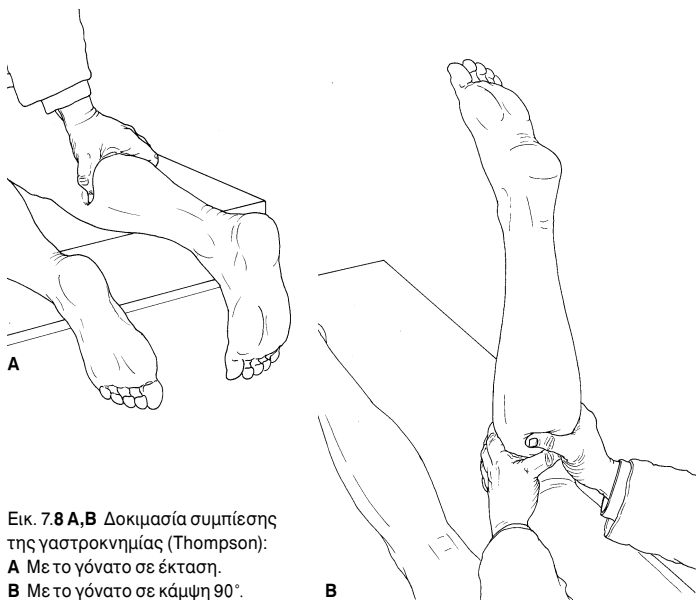
- Α** Αρχική θέση με την κνήμη σε έξω στροφή.
- Β** Κάμψη.
- Γ** Αρχική θέση με την κνήμη σε έσω στροφή.
- Δ** Κάμψη.



■ Εύρος Κίνησης της Ποδοκνημικής Άρθρωσης και του Ποδιού (Μέθοδος Ουδέτερο – Μηδέν)



- A,B** Πελματιαία και ραχιαία κάμψη (έκταση) του ποδιού από την όρθια θέση: κάμψη (A), (B) έκταση.
- Γ,Δ** Πρηνισμός (Γ) και υπτιασμός (Δ) του πρόσθιου ποδιού. Το ένα χέρι συγκρατεί την πτέρνα και το άλλο στρέφει το πρόσθιο πόδι. Ως πρηνισμός και υπτιασμός ορίζεται η γωνία μεταξύ του πρόσθιου και του οπίσθιου ποδιού.
- Ε,ΣΤ** Έξω (Ε) και έσω (ΣΤ) στροφή. Το ένα χέρι συγκρατεί την κνήμη και το άλλο το οπίσθιο πόδι. Η στροφή αξιολογείται ως προς την πτέρνα (άξονας της πτέρνας Α). Προσοχή να μην συμβεί πρηνισμός ή υπτιασμός του ποδιού.



Εικ. 7.8 **A,B** Δοκιμασία συμπίεσης της γαστροκνημίας (Thompson):
A Με το γόνατο σε έκταση.
B Με το γόνατο σε κάμψη 90°.

Σημείωση: Η δοκιμασία μπορεί να εκτελεσθεί με τον ασθενή σε πρηνή θέση και το γόνατο σε κάμψη 90°. Στη θέση αυτή, ο εξεταστής πιέζει τη γαστροκνημία του ασθενούς με τα δύο του χέρια (δοκιμασία Simmond). Απουσία εμφάνισης κάμψης υποδηλώνει ρήξη του Αχιλλείου τένοντα.

Σημείο Hoffa

Σημείο χρονίας ρήξης του Αχιλλείου τένοντα.

Τεχνική: Ο ασθενής είναι σε πρηνή θέση με τα πέλματα να αιωρούνται στην άκρη της εξεταστικής κλίνης. Ζητείται από τον ασθενή να εκτελέσει έκταση και στα δύο πόδια.

Αξιολόγηση: Σε χρόνια ρήξη του Αχιλλείου τένοντα, η τάση του τένοντα θα είναι μειωμένη και το σύστοιχο πόδι θα φέρεται σε μεγαλύτερη έκταση από το αντίθετο. Στη συνέχεια, ζητείται από τον ασθενή να σταθεί στα δάκτυλα του κάθε ποδιού του χωριστά. Σε χρόνια ρήξη του Αχιλλείου τένοντα κάτι τέτοιο είναι αδύνατο να συμβεί στο πάσχον πόδι.