

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AKADEMII FIZJOTERAPII PEDIATRYCZNEJ PRZY AMERYKAŃSKIM TOWARZYSTWIE FIZJOTERAPII DLA DZIECI Z KRĘCZEM SZYI

Dokument źródłowy:

Kaplan, S.L., Coulter, C., Sargent, B., Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the APTA Academy of Pediatric Physical Therapy, Pediatric Physical Therapy. 2018;30(4):240-290. doi: 10.1097/PEP.0000000000000544.

Rok publikacji: 2018

Autor omówienia:

dr Roksana Malak

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.

Cel i uzasadnienie (powstania) wytycznych

Wytyczne zostały opracowane, aby wspomóc poprawę jakości fizjoterapii w oparciu o najlepsze, aktualne dowody z badań naukowych. Aktualne standardy medycyny opartej na danych naukowych (Evidence – Based Medicine) wymagają, aby klinicyści w podejmowaniu decyzji klinicznych stosowali dane z najlepszych badań, wykorzystywali swoje zawodowe umiejętności i uwzględniali wartości istotne dla pacjentów – ich potrzeby, możliwości, ograniczenia i specyfikę kulturową.

Omawiane wytyczne, zgodnie z tymi standardami, zawierają przegląd systematyczny piśmiennictwa na temat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w przypadku fizjoterapii noworodków i niemowląt, z lat 2012-2017, i zawierają informacje o obszarach, w których dostępne są silne dowody z badań, gdzie dowody są słabe lub ich brakuje, i gdzie wymagane są dalsze badania, aby poprawić jakość postępowania u pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych.

Omawiane wytyczne, jak inne wytyczne, które opracowują wytyczne praktyki według aktualnych standardów, są narzędziem edukacyjnym, stanowiącym przewodnik dla wykwalifikowanych klinicystów w podejmowaniu decyzji klinicznych i dążeniu do zapewniania pacjentom najbardziej efektywnej bezpiecznej terapii oraz służą redukowaniu nieuzasadnionych rozbieżności w przebiegu terapii.

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Adresaci / użytkownicy wytycznych

Adresatami wytycznych są fizjoterapeuci zajmujący się dziećmi z kręcem szyi, asymetrią ułożeniową, i szerzej – praktycy specjalizujący się w dziedzinie fizjoterapii określanej jako fizjoterapia w pediatrii i neonatologii.

Zrozumienie oceny jakości rozwoju ruchowego, którego elementem jest naprzemiennosc, symetria, wariantowość ruchu na stronę prawą i lewą, pozwala na profilaktykę w zakresie utrzymania prawidłowej postawy ciała oraz unikania problemów ortopedycznych i innych – m.in. okulistycznych, psychologicznych, dotyczących samoakceptacji – w przyszłości.

Przedstawione wytyczne mogą okazać się użyteczne dla całego zespołu leczniczego/ terapeutycznego, w tym fizjoterapeutów, położnych, pielęgniarek, lekarzy (neonatologów, pediatrów, lekarzy rehabilitacji, ortopedii), ortotyków. Dodatkowo przedstawione wytyczne mogą okazać się przydatne dla pracodawców, polityków oraz dla całego społeczeństwa, ponieważ wytyczne pozwalają na dostrzeżenie roli wczesnej interwencji w podnoszeniu potencjału sprawności i zdrowia.

Osoby, których dotyczą wytyczne

Dzieci z asymetrią ułożeniową nie muszą być pacjentami w zdecydowanej większości, nie muszą korzystać z interwencji chirurgicznej, ortopedycznej czy w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego takiego jak kaski, czy gorsety.

Dziecko, którego rodzice zwracają się do fizjoterapeuty, może być konsultowane okresowo z uwzględnieniem stosowania zaleceń pielęgnacyjnych, a dzięki temu nie będzie pacjentem oddziału ortopedii czy neurochirurgii. Z kolei w momencie, kiedy wymagana jest interwencja ortopedyczna, neurochirurgiczna, trafi odpowiednio wcześniej do specjalistów w celu uzyskania optymalnej, zindywidualizowanej pomocy chirurgicznej czy w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego.

Skala problemu zdrowotnego

Wrodzony kręczy szyi dotyczy 3,9% do 16% noworodków, częściej pojawia się u chłopców oraz u dzieci, których mamy w czasie ciąży przyjmowały leki zawierające substancje opioidowe. Częściej pojawia się u dzieci makrosomicznych, ułożonych miednicowo, po porodzie za pomocą kleszczy. Diagnozowany jest również u dzieci jako idiopatyczny – czyli nieznanego pochodzenia.

Problematyka i adresaci wytycznych

Okazuje się, że rozpoznanie kręczu szyi i asymetrii ułożeniowej w pierwszym miesiącu życia pozwala na uzyskanie prawidłowych zakresów ruchu u 98% dzieci w okresie 1,5 miesiąca, rozpoznanie po 1 miesiącu życia wydłuża okres skutecznej terapii do 6 miesięcy, natomiast rozpoczęcie interwencji po 6 miesiącu życia wydłuża okres interwencji o kolejne 9-10 miesięcy, przy czym nie zawsze jest możliwe uzyskanie prawidłowych zakresów ruchu. Nie ma danych o samoistnym zniknięciu rozpoznanego kręczu szyi. Natomiast jeśli nadal występuje w okresie dzieciństwa czy w wieku dorosłym, to skuteczną interwencją jest wstrzyknięcie toksyny botulinowej, interwencja chirurgiczna w momencie, kiedy kręcz powoduje ograniczenie zakresu ruchu i ból.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Dokument został przygotowany przez interdyscyplinarny zespół, opracowujący wytyczne w ramach Akademii Fizjoterapii Pediatrycznej przy Amerykańskim Towarzystwie Fizjoterapii, APTA. Podstawą do przygotowania wytycznych był przegląd systematyczny badań naukowych dotyczących bieżącej praktyki klinicznej i przyjętych sposobów postępowania dla noworodków i niemowląt.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH (*jak czytać*)**Poziomy dowodów:**

Jakość dowodów z badań naukowych¹	Definicja
I poziom	Dowody uzyskane z wysokiej jakości badań diagnostycznych, badań prognostycznych lub prospektywnych, badań kohortowych lub randomizowanych badań kontrolowanych, metaanaliz lub przeglądów systematycznych (punktacja oceny krytycznej >50% kryteriów).
II poziom	Dane uzyskane z badań diagnostycznych gorszej jakości, badań prognostycznych lub prospektywnych, badań kohortowych lub randomizowanych badań kontrolowanych, metaanaliz lub przeglądów systematycznych (np. słabsze kryteria diagnostyczne i standardy odniesienia, niewłaściwa randomizacja, brak zaślepienia, <80% obserwacji) (wynik oceny krytycznej <50% kryteriów).
III poziom	Kontrolowane studia przypadków lub badania retrospektywne.
IV poziom	Stadia przypadków, serie przypadków.
V poziom	Opinia ekspertów.

¹quality of evidence**Klasyfikacja wielkości efektu, ryzyka, szkód i kosztów:**






Klasyfikacja wielkości / znaczenia	Definicja
Znaczny / istotny	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przytłaczająco przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Umiarkowany	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Niewielki / nieznaczący	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przedstawia niewielkie wsparcie dla wytypowanego kierunku (efektu).

Ocena rekomendacji w porównaniu do poprzednich zaleceń z roku 2013

<i>Nowa</i>	Instrukcja działania, której nie było w poprzedniej wersji
<i>Ulepszona o nowe dowody</i>	Opisywane postępowanie ma lepszą ocenę niż poprzednie z uwagi na nowe odniesienia.
<i>Obniżona z nowymi dowodami</i>	Opisywane działania z nowymi odniesieniami mają słabszą ocenę niż poprzednie.
<i>Poprawione i zaktualizowane</i>	Opis działania został przeredagowany w celu uzyskania przejrzystości z nowymi doniesieniami.

<i>Ulepszony; brak nowych dowodów</i>	Oświadczenie bez nowych rekomendacji zostało przerezagowane dla uzyskania jasności
<i>Potwierdzone i zaktualizowane</i>	Instrukcja działania pozostaje niezmienną, ale oparto ją na nowych doniesieniach.
<i>Potwierdzone; brak nowych dowodów</i>	Instrukcja działania pozostaje niezmienną i nie ma nowych donesień.
<i>„Emerytowane”</i>	Oświadczenie o działaniu, które zostało wycofane.

Siła rekomendacji:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna		Przewaga badań na poziomie I, ale przynajmniej jedno z badań na poziomie I, całkowicie potwierdza rekomendację.
Umiarkowana		Przewaga badań na poziomie II, ale przynajmniej jedno z badań na poziomie II, całkowicie potwierdza rekomendację.
Słaba		Jedno badanie z poziomu II z wynikiem oceny krytycznej <25% lub przewaga badań poziomu III i IV, w tym oświadczenie konsylium ekspertów potwierdzające rekomendację zalecenie.
Teoretyczne/ oparte na badaniach podstawowych		Przewaga dowodów z badań na zwierzętach albo na zwłokach, z modeli/założeń koncepcyjnych/teoretycznych, albo z badań podstawowych/laboratoryjnych; albo popierająca rekomendacje opinia ekspertów opublikowana w recenzowanym czasopiśmie naukowym.
Najlepsza praktyka		Praktyka / postępowanie rekomendowana w oparciu o bieżące normy / zasady praktyki klinicznej; albo wyjątkowe sytuacje, w których badania potwierdzające nie zostały lub nie mogą być przeprowadzone, ale występuje klarowna korzyść, szkodliwość albo koszt; albo opinia ekspertów.
Badania naukowe	<i>(brak)</i>	Brak badań naukowych na dany temat albo niezgodność wniosków z badań o wyższej jakości na dany temat.

Język formułowania rekomendacji (na ile są obligatoryjne), w powiązaniu z siłą rekomendacji, jakością dowodów, klasyfikacją wielkości efektu i przewagi korzyści wobec, ryzyka, szkody albo kosztu:
omówienie wybranych rekomendacji, ze zwróceniem uwagi na sposób formułowania pewności, kierunku i siły zaleceń.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Podsumowanie rekomendacji Akademii Fizjoterapii Pediatrycznej przy Amerykańskim Towarzystwie Fizjoterapii dotyczących postępowania w przypadku wrodzonego kręczu szyi.

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Edukacja, rozpoznanie i przekierowanie do specjalistów pacjentów z wrodzonym kręczem szyi	●○○○○ Nowe	Lekarze, położne, pielęgniarki, doradcy laktacyjni, fizjoterapeuci powinni edukować rodziców noworodków o: układaniu na brzuchu przynajmniej trzy razy dziennie kiedy dziecko nie śpi; zapewnianiu swobody nieskrępowanego ruchu dziecka; poinformowaniu o roli fizjoterapeuty pediatrycznego jako osoby wspierającej rozwój motoryczny i posturalny dziecka.
Ocena noworodka w kierunku obecności asymetrii	●●●●● Ulepszona o nowe dowody	Noworodek powinien być oceniony w pierwszych dwóch dniach po urodzeniu w kierunku obecności lub braku asymetrii. Dokumentacja powinna zawierać informacje czy dziecko prezentuje asymetrię twarzy i/lub całej czaszki oraz czy obserwuje się różnice w pasywnym ruchu rotacji szyi.
Ocena fizjoterapeutyczna dziecka z asymetrią lub kręczem szyi	●●●●○ Ulepszona o nowe dowody	Fizjoterapeuci powinni ocenić i udokumentować rozwój dziecka uwzględniając 9 specyficznych czynników z historii pacjenta (<i>omówione poniżej – patrz rozdział Szczegółowe rekomendacje</i>).
Interwencja fizjoterapeutyczna	●●●●○ Ulepszona o nowe dowody	Interwencja fizjoterapeutyczna w przypadku kręczu szyi powinna zawierać 5 elementów.
Przerwanie fizjoterapii, ponowna ocena i zakończenie fizjoterapii	●●●●○ Ulepszona o nowe dowody	Interwencja fizjoterapeutyczna może być zakończona, jeśli oceniono i udokumentowano następujących 5 kryteriów: » różnica zakresu ruchu po stronie, po której występował kręcz, wynosi $\leq 5^\circ$, » występują symetryczne wzorce ruchu, » rozwój ruchowy jest typowy do wieku, » nie ma przechylenia głowy u dziecka, » rodzice/opiekunowie wiedzą i rozumieją, że należy monitorować rozwój i wzrost dziecka.

Szczegółowe rekomendacje

Edukacja, rozpoznanie i przekierowanie do specjalistów pacjentów z wrodzonym kręczem szyi ●○○○○

Treść rekomendacji: Lekarze, położne, pielęgniarki, doradcy laktacyjni, fizjoterapeuci powinni edukować rodziców noworodków o:
» układaniu na brzuchu przynajmniej trzy razy dziennie, kiedy dziecko nie śpi,
» zapewnienie swobody nieskrępowanego ruchu dziecka,
» poinformowanie o roli fizjoterapeuty pediatrycznego jako osoby wspierającej rozwój motoryczny i posturalny dziecka.

Jakość dowodów z badań: Opinia ekspertów.

Siła rekomendacji: V

Jakość dowodów z badań – łącznie:	Wytyczne pochodzą z Algorytmu Konsulatu Dzieci z Niepełnosprawnościami, Sekcji Zachowań Rozwojowych, Inicjatywy Medycyny Rodzinnej dla Dzieci z Potrzebami Specjalnymi Amerykańskiej Akademii Pediatrii, opinia 217 specjalistów w zakresie opieki pediatrycznej.
Wskazówka praktyczna ekspertów:	Eksperci apelują, że fizjoterapeuci powinni edukować rodziców/opiekunów o objawach kręczu szyi, zanim będzie potrzeba bezpośredniej fizjoterapii. Kolejne monitorowanie rozwoju dziecka w wieku od 3 do 12 miesięcy lub gdy niemowlę zaczyna chodzić, powinno mieć charakter prewencyjny. <i>Uzasadnienie – dyskusja poszczególnych badań – przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.</i>
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » zwiększenie poczucia sprawstwa rodzica/opiekuna w opiece nad noworodkiem, » optymalizacja rozwoju motorycznego w ciągu pierwszych 6 miesięcy dzięki aktywności spędzonej na brzuszku, » wczesne monitorowanie przez rodziców/opiekunów preferencji postawy i zgłaszanie obaw lekarzowi czy fizjoterapeucie pediatrycznemu, » informowanie rodziców o roli fizjoterapeuty pediatrycznego w zapewnianiu kompleksowego i wspierającego planu opieki w zakresie preferencji ułożeniowej, postawy ciała związanej z kręczem szyi, » skrócenie okresu opieki i poprawienie efektów interwencji, jeśli preferencja postawy zostanie wcześniej zidentyfikowana i kompleksowo kontrolowana. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » możliwość zwiększenia niepokoju rodziców o potencjalnym powstaniu kręczu szyi przy obecności asymetrii posturalnej, » zwiększenie kosztów opieki, jeśli odpowiednio wcześniej rodzice nie zostaną poinformowani o sposobach postępowania w przypadku kręczu szyi.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Przeważają dowody z praktyki klinicznej specjalistów pediatrycznych potwierdzających stosowanie edukacji w zakresie prewencji kręczu szyi. Nie znaleziono publikacji zawierających informacje o zgłaszanych ryzykach albo szkodach u pacjentów stosujących działania prewencyjne.
Kryteria wyłączenia:	Nie znaleziono.

Ocena fizjoterapeutyczna dziecka z asymetrią lub kręczem szyi ○○○○

Treść rekomendacji:	Fizjoterapeuci powinni uwzględnić w ocenie dziecka z kręczem szyi dziewięć elementów: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek chronologiczny i skorygowany. 2) Czas wystąpienia pierwszych symptomów. 3) Przebieg ciąży z uwzględnieniem czy w ostatnich 6 tygodniach ciąży dziecko było ułożone tylko w jednej określonej pozycji. 4) Historia porodu z uwzględnieniem pozycji dziecka w czasie porodu oraz masy urodzeniowej. 5) Użycie kleszczy lub vacuum. 6) Obecność asymetrii posturalnej głowy i/lub twarzy. 7) Obecność w rodzinie kręczu szyi bądź wad wrodzonych. 8) Inne problemy zdrowotne. 9) Kamienie milowe rozwoju dziecka w pierwszym roku życia.
Jakość dowodów z badań:	II
Siła rekomendacji:	Umiarkowana.

Jakość dowodów z badań – łącznie:	Na podstawie 157 badań, w tym wytycznych American Physical Therapy Association, APTA, kwestionariuszy z Nowej Zelandii, Szwecji.
Wskazówka praktyczna ekspertów:	<p>APTA rekomenduje ocenę dzieci z podejrzeniem kręczu szyi w czterech domenach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena układu mięśniowo-szkieletowego: <ol style="list-style-type: none"> a. czy dziecko prezentuje symetrię twarzy, czaszki, b. czy dziecko prezentuje symetrię kręgosłupa, klatki piersiowej, c. ocena pasywnego zakresu ruchu szyi, d. ocena masy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, 2) ocena aspektów neurorozwojowych: <ol style="list-style-type: none"> a. napięcie mięśniowe, b. reakcje odruchowe, c. nerwy czaszkowe, d. kamienie milowe rozwoju ruchowego odpowiednie do wieku, e. temperament. 3) ocena aspektów internistycznych: <ol style="list-style-type: none"> a. skóra: zabarwienie i symetria fałdów szyjnych, biodrowych; b. ocena krążeniowo-oddechowa: ruchy obojczyków, klatki piersiowej, szmery i inne niepokojące dźwięki związane z oddychaniem, zespół Grisela), a także: <ol style="list-style-type: none"> c. elementy oceny gastroenterologicznej: refluks, zaparcia, preferencja strony w zakresie jedzenia, 4) przyczyny konsultacji <p>Wnioskiem z badań pacjenta, ale też z analizowanych badań naukowych jest potrzeba prowadzenia dokumentacji medycznej, odbywania szkoleń oraz wprowadzenie wystandaryzowanych testów oceny pacjenta i interwencji w przypadku kręczu szyi.</p> <p><i>Uzasadnienie – dyskusja poszczególnych badań – przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.</i></p>
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » edukacja w zakresie pozycjonowania dziecka, rozwoju, aktywności wspierających symetrię, » uwzględnienie przebiegu ciąży, porodu jako czynników związanych z asymetrią, » ocena kamieni milowych, » prognozowanie rozwoju i planowanie interwencji. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » brak.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Przewaga korzyści.
Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:	Rekomendacje głównie dotyczą stworzenia odpowiedniego badania, które będzie możliwe do wykonania u wszystkich dzieci do 12 miesiąca życia w celu wykrycia kręczu szyi.
Kryteria wyłączenia:	Nie znaleziono.

Interwencja fizjoterapeutyczna ○○○○

Treść rekomendacji:	Interwencja fizjoterapeutyczna u dzieci z kręczem szyi powinna składać się z pięciu elementów: 1) Zapewnienie prawidłowych pasywnych zakresów ruchów w szyi. 2) Zapewnienie uzyskania prawidłowych zakresów ruchów w obrębie szyi i tułowia. 3) Dbanie o symetryczne wzorce ruchu w funkcjach rozwoju motorycznego. 4) Adaptacja środowiskowa, która wspiera symetrię. 5) Edukacja rodziców i opiekunów.
Jakość dowodów z badań:	II
Siła rekomendacji:	Umiarkowana.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	Rozpatrywano 42 badania, wśród których były badania randomizowane dotyczące zaleceń opublikowanych do 2018 roku i uaktualnionych od roku 2013.
Wskazówka praktyczna ekspertów:	Skuteczne w terapii kręczu okazują się: » rozluźnianie miokinetyczne mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, » elektrostymulacja (NMES), » kinesiotaping, » mobilizacje tkanek miękkich, » symetryczne pozycjonowanie w czasie czynności takich jak karmienie czy podczas snu. Rekomenduje się konsultacje u innych specjalistów, jeśli w okresie 4-6 tygodni od rozpoczęcia fizjoterapii nie widzi się poprawy.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	Korzyści: » zwiększa aktywne i pasywne zakresy ruchu u niemowlęcia, » ułatwia przebieg typowego rozwoju motorycznego i zapobiega, zmniejsza lub eliminuje asymetryczny rozwój postawy, motoryki dużej, nieprawidłowości układu szkieletowego, poznawczego, sensorycznego i wzrokowego, » zmniejsza zastosowanie sprzętu ortopedycznego, » zapobiega lub minimalizuje potrzebę przyszłych, bardziej inwazyjnych procedur. Ryzyka, szkody i/ lub koszty: » koszty terapii, » chwilowy dyskomfort u dziecka, » rodzice/opiekunowie mogą wykonywać zalecenia nieprawidłowo, » rodzice mogą wykonywać zalecenia z niewystarczającą intensywnością.
Kryteria wyłączenia:	Nie znaleziono.

Przerwanie fizjoterapii, ponowna ocena i zakończenie fizjoterapii ○○○○

Treść rekomendacji:	Interwencja fizjoterapeutyczna może być zakończona, jeśli oceniono i udokumentowano następujących pięć kryteriów: » różnica zakresu ruchu po stronie, po której występował kręcz, wynosi $\leq 5^\circ$, » występują symetryczne wzorce ruchu, » rozwój ruchowy jest typowy do wieku, » nie ma przechylenia głowy u dziecka, » rodzice/opiekunowie wiedzą i rozumieją, że należy monitorować rozwój i wzrost dziecka.
Jakość dowodów z badań:	II i III
Siła rekomendacji:	Umiarkowana.

<i>Jakość dowodów z badań – łącznie:</i>	Uwzględniono badania o jakości na poziomie II i III oceniające efekty długotrwały follow up – monitorowanie. W jednym z badań monitorowano 81 dzieci między 3,5 do 5 rokiem życia. Wykonano też porównanie ich rozwoju z dziećmi bez kręczu szyi.
<i>Wskazówka praktyczna ekspertów:</i>	Fizjoterapeuta pediatryczny powinien monitorować postępy swoich działań od 3 do 12 miesięcy w zakresie: preferencji posturalnej, symetrii szyi, twarzy, tułowia, bioder, kończyn górnych, dolnych w zakresie struktury i funkcji, etapów rozwoju ruchowego.
<i>Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:</i>	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » nie ma żadnych utrzymujących się wtórnych kompensacji ani opóźnień rozwojowych, » rodzice/opiekunowie wiedzą, jak ocenić wraz ze wzrostem dziecka obecność, ewentualnego regresu i kiedy skontaktować się z lekarzem dziecka i/lub fizjoterapeutą w celu ponownej oceny, » dokumentacja przerwania leczenia odzwierciedla uzyskanie oczekiwanych wyników zakończenia opieki względem podjętych podstawowych środków oceny i terapii. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » brak.
<i>Kryteria wyłączenia:</i>	Nie znaleziono.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Wytyczne Akademii Fizjoterapii Pediatrycznej rekomendują edukację, ocenę i udokumentowanie badania i terapii dzieci z kręczem szyi nawet 3 do 12 miesięcy po zakończeniu leczenia. Ocena i terapia powinna uwzględniać określone elementy w zakresie struktury i funkcji, uwzględnienie obecności badań obrazowych, ciężkości stanu pacjenta, obecności kręczu, który powinien być zdiagnozowany jeszcze przez innych specjalistów poza fizjoterapeutami, jeśli kręcz nie ma charakteru mięśniowo-szkieletowego.

Są ściśle określone kryteria, kiedy nie trzeba już podejmować terapii u dzieci, u których wcześniej zdiagnozowano wrodzony kręcz szyi. Należy konsultować się, jeśli u dziecka nie obserwuje się poprawy mimo podjętych działań terapeutycznych.

Wytyczne wskazują najbardziej rekomendowane działania terapeutyczne z uwzględnieniem zaleceń do domu, monitorowania stanu pacjenta i edukacji rodziców i opiekunów w dalszym wspieraniu rozwoju dziecka.