



# Войта-диагностика и Войта-терапия

**Здвижкова.В.Н**

Украинский медицинский центр реабилитации детей с органическими заболеваниями нервной системы МЗ  
Украины, г. Киев

# Нейрокинезиология по Войта

позволяет диагностировать нарушенное двигательное развитие у детей уже с периода новорожденности, еще до отсутствия четкой неврологической симптоматики при классическом обследовании и назначить раннюю терапию.

Суть диагностики это не только пассивное наблюдение за ребенком, но и активный метод обследования с использованием соответствующих функциональных проб (нагрузок, провокаций).

Показание к проведению Войта -  
диагностики : дети возрастом от 0 до 1  
года из группы риска. Противопоказаний  
нет, за исключением детей с дисплазией  
тазобедренных суставов, у которых  
проверяют не все реакции на  
положение.

# Постуральный онтогенез до полной вертикализации является основой диагностики и терапии по В. Войта.

## В нейрокинезиологической диагностике нужно оценивать:

- **постуральную активность:** спонтанная моторика и физиологические механизмы выпрямления (основа содержания постурального онтогенеза);
- **постуральную реактивность** с помощью реакций на положение тела (лагереакции);
- **динамику редукции рефлексов новорожденных** (примитивных рефлексов).

**Локомоция** - совокупность согласованных движений, благодаря которым человек перемещается в пространстве.

База локомоции:

- Мотивация
- Сенсорная ориентация
- Автоматическое регулирование положения тела

# Спонтанная моторика (постуральная активность)

- В идеальной моторике первого года жизни отображается постуральный (моторный) онтогенез.
- Ранний онтогенез ребенка первого года жизни делится на 4 триместра относительно формирования механизмов вертикализации и локомоции. Каждому триместру отвечает свой сенсомоторный, психический, предречевой, эмоциональный паттерн, который имеет генетически обусловленные временные варианты отклонений от нормы, которые представляют в среднем 2-3 недели.

## Реакции на положение тела (лагерреакции) относительно постурального онтогенеза:

- **Постуральная реактивность** – физиологический механизм, который обеспечивает автоматическое регулирование положения тела, это свойство приспосабливаться к изменениям положения тела.
- Исследование постуральной реактивности разрешает оценить степень функционально-структурных изменений ЦНС.

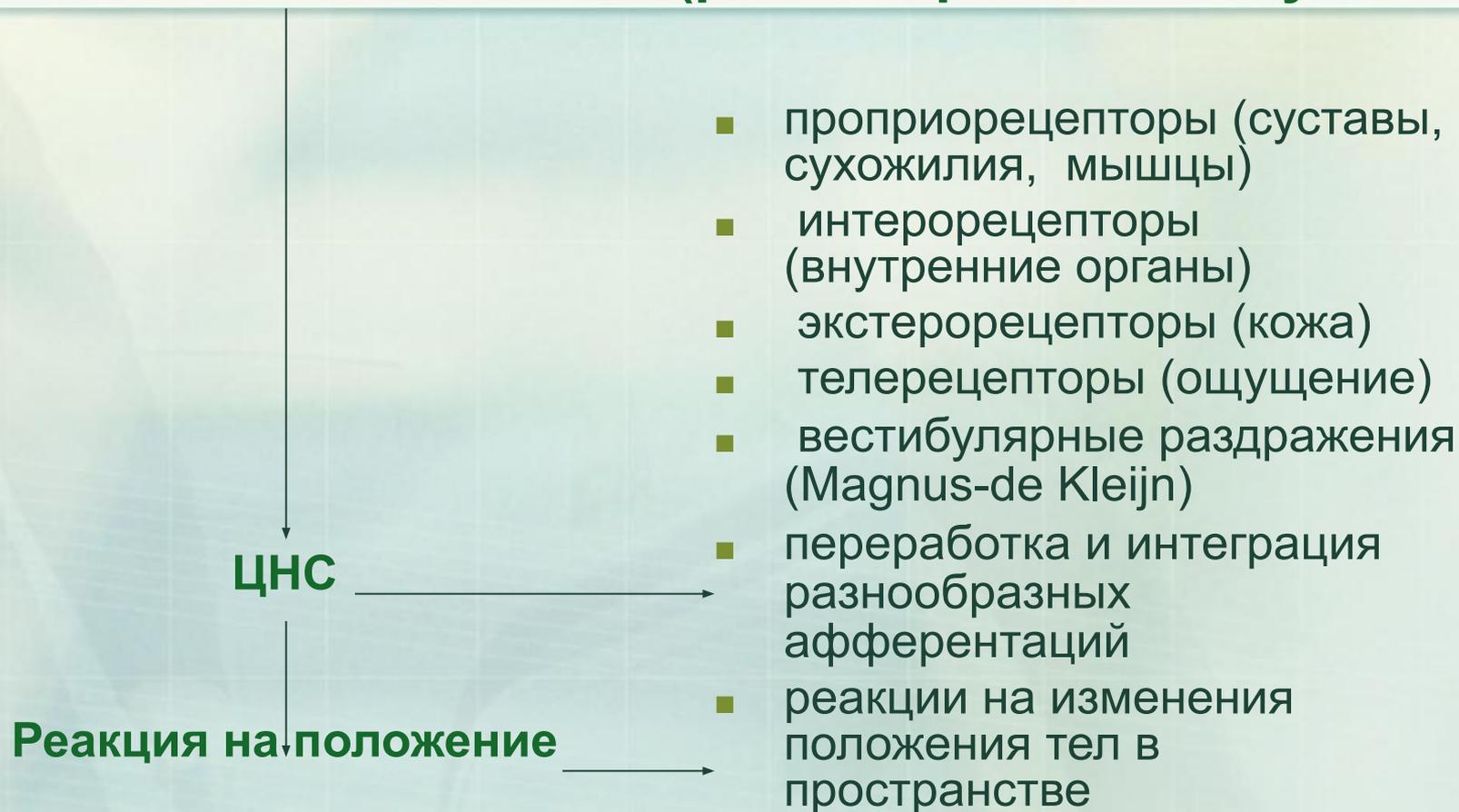
**Лагереакции** - это стандартизированный метод оценки постуральной реактивности, в основе которого - рефлекторный двигательный ответ на разные положения тела в пространстве.

Чтобы реакции можно было клинически использовать необходимо:

1. Двигательный ответ на изменения положения тела был видимым и закономерным.
2. Моторный ответ отображался в разных фазах развития.
3. Были отличны физиологические (нормальные) от патологических реакций.

- Каждая реакция на положение имеет свой четкий рисунок (отражение), кинезиологическим определением которого есть глобальный, часть и типичный для возраста двигательный ответ.
- На основе реакций на положение в диагностике по Войта можно установить достаточно точный возрастной период развития. Отсюда возникает новое понятие “период реакций на положение тела”. Период развития сравнивается с хронологическим развитием или гестационным (срок беременности). Таким образом, может быть определена задержка в неврологическом развитии.

# В основе находится афферентно-эфферентный принцип: изменение положения тела (разнообразные импульсы):



# Оценка реакций на положение

1. Определение возраста развития
2. Отставание развития
3. Патологический рисунок (количественная и качественная оценка)

В.Войта удалось из многочисленных реакций, связанных с положением тела, выделить семь реакций и составить их в диагностическую концепцию, которая не только делает возможной раннюю диагностику церебральных двигательных повреждений раньше, чем они возникнут, но и разрешает определить точную диагностику неврологического развития. Для этого он использовал реакции на положение тела.

# Лагереакции по Войта

1. **Реакция при подтягивании** (тракции)  
(модифицированная и стандартизированная Vojta)
2. **Ландау-реакция** (Landau, 1923; модифицированная и стандартизированная Vojta)
3. **Реакция подвешивания подмышки** (аксиллярная)
4. **Реакция перебрасывания на сторону по Войта**  
(Vojta 1967/69)
5. **Горизонтальная реакция бокового подвешивания по Collis/Vojta** (Collis, 1954; модифицированная и стандартизированная Vojta)
6. **Вертикальная реакция подвешивания по Peiper и Isbert** (Peiper и Isbert, 1927; модифицированная и стандартизированная Vojta)
7. **Вертикальная реакция подвешивания по Collis**  
(Collis, 1954; модифицированная и стандартизированная Vojta)

Tabelle 6. Tabellarische Übersicht über die Lagereaktionen für die kinesiologische Diagnostik nach Vojta. Zusammengestellt von F. Lajosi und H. Bauer aus dem Buch „Neurokinesiologische Diagnostik“ (Hrsg. Th. Hellbrügge). Es kann beim Hansischen Verlagskontor in Lübeck auch im Großformat zu Demonstrations- und Lehrzwecken bezogen werden.

### LAGEREAKTIONEN für die kinesiologische Diagnostik

	1. TRIMENON			2. TRIMENON			3. TRIMENON			4. TRIMENON					
	1. MONAT	2. MONAT	3. MONAT	4. MONAT	5. MONAT	6. MONAT	7. MONAT	8. MONAT	9. MONAT	10. MONAT	11. MONAT	12. MONAT			
	1. Streckstadium			2. Beugestadium			1. Streckstadium			2. Streckstadium					
TRAKTIONSREAKTION	1. Phase — 0–5 Wochen			2a. Phase — 7. Wo.–3. Mo.			2b. Phase — 4.–6. Monat			3. Phase — 7.–8. Monat			4. Phase — 9./10.–12. Monat		
LANDAU-REAKTION	1. Phase — 0–6 Wochen			2. Phase — 7. Wo.–3. Mo.			3. Phase — mit 6 Monaten vollendet								
AXILLARE HÄNGEREAKTION	1a. Phase — 0–3 Monate			1b. Phase — 4.–7. Monat			2. Phase — Ab 8. Monat								
SEITLICHE HÄNGEREAKTION NACH VOJTA	1. Phase — 0–10 Wochen		1. Überg. — 11.–20. Wo.		2. Phase — 4./5.–7. Mo.		2. Überg. — 7./8.–9. Mo.		3. Phase — Ab 9./10. Monat						
HORIZONTALE SEITLICHE REAKTION NACH COLLIS	1a. Phase — 0–6 Wochen		1b. Phase — 7. Wo.–3. Mo.		2. Phase — Mit 6. Monat		3. Phase — Ab 8./9. Monat								
VERTIKALE HÄNGEREAKTION NACH PEPPER UND ISBERT	1a. Phase — 0–6 Wochen		1b. Phase — 7. Wo.–3. Mo.		2. Phase — 4.–5./6. Monat		3. Phase — 7.–12. Monat		4. Phase — 0./10.–12./14. Monat						
VERTIKALE HÄNGEREAKTION NACH COLLIS	1. Phase — 0–6 Monate			2. Phase — Ab 6./7. Monat											

Рефлексы новорожденных (примитивные рефлексы)  
- для диагностики по Войта -

Примитивные рефлексы	В норме	Патологический симптом
<b>Орофациальные рефлексы</b>		
Рефлекс Бабкина	0-4 недели	после 6 недель
поисковый рефлекс	0-3 месяца	после 6 месяцев
сосательный рефлекс	0-3 месяца	после 6 месяцев
феномен глаз куклы	0-4 недели	после 6 недель
автоматической походки	0-4 недели	после 3 месяцев
<b>Разгибательные рефлексы</b>		
экстензорный толчок рук		с рождения
экстензорный толчок ног	0-4 недели	после 3 месяцев
рефлекс с корня ладони		с рождения
пяточный рефлекс	0-4 недели	после 3 месяцев
супрапубикальный разгибательный рефлекс	0-4 недели	после 3 месяцев
перекрестный разгибательный рефлекс	0-6 недели	после 3 месяцев
лифт-реакция	0-4 недели	после 4 месяцев в N форме, с рождения в патологической форме
рефлекс Галанта	0-4 недели	< и до отсутствия в 1.триместре, +++ в 2. триместре и позднее
<b>Хватательные рефлексы</b>		
С рук.....	к развитию опорной и хватательной функции руки	< 0 и до отсутствия в 2. триместре при дискинетическом типе развития, +++ в 2. триместре при спастическом типе развития
Со стоп.....	к развитию опорной функции стоп	+++ в 2. и 3. триместре и > при дискинетическом типе, < 0 и до отсутствия в 2. и 3. триместре при спастическом типе
РАФ (рефлекс акустико -фациальный) РОФ (рефлекс оптико-фациальный)	с 10 дней до конца жизни возникает после 3 месяцев	в 4 месяца отсутствует в 6 месяцев отсутствует

# Центральные координационные нарушения (ЦКП)

**ЦКП** - это недостаточная обработка мультиафферентных раздражителей в центральной нервной системе.

Нарушенная способность ЦНС приспособляться к изменениям положения тела (т.е. постуральная реактивность). На нее уже в периоде новорожденности указывают патологические реакции на положение тела.

По степени тяжести ЦКП делятся:

- все реакции нормальные (физиологические);
- легчайшие (1-3 патологических лагереакции);
- легкие (4-5 патологических лагереакций);
- средней-тяжести (6-7 патологических лагереакций);
- тяжелые (7 патологических лагереакций + выраженное нарушение мышечного тонуса).

# Скрининг реакции на положение

нормальный образец реакций, но задержка пострурального возраста больше 3 месяцев

ЦКП отсутствуют

Примитивные рефлекссы вызываются в пределах нормального пострурального возраста

Нормальное психическое и статокINETическое развитие

нормальный образец реакций, физиологическое поструральное развитие

ЦКП

Примитивные рефлекссы персистируют в пределах задержки пострурального возраста

патология психики

патологический образец реакций, поструральный возраст описывается или не определяется

ЦКП

Примитивные рефлекссы персистируют или блокированы

патология психики

The background of the slide is an abstract composition. The upper portion features a light blue and green color palette with a faint grid pattern. A thin, dark diagonal line runs from the bottom left towards the top right, separating the grid area from a solid light green area below. The overall aesthetic is clean and modern.

# Войта - терапия

# Войта-терапия

Согласно данным литературы, еще в 1954 году чешский врач Войта в результате многолетних наблюдений открыл основные модели рефлекторного движения вперед, которые позднее были классифицированы и предложены, как метод терапии - рефлексная локомоция или по имени автора Войта-терапия.

# Принципы Войта-терапии

1. Терапия воздействует на имеющиеся нервные связи на самых разных уровнях тела (от скелетной мускулатуры до внутренних органов, с простейшего управления ЦНС и до более высоких мозговых структур), использует «естественные движения», врожденные способности пациента.
2. У младенцев ЦНС еще очень хорошо поддается формированию. Некоторые нервные пути в мозге часто полностью заблокированы, но в принципе остаются доступными. Ненормальные движения (замещающие образец), возникающие из-за постоянного, но патологически измененного выпрямления и передвижения, еще не закреплены, что позволяет достичь максимального эффекта при терапии рефлексолокомоции.
3. Основная задача методики - формирование двигательных навыков соответствующих возрасту ребенка. Для его решения используют рефлекс ползания и рефлекс поворота. Их основные феномены имеют влияние на управление телом в целом, его вертикализацию и возможность передвижения.

# Принципы Войта-терапии

4. Оба двигательных комплекса содержат элементарные компоненты передвижения : автоматическое управление равновесием при движении («постуральное управление»), выпрямление тела против силы тяжести и целенаправленные хватательные и шаговые движения конечностей («фазовая подвижность»).
5. Благодаря терапевтически возможному выстраиванию функций осанки и поведения в ЦНС, улучшенный уровень движения может удерживаться часто в течение целого дня.
6. Управление осанкой и движением, активизируемое в терапии, является одной из важнейших предпосылок для любой спонтанной коммуникации. Т.с. Она может быть основой для выполнения требований в других терапиях, например, в специальной педагогике, логопедии, эрготерапии и др.

# Различают два комплекса рефлекса ЛОКОМОЦИИ:

- 1-ый проводится в положении на животе и обозначается как рефлексорное ползание;
- 2-ой в положении на спине и на боку, этот координационный комплекс обозначается как рефлексорный поворот.

Имеются 10 описанных Войта зон на теле, а также на руках и ногах, чтобы вызвать образцы движений. Через комбинацию различных зон и чередование надавливания и растягивания активизируются оба рефлекса локомоции. Играют роль оптимальный угол сгибания конечностей и т.н. сопротивление (например, терапевт тормозит поворот головы во время рефлексорного ползания, достигается изометрическое сокращение близлежащей мускулатуры).

Принцип-много вариаций. К трем основным позициям имеется более тридцати вариаций, для подбора индивидуальной программы и цели лечения.

# Всеобъемлющее действие Войта терапии

## ■ **Мускулатура скелета**

- 1.Позвоночник сегментарно растягивается и скручивается, становится функционально подвижнее.
- 2.Голова может более свободно двигаться.
- 3.Достигается центрирование суставов(особенно плечевого и тазобедренного).
- 4.Кисти и стопы целенаправленнее и обширнее используются для опорной и хватательной функций.

## ■ **Область лица и рта**

- 1.Облегчает сосательные, глотательные, жевательные движения.
- 2.Движения глаз становятся более целенаправленными и независимыми от движений головы.
- 3.Возрастают сила и громкость голоса.
- 4.Произношение становится понятнее.

## ■ **Дыхательная функция**

- 1.Увеличивается объем грудной клетки.
- 2.Дыхание становится глубже и стабильнее.

## ■ **Вегетативная нервная система**

- 1.Улучшается кровоснабжение кожи.
- 2.Улучшается ритм сна и бодрствования.
- 3.Улучшатся регуляция функции кишечника и мочевого пузыря.

## ■ **Восприятие**

- 1.Улучшаются реакции равновесия.
- 2.Улучшается ориентация в пространстве.
- 3.Сильнее и точнее становятся ощущенияб холодный, теплый, острый, тупой.
- 4.Улучшается распознавание форм и структур с помощью ощупывания.
- 5.Способность к концентрации становится гибче и стабильнее.

## ■ **Психика**

Пациент становится более уравновешенным, эмоционально активным.

# Условия проведения Войта-терапии

- 1) частое повторение упражнений на протяжении продолжительного времени (3-4 раза на день по 5-20 минут на протяжении не меньше 1 года);
- 2) интеграция родителей в процесс реабилитации, обучение их терапии в Центре реабилитации под руководством специалиста Войта-терапевта с дальнейшим проведением комплекса упражнений дома;
- 3) коррекция комплекса упражнений во время консультаций или повторных курсов реабилитации в Центре Войта-терапевтом, посредством комбинирования и вариации зон раздражения и сопротивления, а также малейших изменений направления нажатий и угла сгибания конечностей в исходном положении, терапия приспосабливается к индивидуальной картине заболевания и цели лечения пациента;
- 4) необходима предыдущая психологическая подготовка родителей к способу проведения терапии и ожидаемых результатов Отрицательное поведение ребенка на вынужденное положение во время проведения терапии может быть проявлением страха или естественного протеста, особенно у детей младенческого возраста. Отрицательное поведение ребенка не должно быть проявлением агрессии (требуется устранения методами психологической коррекции);
- 5) перед началом проведения Войта-Терапии детям первого года жизни проводится Войта-диагностика, пациентов осматривает невролог и педиатр, по показаниям электрокардиография, нейросонография, электроэнцефалография;
- 6) Войта-терапии как реабилитационная методика используется самостоятельно, что связано с расчетом адекватной нагрузки;
- 7) Войта-терапия совместима с плаванием, лечебной гимнастикой и массажем, когда родители по любым причинам не могут достичь оптимальной нагрузки только за счет Войта-терапии;
- 8) Войта-терапия несовместима с электропроцедурами.

# Показания к проведению Войта-терапии

## Абсолютные показания:

1. Центральные координационные нарушения (средней степени тяжести и тяжелые центральные координационные нарушения, асимметричные легкие центральные координационные нарушения, т.н. гемисиндромы).
2. Детский церебральный паралич
3. Мышечная кривошея
4. Периферические парезы и параличи (например, Spina bifida, Plexus pareses и др.).
5. Врожденные миопатии
6. Синдром поперечного поражения спинного мозга.
7. Артрогрипоз

## Относительные показания:

1. Задержка стато-кинетического развития
2. Даун-синдром и другие синдромы.
3. Нарушение осанки (сколиозы).
4. Функциональные нарушения суставов (дисплазия тазобедренных суставов, косолапость).
5. Проблемы с функциями глотания, жевания, дыхания.

# Противопоказания к проведению Войт-терапии:

1. 10 дней после профилактической прививки.
2. Температура тела выше 38,5 С°
3. Обострение хронических соматических заболеваний.
4. Гидроцефалия (период декомпенсации).
5. Аффективно-респираторные состояния (судороги), частые серийные эпилептические припадки.
6. Родители психологически не подготовлены к проведения методики.
7. При особых заболеваниях (например, болезнь стеклянных костей).
8. При заболеваниях сердца (в периоде суб- и декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности).