

Губанов Вячеслав
врач восстановительной медицины,
ортопед, мануальный терапевт, Войто-терапевт.

О ВОЙТА – ТЕРАПИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.

ВСТУПЛЕНИЕ

Патология нервной системы (НС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА) такая как ДЦП; поражение периферической нервной системы; патология НС, сопровождающиеся нарушением регуляции мышечного тонуса; дисплазии тазобедренных суставов; болезнь Легга-Кальве-Пертеса; сколиотическая деформация позвоночника и др., требует детального и очень продолжительного лечения. Чем раньше оно начнётся, тем больше шансов восстановить порядок моторных реакций малыша, являющихся основой всех последующих сложных двигательных навыков!

В период с 1950 по 1970 годы чешский невролог Вацлав Войта (фото 1), занимающийся реабилитацией детей с ДЦП, обратил внимание на то, что при определенных положениях тела путем давления на установленные точки (зоны), у детей вызываются бессознательно повторяющиеся моторные реакции туловища и конечностей (рефлексо-локомоции).

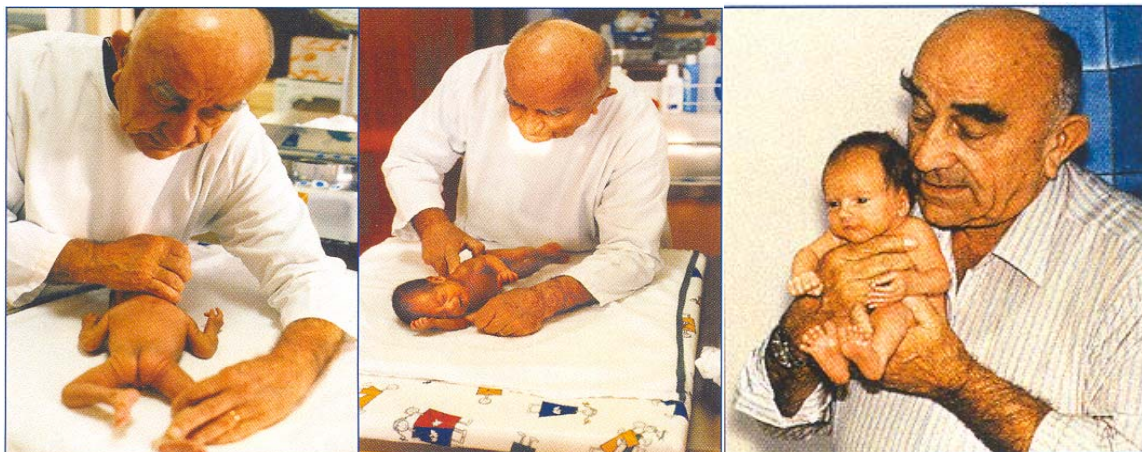


Фото 1. Профессор доктор Вацлав Войта во время лечения новорождённого

Наблюдая за тем, как двигаются во время занятий дети с частичным поражением опорно-двигательного аппарата, доктор Войта заметил, что эти движения подобны тем, которые выполняют здоровые дети. Он дал название этому фактору «врожденные образцы движения». А потом многократно подтвердил этот факт, регулярно вызывая эти образцы двигательных реакций у здоровых новорождённых, тем самым доказав их существование. Из этого он сделал вывод, что основной проблемой у детей, имеющих то или иное нарушение двигательного развития, является функциональная блокада нервных импульсов на различных уровнях ЦНС и ОДА. Принимая во внимание сделанные выводы, В.Войта продолжил разрабатывать и внедрять метод, впоследствии получивший название: «Войта-терапии» (Vojta-therapy).

ПРИНЦИПЫ ВОЙТА-ТЕРАПИИ

С раннего возраста ребёнок имеет определённые движения - это инстинктивные или рефлекторные движения. Реализуются они в силу возникновения импульсов в центральной нервной системе и распространения их до соответствующих мышц или мышечных групп. При нарушении в центральной нервной системе и опорно-двигательном аппарате, эти импульсы блокируются.

Суть Войта-терапии заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные образцы движения», с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Так постепенно, переходя от простого движения к более сложному, моторные навыки больного ребёнка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ

Врач или инструктор Войта-терапии проводит диагностику развития ребенка. Каждому месяцу жизни ребенка первого года соответствуют определенные двигательные навыки (см. главу: Двигательное развитие здорового ребенка). Затем проводится обучение родителей упражнениям, необходимым для их ребёнка. Родители выполняют упражнения в среднем 3-4 раза в день с целью закрепления нового рефлекторного движения - правильного двигательного стереотипа. Длительность и периодичность курсов зависят от освоения ребёнком и родителями нового рефлекторного движения. Основными движениями являются ***рефлекторное переворачивание*** со спины на живот и ***рефлекторное ползание***.

Рефлекторное переворачивание состоит из двух частей:

- 1) переворачивание со спины на бок (**первая фаза**),
- 2) переворачивание с бока на живот (**вторая фаза**).

У здорового младенца часть этого двигательного процесса спонтанна, наблюдается приблизительно на 6-ом месяце жизни, вторая часть на 8-9 месяце. С помощью ВОЙТА-метода она может быть вызвана уже у новорождённых. Терапевтически рефлекторное переворачивание используется в различных фазах в положении лёжа на спине и лёжа на боку.

Первая фаза рефлекторного переворачивания (со спины на бок).

Первая фаза начинается в положении лёжа на спине, руки и ноги вытянуты вдоль тела. Через раздражение в зоне груди между 7 и 8 ребром достигается поворот на бок. Поворот головы тормозится противодействием терапевта (Фото 2).



Фото 2. Первое положение по Войта-терапии (и.п. – на спине)

Основные реакции, наблюдаемые при этом:

- вытягивание позвоночника;
- сгибание ног в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, центрирование верхних и нижних конечностей;
- движение глазных яблок в сторону стимуляции переворачивания (от исполнителя процедуры);
- включение глотательных движений
- углубление дыхания - увеличение диафрагмального дыхания;
- координированная,
- дифференцированная активизация мускулатуры живота.

Вторая фаза рефлексорного переворачивания (с бока на живот).

Вторая фаза рефлексорного переворачивания производится в положении на боку. Оно включает в себя элементы движения, которые присутствуют и при спонтанном переворачивании, ползании и ходьбе боком. Лежащие внизу предплечье и нога служат опорными точками для тела. Точками запуска рефлекса служат верхняя передняя ость и внутренний край лопатки (Фото 3).

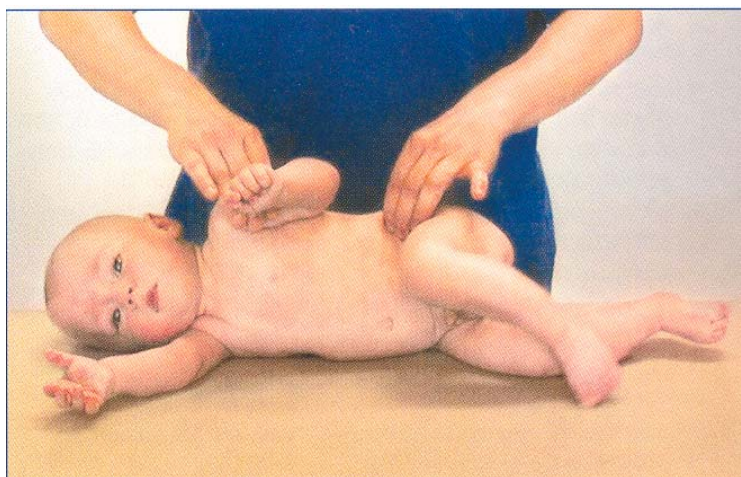


Фото 3. Второе положение по Войта-терапии (и.п. – на боку)

Основные реакции:

- обратные движения сгибания и разгибания рук и ног, с постоянным увеличением опоры на лежащее внизу плечо (в направлении кисти) и на лежащее внизу половину таза (в направлении ноги);

- растягивание позвоночника во время общего процесса поворачивания

- удержание головы в положении на боку против силы тяжести.

Рефлекторное ползание

Исходное положение на четвереньках. Ближайшая нога ребёнка (опорная нижняя конечность) по отношению к исполнителю процедуры выкладывается так, чтобы угол в коленном суставе был 90 градусов, а пятка находилась на средней линии тела. Рука, противоположная опорной нижней конечности, опирается на локтевой сустав, а кисть находится над головой на средней линии тела (Фото 4). Точками запуска рефлекса являются верхняя передняя ость таза и внутренний край лопатки (противоположные исполнителю). Движение осуществляется преимущественно в так называемой крестообразной последовательности, при которой одновременно двигаются правая нога и левая рука или наоборот. Нога и противоположная рука, являющиеся опорными, поддерживают тело и двигают туловище вперёд. Терапевт оказывает адекватное сопротивление начинающему повороту головы пациента. Тем самым стимулируется так называемая аутохтонная мускулатура позвоночника и создаются предпосылки для процесса выпрямления.

Целями или реакциями рефлекторного ползания являются:

- активизация необходимых для опоры двигательных навыков хватания, вставания и ходьбы, а также шаговых стереотипов движения конечностей;

- активизация мускулатуры дыхания, живота и основания таза, а также улучшение работы сфинктеров мочевого пузыря и кишечника;

- глотательные движения (важны для процесса жевания);

- движения глаз.

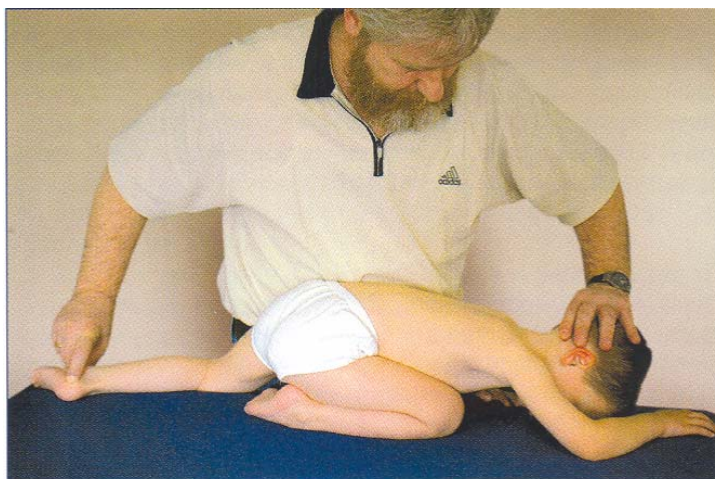


Фото 4. Третье положение по Войта-терапии (и.п. – на животе
(четвереньках_))

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВОЙТА-ТЕРАПИИ

ВОЙТА-терапия может использоваться в качестве базовой терапии в физиотерапии и лечебной физкультуре при:

- детском церебральном параличе (ДЦП);
- задержке психомоторного (двигательного, речевого) развития;
- периферическом парезе или параличе рук (Дюшена-Эрба, Дежерин-Клюмпке);
- двигательных нарушениях вследствие поражения ЦНС при инфекционных заболеваниях (полиомиелит, энцефалит, полинейропатия) и физическими факторами (черепно-мозговая травма, электротравма и др.);
- нарушении осанки, сколиозе;
- дисплазии тазобедренного сустава;
- системных соединительнотканых заболеваниях.

Противопоказания к Войта-терапии

- острые заболевания, сопровождающиеся высокой температурой или воспалением;

- онкологическая патология на стадии терапии.

ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВОЙТА-ТЕРАПИИ

1) Мускулатура скелета

- Позвоночник сегментарно растягивается и скручивается, становится функционально подвижнее.
- Возникают более свободные движения головой.
- Достигается центрирование суставов. Это особенно хорошо видно на ключевых суставах бёдер и плеч. За счёт этого уменьшается степень неправильности осанки.
- Интенсивное использование опорной и хватательной функций кистей и стоп.

2) Область лица и рта

- Облегчаются сосательные, глотательные и жевательные движения.
- Движения глаз становятся более целенаправленными и независимыми от движений головы, происходит центрирование глазных яблок.
- Возрастают сила и громкость голоса, вследствие нормализации тонуса дыхательно-мимической мускулатуры
- Облегчается воздействие на речь, произношение становится понятнее.

3) Дыхательная функция

- Увеличивается объём дыхательных движений грудной клетки.
- Дыхание становится глубже и стабильнее.

4) Вегетативная нервная система

- Улучшается кровоснабжение кожи.
- Улучшается ритм сна и бодрствования.
- Улучшается регуляция функции кишечника и мочевого пузыря.

5) Восприятие

- Улучшаются реакции равновесия.
- Улучшается ориентация в пространстве.

- Увеличивается ноцицептивная чувствительность (ощущения холодного, тёплого, острого или тупого).
- Восприятие собственного тела становится более точным.
- Улучшается распознавание форм и структур исключительно с помощью ощупывания (стереогнозия).
- Способность к концентрации становится стабильнее и гибче.

б) Психика

Пациент становится более уравновешенным, довольным, эмоционально активным.

ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Ребенок развивается из двух исходных положений:

- 1) Лежа на спине
- 2) Лежа на животе.

Сейчас мы подробно, по месяцам, рассмотрим двигательное развитие ребенка. В данной части статьи будут использоваться понятия лицевой и затылочной конечности. Сначала рассмотрим их и дадим им объяснение. Лицевая конечность - рука или нога, в сторону которой повернуто лицо ребенка (как правило, опорная конечность). Затылочная конечность - рука или нога, лежащая со стороны затылка ребенка. Нужно помнить, что при оценке двигательного развития ребёнка первого года жизни есть несколько аксиом:

1. Основная двигательная задача ребенка - это переход из горизонтального в вертикальное положение.
2. Любой координированный навык формируется сверху-вниз: голова-туловище-руки-ноги. Пока не скоординируется голова, ни о какой координации рук и ног не может идти и речи.

3. Внутри организма существует некая система координат, относительно которой оцениваются все движения - это продольная ось туловища.
4. 99% информации о двигательном и функциональном состоянии ребенка мы получаем, оценивая позу покоя ребенка.

Сначала смотрим на положение головы, потом туловища, потом оцениваем положение головы относительно туловища, затем смотрим на положение конечностей относительно туловища и потом оцениваем целиком. Причем, такую тщательную оценку необходимо проводить из двух положений: лежа на спине и лежа на животе.

Для развития ребенка из положения лежа на животе большое значение имеет центр тяжести, точнее, его местоположение. У новорожденного ребенка центр тяжести находится у верхнего края грудины (очень большая голова относительно туловища). У взрослого человека он находится в малом тазу. Что же влияет на постепенное перемещение центра тяжести вниз? Прибавка в весе. По мере того, как ребенок растет, прибавляет в весе, центр тяжести смещается вниз и, соответственно, идет уменьшение площади опоры.

0-1 месяц:

И.п. – лежа на спине: голова повернута в сторону, туловище компенсаторно изогнуто, лицевая рука полусогнута перед лицом, затылочная рука полусогнута вверх, нижние конечности пассивно полусогнуты во всех суставах. Это так называемая поза «полуфехтовальщика». Поза «фехтовальщика» является патологической, поэтому данную, физиологичную для ребенка этого возраста, позу мы называем позой «полуфехтовальщика» (так как она напоминает фехтовальщика в основной стойке). При повороте головы руки меняют свое положение (за счет рефлексов орального автоматизма). Не фиксирует взгляд (0 мес). Захват предмета "взглядом", т.е. взглядом хочет взять предмет, а рукой не может (конец первого месяца).

И.П. лежа на животе: голова компенсаторно повернута в сторону, ось туловища компенсаторно изогнута, руки приведены к туловищу и максимально согнуты в локтевых суставах, кисти сжаты в кулачки, ноги согнуты в сагитальной плоскости (поджаты под себя). При этом, тазобедренные суставы не должны лежать на поверхности опоры. Если ноги в положении «лягушки» (распластаны) - то это считается признаком мышечной гипотонии, следует искать родовую травму шейного отдела позвоночника.

2 месяца:

И.П. лежа на спине: голова и туловище уже расположены по продольной оси, руки находятся в начальной фазе рефлекса Моро (в стороны, ладони вперед), ноги - пассивно-активное сгибание (активный компонент только начинает появляться). Если туловище отклонено от продольной оси, мы можем подозревать начальную фазу сколиоза.

И.П. лежа на животе: голова и туловище - по продольной оси, центр тяжести смещается на середину грудины, руки опираются на предплечья, ноги согнуты в плоскости, промежуточной между фронтальной и сагитальной (так называемое сгибание с отведением в 45 градусов).

3 месяца:

И.П. лежа на спине: голова и туловище - по продольной оси, руки тоже «находят» продольную ось, ноги пассивно-активно согнуты (увеличивается активный компонент сгибания). Тянет обе руки в рот и обследует свое тело руками - грудь и живот до пупка. Захват предмета нецеленаправленный. Как же выглядит на практике нахождение руками продольной оси? Ребенок начинает брать ручки в рот. А причина этому - основной мышечный стереотип движения, также относящийся к рефлексам орального автоматизма. Поэтому мы должны дать рекомендации маме - не «вынимать» руки изо рта, так как это является необходимым этапом его двигательного развития. Единственная полноценная рецепторная система с помощью которой ребенок «осваивает» мир – это его ротовая полость со всем

рецепторным аппаратом, находящимся в ней. Именно здесь ребенок «находит» свою правую и левую стороны.

И.П. лежа на животе голова, туловище - по продольной оси, центр тяжести - середина грудины, руки опираются на предплечья, ноги согнуты во фронтальной плоскости (сгибание с отведением), тазобедренные суставы ложатся на поверхность опоры (это так называемое положение Лоуренса 1). Это положение способствует правильному и своевременному формированию головки тазобедренного сустава.

4 месяца:

И.П. лежа на спине голова, туловище - по продольной оси, ребенок начинает заводить руку в пространство «противоположной» руки, ноги - в положении пассивно-активного сгибания (активный компонент продолжает нарастать). Ноги согнуты в суставах на 95° , стопы близко друг к другу; ребенок умеет поворачиваться на бок и обратно; обследует свое тело руками ниже пупка. Постепенно ребенок начинает осваивать одной рукой пространство противоположной. Опираясь пятками на поверхность, поднимает таз и двигает им в разные стороны; Если заведение руки произошло раньше 4 месяцев (особенно, если данное положение фиксировано), то можно заподозрить какую-то неврологическую патологию.

И.П. лежа на животе опора на предплечья, лучезапястные суставы и живот; ребенок может поднимать одну руку и тянуться к игрушке; захват четвертым и пятым пальцем кисти (обезьяний).

5 месяцев:

И.П. лежа на спине голова, туловище - по продольной оси, тянет руки в рот, сосет их, активно заводит обе руки в противоположенные стороны, ноги - полностью отсутствует пассивный компонент сгибания, ноги активно согнуты во всех суставах до 90 градусов. Обследует свое тело руками до колен, умеет переключать игрушку из одной руки в другую.

И.П. лежа на животе голова, туловище - по продольной оси, центр тяжести смещается ближе к пупку. Руки опираются на кисти или

лучезапястные суставы, ноги активно согнуты до 90^0 , опора на голени - ребенок периодически принимает положения стоя а четвереньках. Таз при этом остается свободным. Предметы захватывает 2-5 пальцами кисти.

6 месяцев:

И.П. лежа на спине происходит отрывание попы от поверхности стола, ноги находят продольную ось. Каким образом? Ребенок тянет их в рот и сосет. Если ребенок раньше 6 месяцев переkreщивает ножки и фиксирует их в этом положении - признак неврологической патологии. Чем выше уровень перекреста, тем хуже прогноз.

И.П. лежа на животе голова, туловище - по продольной оси, центр тяжести находится на уровне пупка. Опора на кисти и голени, таз находит точку опоры - таким образом, ребенок садится. Стоя на четвереньках, может поднять одну руку параллельно полу; захват предмета 2-3-им пальцами. Здоровый ребенок при условии его нормального развития садится из положения стоя на четвереньках, через поворот на бок или поворот на живот. Это считается физиологичным. Если ребенок к этому возрасту еще не сидит, при условии, что он во всем остальном не отстает в двигательном развитии, то это можно считать вариантом нормы. Ребенок имеет право сесть в самую последнюю очередь (например, шел, упал на попу - сел и научился сидеть). Сажать ребенка насильно, пока он не готов к этому, категорически запрещается. Нагрузка на позвоночник в положении сидя в 8-10 раз сильнее, чем в положении стоя. Примером этому может служить лечение при компрессионных переломах. Допускается принятие положения «полулежа» на непродолжительное время (в случае кормления или в прогулочной коляске). Но если ребенка посадить в подушки и делать это регулярно, то в дальнейшем мы будем иметь проблемы с осанкой.

7 месяцев:

И.П. лежа на спине голова, туловище - по продольной оси, руки - во рту или заведены в пространство противоположенной руки, ноги - во рту или заведены в пространство противоположенной ноги. Таким образом, рука и

нога заводятся в сторону, и ребенок осуществляет координированный (!) поворот на бок (1 фаза поворота) и на живот (2 фаза). Если ребенок раньше 7 месяцев поворачивается на бок и на живот, то такой поворот еще нельзя считать координированным и самостоятельным, и рассматривается как единичный случай (или ему активно помогает мама). Поза "садового гнома" (сидит на боку с опорой на прямую руку) (Фото 5); умеет поворачиваться с живота на спину; может взять предметы одновременно в две руки.

И.П. лежа на животе уверенно стоит на четвереньках, раскачиваясь во все стороны; может ползать по-пластунски (на локтях, ноги при этом пассивно волочатся сзади).



Фото 5. Поза «садового гнома»

7-8 месяцев:

И.П. лежа на животе ребенок активно учится ползать, причем начинает это делать уже после 6 месяцев. Сначала у ребенка прослеживается симметричный стереотип движения (вперед идет одновременно правая рука и правая нога). Затем он меняет свой стереотип движения на противоположенный - правая рука - левая нога. Как только произойдет смена стереотипа движения, для него это является пусковым моментом для вертикализации, и мы можем с точностью до нескольких дней «предсказать», что ребенок скоро встанет на ножки. Подъем руки, стоя на четвереньках больше 120° ; захват предмета первым и вторым пальцами плоско (пинцетообразный захват).

9-10 месяцев:

И.П. лежа на животе ребенок подползает к опоре и встает. До двух лет ребенок в норме должен вставать через поворот на бок (это так называемое среднефизиологическое вставание), «рывком» из положения лежа в положения сидя и стоя встают только взрослые, которым уже свою спину «не жалко».

11-12 месяцев:

И.П. лежа на животе ребенок начинает ходить, причем двигательный стереотип ходьбы имеет симметричный характер - одновременно вперед «идут» правая рука и правая нога (он ходит, переваливаясь, как медвежонок). Это можно почувствовать, когда вы подставляете ребенку под его ладошки свои руки «помощи» - вперед «идут» одноименная рука и нога. Очень быстро этот двигательный стереотип меняется на асимметричный. Свободно встает у опоры из положения на четвереньках; держась за опору, делает шаги в сторону или, отпустив, одну руку может повернуться; ходит с поддержкой; захват предмета первым и вторым пальцами кругло (кольцевой захват).

12-14 месяцев:

Ходит без поддержки.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Рекомендации к обучению малыша самостоятельной ходьбе: мама стоит позади малыша, ее руки подставлены под ладошки ребенка (ручки ребенка согнуты в локтях под углом 90 градусов). Сначала ребеночек опирается поочередно на одну и вторую руку, как только мама почувствует, что ребеночек начал опираться только на одну руку — все, руки «помощи» можно убрать! Никогда не давать руки «сверху», никогда не использовать ходунки и другие приспособления, облегчающие жизнь мамам. Если ребенок научился ходить в ходунках, стременах и т.д. - он просто лишается навыка координированных движений (особенно это будет заметно при падении

таких детей - они совершенно не умеют координироваться при падении с высоты собственного роста).

РЕБЁНОК В ВОЙТА-ТЕРАПИИ

Рефлекторное передвижение чрезвычайно действенно, но для младенцев и маленьких детей непривычно и утомительно, в связи с чем, эмоции выражаются во время лечения через крик. Понятным образом это вызывает раздражение у родителей и заставляет их предположить, что их ребёнку больно. Крик в этом жизненном возрасте является важным и адекватным средством выражения маленького пациента. Как правило, после короткого времени привыкания, крик не является таким интенсивным как в начале курса лечения, в подавляющем большинстве случаев при проведении регулярной терапии ребенок привыкает к данному воздействию и совершенно исчезает негативная реакция восприятия. Точное руководство Войта-терапевта даёт матери уверенность в лечении ребёнка в домашних условиях. Войта-терапия имеет положительное влияние на общую координацию ребёнка при наличии спонтанной моторики с расширением двигательных реакций в виде выпрямления, хватательной функции и в речи. При этом она стимулирует ребёнка к освоению окружающего мира. В области раннего лечения младенцев и детей войта-терапевты интенсивно сотрудничают с педиатрами и врачами других специальностей, педагогами и психологами, логопедами и эрготерапевтами.

ВОЙТА-ТЕРАПИЯ НЕ ВЫЗЫВАЕТ БОЛИ И НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВРЕДНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ПСИХИКУ.

В Саратове и Саратовской области консультацию Войта-терапевта можно получить в клинике профпатологии и гематологии Саратовского медицинского университета.

Мы ждем Вас по адресу: 410028, г. Саратов улица 53 Стрелковой дивизии,6/9.



Проезд: троллейбус №2-а, маршрутное такси №№82, 59, 103, 110 до остановки «2-я Горбольница» или маршрутное такси №№105, 42 до остановки «Академия права»

Телефон: 8-(845-2) 49-70-26 (кабинет реабилитации), 20-05-29, 22-18-47 (регистратура).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. «Войта-терапия в раннем детском возрасте» методические рекомендации международного общества Войта-терапевтов. Прага 1992 г.
2. Войта В., Петерс А. «О принципе Войта» 1996 г.