

DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2021-27-1-27-32>

Реабилитация больных с диагнозом «детский церебральный паралич» с использованием рефлекторной гимнастики по методу В. Войта

© Д.А. Киселев¹, В.Ю. Левков², В.В. Губанов³, И.В. Козловский⁴,
О.А. Лайшева², М.В. Панюков²

¹ Дом Здоровья «Воронцовский», Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ Клиника Газмедцентр, Саратов, Российская Федерация

⁴ Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

Представлен многолетний опыт использования рефлекторной гимнастики по методу Войта в нескольких медицинских центрах России, что является важной частью освещения данного метода лечебной физкультуры, так как информационной части по предоставлению такого опыта не хватает. Объединение результатов работы коллег из Москвы и городов России дало возможность продемонстрировать преимущества высокоэффективного метода лечения такого тяжелого заболевания, как детский церебральный паралич. Вариативность и разнообразие технических подходов Войта-терапии в зависимости от тяжести и ортопедических проявлений различных форм заболевания являются несомненным достоинством методики. Войта-терапия не просто работает с двигательной активностью человека, а оказывает выраженное и разнообразное действие на многочисленные акты высшей нервной деятельности. На основе представленного опыта работы с пациентами разного возраста с диагнозом «детский церебральный паралич», можно уверенно говорить о необходимости применения Войта-терапии в комплексном лечении заболевания.

Ключевые слова: Войта-терапия; рефлекторная гимнастика по методу Войта; ДЦП; реабилитация.

Как цитировать:

Киселев Д.А., Левков В.Ю., Губанов В.В., Козловский И.В., Лайшева О.А., Панюков М.В. Реабилитация больных с диагнозом «детский церебральный паралич» с использованием рефлекторной гимнастики по методу В. Войта. *Российский медицинский журнал*. 2021. Т. 27, № 1. С. 27–32. DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2021-27-1-27-32>

DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2021-27-1-27-32>

Rehabilitation of patients diagnosed with infantile cerebral palsy using reflex gymnastics by Vojta method

© Dmitry A. Kiselev¹, Vitaly Yu. Levkov², Vyacheslav V. Gubanov³, Ilya V. Kozlovsky⁴, Olga A. Laishva², Maksim V. Panyukov²

¹ House of Health Vorontsovsky, Moscow, Russia;

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

³ Clinic Gazmedcenter, Saratov, Russia;

⁴ Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia

This paper presents the long-term experience of using reflex gymnastics according to the Vojta method in several medical centers in Russia, which is an important aspect of this method of therapeutic exercises, since no study has provided enough information about such experience. Combining the results of studies from Moscow and Russian cities made it possible to demonstrate the advantages of a highly effective method of treating a serious disease such as cerebral palsy. The variability and variety of technical approaches of the Vojta method depend on the severity and orthopedic manifestations of various diseases, which is an undoubted advantage of the technique. Vojta therapy not only works with human motor activity but has a pronounced and varied effect on numerous actions that are of higher nervous activity. Based on the presented experience of working with patients of different ages diagnosed with cerebral palsy, we can confidently recommend the need to use Vojta therapy in the complex treatment of the disease.

Keywords: Vojta therapy; reflex gymnastics according to Vojta method; cerebral palsy; rehabilitation.

To cite this article:

Kiselev DA, Levkov VYu, Gubanov VV, Kozlovsky IV, Laishva OA, Panyukov MV. Rehabilitation of patients diagnosed with infantile cerebral palsy using reflex gymnastics by Vojta method. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian Journal)*. 2021;27(1):27–32. DOI: <http://doi.org/10.17816/0869-2106-2021-27-1-27-32>

Received: 18.11.2020

Accepted: 22.12.2020

Published: 26.04.2021

АКТУАЛЬНОСТЬ

На кафедре ЛФК и спортивной медицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова более 25 лет применяется рефлекторная гимнастика по методу Войта (Вацлав Войта (Václav Vojta, 1917–2000), чешский невролог) (Войта-терапия) [1]. Опыт применения метода при различной патологии достаточно обширен и описать его в одной статье затруднительно, в связи с чем мы подготовили цикл статей, посвященных применению метода Войта-терапии по крупным нозологическим направлениям [2, 3]. Данная статья посвящена возможностям и результативности метода при лечении детей с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Авторы наблюдали 672 пациентов с диагнозом «детский церебральный паралич» в возрасте от 5 мес до 18 лет, общее количество. Статья написана на основе 15-летнего опыта по применению рефлекторной гимнастики по методу Войта на базе кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры РНИМУ им. Н.И. Пирогова, пяти лет работы на базе ООО «Дом Здоровья Воронцовский» г. Москва; 10 лет — на базе ООО «Клиника Газмедцентр» г. Саратов; в течение 4 лет на базе медицинского центра «Медракурс-Север» и ООО «Здравсервис Ко» г. Ханты-Мансийск.

Применялись следующие методы диагностики: сбор анамнеза пациента, клинический неврологический и ортопедический осмотры с оценкой двигательной активности по шкале онтогенетического развития.

Продолжительность курса реабилитации составляла 12–15 дней. Повторные курсы проводились через разные временные промежутки, но большой опыт многолетних наблюдений дает полное основание для соотнесения той или иной положительной динамики с применением рефлекторной гимнастики по методу Войта. Во многих примерах есть только отзывы родителей, но и эти описания содержат признаки, по которым можно говорить об эффективности метода.

Методика работы

Во время применения рефлекторной гимнастики по методу Войта пациент выполнял физические упражнения с включением основных онтогенетических навыков двигательного развития в трех исходных положениях.

1. Исходное положение (и. п.) на спине — 2 подхода (справа, слева) (рис. 1): с включением 1-й фазы «переворота на живот» — переворот на бок. Основная зона воздействия — «грудная», расположенная на пересечении срединно-ключичной («сосковой») линии и горизонтальной линии от мечевидного отростка.

Анатомически — область 6–7 межреберья. Дополнительная зона — «пяточная», расположенная

на внутренней стороне пяточной области неопорной нижней конечности на линии от центра медиальной лодыжки большеберцовой кости и центра пяточной области, на границе между средней и наружной третью данного анатомического отрезка, используемая со стороны грудной зоны.

2. И. п. на боку — 2 подхода (справа, слева) (рис. 2): с включением 2-й фазы «переворота на живот» — переворот с бока на живот.

Основные зоны воздействия расположены на неопорной половине тела: 1) «лопаточная» — на нижней половине медиального края лопатки. 2) «тазовая», *Spina iliaca anterior superior*, — со стороны «лопаточной» зоны.

3. И. п. на животе — 2 подхода (справа, слева) (рис. 3): с включением акта «рефлекторного ползания».

Основные зоны воздействия: 1) «локтевая», расположенная в области ямки *epicondylus medialis humeri*; 2) «пяточная», с противоположной стороны от локтевой зоны, расположенная на крае стопы опорной н/к, на уровне



Рис. 1. Исходное положение на спине.

Fig. 1. Starting supine position.



Рис. 2. Исходное положение на боку.

Fig. 2. Starting lateral position.



Рис. 3. Исходное положение на животе.

Fig. 3. Starting prone position.

вертикальной линии, идущей от центра *processus lateralis tuberculi calcanei*. Время работы на каждом подходе 3–4 мин, всего шесть подходов за один сеанс. Курс — 12–15 сеансов. Последовательность выполнения из и. п. следующая: 1) на спине; 2) на боку; 3) на животе.

Отметим, что в 95% случаев терапия детей в возрасте 1 мес — 1,5 года проводилась на фоне плача и отрицательной реакции новорожденного в течение всего курса лечения. Дети взяты из выборки наблюдений, соответствующих параметру «Отсутствие других методов лечения, проводимых параллельно Войта-терапии». Оценка эффективности метода базируется на опыте первых лет исследований на кафедре реабилитации и спортивной медицины РНИМУ в 2002–2005 годах в стенах РДКБ, когда параллельно не проводились другие высокоэффективные методы реабилитации по причине их отсутствия в практике работы в те годы. Отсюда был собран впечатляющий объем наблюдений за работой метода на трех основных клинических базах.

Пример № 1. Пациент Д., 1,2 года. Диагноз: ДЦП, спастический тетрапарез. Жалобы: отсутствие первичных онтогенетических двигательных навыков; постоянный наклон тела в правую сторону независимо от положения тела, невозможность переворота со спины на живот, с живота на спину и др. Тяжелый симметричный шейно-тонический рефлекс (СШТР) и асимметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР). Значительная эмоциональная отрицательная реакция на любое прикосновение с усилением степени выраженности СШТР и АШТР. Из анамнеза реабилитации: массаж (без особого эффекта).

Проведен курс Войта-терапии — 15 сеансов с перерывом 2 дня после 5-го и 10-го сеанса. Результаты к 12-му сеансу терапии: уменьшение степени выраженности СШТР и АШТР в виде прекращения (купирования) выгибания и уменьшения степени выраженности мышечного тонуса, исчезновение плача при звуковых раздражителях. Появление первичных онтогенетических двигательных навыков: центрация верхних конечностей, появление способности брать обе кисти в рот, центрация нижних конечностей, появление способности брать левую стопу в рот, переворот со спины на живот через правую сторону, с живота на спину через правую сторону. Усиление речевой активности. Динамика из повторного осмотра через 1 нед после окончания курса терапии: Уменьшение возбудимости и капризности ребенка. Асимметрия положения туловища резко уменьшилась, иногда лежит прямо. Выраженное уменьшение проявлений СШТР и АШТР, АШТР почти отсутствует. Через 2–2,5 нед после окончания курса у ребенка появилась способность поворачиваться на бок с обеих сторон.

Несмотря на распространенное, но ошибочное представление о том, что Войта-терапия (или другие методы ЛФК) не должна сопровождаться недовольством или плачем ребенка, укажем, что в течение всего курса работа проводилась при сильном расстройстве ребенка

и постоянном плаче.

Пример № 2. Пациент В., 7 лет. Диагноз: ДЦП, спастический тетрапарез. Жалобы: выраженные сгибательные установки в суставах рук и ног; плохая работа рук, полное отсутствие мелкой моторики; отсутствие самостоятельной ходьбы, самостоятельного ползания, сильный тонус мышц-сгибателей ног и рук. Из осмотра: выраженный тонус мышц-сгибателей верхних и нижних конечностей (3 балла по шкале Эшворта), уплотнение медиальных головок *mm.triceps surae*, головок *mm.biceps femoris*. Сгибательная установка в коленных, локтевых суставах, выраженная пронация верхних конечностей. Возможность постепенного выведения в разгибание во всех суставах — отсутствие контрактур. При небольшом возбуждении сильное проявление СШТР.

Проведен курс Войта-терапии — 15 сеансов с перерывом 2 дня после 5-го и 10-го сеанса. Общая динамика из повторных осмотров через 2 и 4 нед после окончания курса: выраженное уменьшение тонуса мышц-сгибателей верхних и нижних конечностей (1а балл по шкале Эшворта), уменьшение сгибательной установки в коленных и локтевых суставах — увеличение амплитуды произвольной моторной активности в данных суставах; со слов ребенка — появление хорошей контролируемой способности к мелкой моторике и работе верхних конечностей, появление интереса к вертикализации и возможности встать на ноги; хорошая уверенная способность стойки на четвереньках. Последующие курсы реабилитации включали комплексную терапию с включением других методов.

Пример № 3. Пациент Г., 14 лет. Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия. Жалобы: выраженный тонус мышц задней группы голени и бедер. Выраженная эквинусная установка стоп как при вертикализации, так и в и. п. лежа на спине. Неспособность к самостоятельной ходьбе и поддержанию состояния вертикализации. При возбуждении резкое увеличение тонуса мышц-сгибателей. Появление периодического болевого синдрома в мышцах задней группы голени и бедер, в передней группе мышц плеч справа и слева.

Из анамнеза: активный рост последние 1,5 года, на фоне чего отмечается ухудшение клинической картины заболевания.

Из осмотра: повышенный тонус задней группы мышц голени и бедер (2 балла по шкале Эшворта). Тыльное сгибание стоп возможно только до 90°. В и. п. на спине — сгибательная установка коленных суставов, тазобедренных суставов, выраженная эквинусная установка стоп. В и. п. на животе — полная неспособность и невозможность положить таз на поверхность стола по причине выраженной сгибательной установки в тазобедренных суставах. Невозможность опустить стопы на поверхность стола — стопы и голени находятся над опорной поверхностью по причине выраженного тонуса и укорочения задней группы мышц голени и бедер.

Проведен курс терапии — 15 сеансов с перерывом 2 дня после 5 сеанса и 10 сеанса с исключением третьего положения — и. п. на животе и четвереньках и повтором и. п. на спине или на боку вместо и.п. на животе. Динамика из повторных осмотров через 2 и 4 нед: выраженное уменьшение тонуса мышц задней группы голеней и бедер; в и. п. на животе — полное опущение области таза на поверхность стола, выраженной опущение, но неполное, голеней и стоп. Тильное сгибание стоп до 90° выполняется без сопротивления, возможность проведения дальнейшего сгибания стоп до 70° с сопротивлением. Отсутствие болевого синдрома в течение всего периода наблюдений после окончания одного курса Войта-терапии (в течение 3 нед). Динамика применения Войта-терапии: в последующем было проведено еще 2 курса с промежутком 2 нед соответственно между датами окончания 2-го курса и датой начала 3-го курса. Результат: увеличение описанной выше динамики. Выраженное улучшение мелкой моторики и координированных движений стоп, голеней, бедер. Появление способности к сохранению состояния вертикализации без посторонней помощи (см. жалобы). Появление у пациента сильного желания к передвижению и хождению с опорой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Описанные выше примеры иллюстрируют основные результаты, достигнутые у пациентов с данными нарушениями [4, 5]. Динамика положительных результатов была такова, что в данной статье не проводится обращение к таким высокоинформативным исследованиям, как стабилметрия и электронейромиография. При выполнении методики наблюдалось уменьшение мышечного тонуса мышц-сгибателей, коррекция асимметрии тонуса определенных мышечных групп и отдельных мышц при том условии, что конкретного воздействия на мышц(ы) не проводилось.

Применение всего одного курса рефлексорной гимнастики по методу Войта приводило к появлению положительной динамики той или иной степени, уменьшению (исчезновению) асимметрии мышечного тонуса, уменьшению повышенного тонуса мышц-сгибателей, появлению и расширению двигательных навыков и первичных онтогенетических двигательных актов, выраженное увеличение самостоятельного контроля движений самим пациентом [4, 6]. В 25,6% случаев в дальнейшем отмечалось улучшение речевой активности (при наличии проблемы) даже при том, что специальные подходы Войта-терапии по активации речевой активности не использовались. В 67% случаев родители отмечали выраженное улучшение аппетита и нормализацию приема пищи, что способствовало расширению рациона питания блюдами различной консистенции, уменьшение возбудимости и капризности пациента, связанных с потреблением пищи [1–7]. Применение в и. п. на спине подходов

с коррекцией косоглазия в 27,8% давало выраженные положительные результаты, в 10,2% отмечалось полное исчезновение данной патологии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Опыт применения Войта-терапии показывает, что воздействие методики происходит на глубоком физиологическом уровне регуляции не только двигательных актов человека, но и всей физиологической активности головного мозга. Мы не акцентируем внимание на включении речевой активности [1–7], так как данной динамике будет посвящена отдельная публикация, но все же обращаем внимание коллег и на этот факт. Основываясь на обширном опыте работы, мы утверждаем, что по сравнению с методикой массажа Войта-терапия является более эффективным лечебным воздействием. Эффективность применения метода и его высокие реабилитационные возможности подтверждаются также тем фактом, что у многих пациентов в возрасте от 5,5 до 12–14 лет был исключен подход в и. п. на животе (четвереньках), однако это не уменьшало результативность работы. Вариативность и возможность усложнения тех или иных подходов методики обеспечивает разнообразие клинической практики.

ВЫВОДЫ

1. Рефлекторная гимнастика по методу Войта является высокоэффективным методом реабилитации и восстановления двигательной активности центральной нервной системы (ЦНС) человека в реабилитации пациентов с ДЦП.
2. Метод Войта-терапии оказывает выраженное и обширное воздействие на многие акты физиологической активности, совершенно не связанные с моторной активностью ЦНС.
3. Рефлекторная гимнастика по методу Войта имеет продолжительное воздействие, закрепляющееся изменениями работы ЦНС в течение последующего длительного периода не менее 3–6 мес. Проведение повторных курсов работы потенцирует как результаты первичного курса, так и расширяет возможности восстановления и появления новых результатов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО / DISCLAIMERS

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Войта-терапия в раннем детском возрасте. Методические рекомендации международного общества Войта-терапевтов. Прага, 1992.
2. Киселев Д.А., Левков В.Ю., Губанов В.В., и др. Реабилитация больных с задержкой двигательного развития с использованием рефлексорной гимнастики по методу Войта // Российский медицинский журнал. 2020. Т. 26, № 4. С. 224–227. doi: 10.17816/0869-2106-2020-26-4-224-227
3. Войта В., Петерс А. Принцип Войты. Игра мышц при рефлексорном поступательном движении и в двигательном онтогенезе. 2014.

4. Vojta V, Schweizer-Völker E. Die Entdeckung der idealen Motorik. Die Entwicklung der angeborenen Bewegungsmuster im ersten Lebensjahr: Kinesiologische und muskuläre Analyse. 2009.
5. Войта В., Петерс А. Принцип Войты. 2015.
6. Vojta.com [интернет]. Сайт Международного сообщества им. В. Войта [дата обращения: 10.02.2012]. Доступ по ссылке: <https://www.vojta.com>.
7. Thiesen-Hutte M. Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas. Stuttgart: Enke Ferdinand, 1992.

REFERENCES

1. *Vojta therapy in early childhood. Methodological recommendations of the International Society of Vojta Therapists.* Praga; 1992.
2. Kiselev DA, Levkov VY, Gubanov VV, et al. Rehabilitation of patients with motor development retardation using reflector gymnastics by the Vojta method. *Russian medical journal.* 2020;26(4):224-227. doi: 10.17816/0869-2106-2020-26-4-224-227
3. Vojta V, Peters A. *Vojta's principle. Muscle play during reflex forward movement and in motor ontogenesis.* 2014.

4. Vojta V, Schweizer-Völker E. *Die Entdeckung der idealen Motorik. Die Entwicklung der angeborenen Bewegungsmuster im ersten Lebensjahr: Kinesiologische und muskuläre Analyse.* 2009. (In German).
5. Vojta V, Peters A. *Vojta's principle.* 2015.
6. Vojta.com [Internet]. Website of the international community named after V. Vojta [cited 10.02.2020]. Available from: <https://www.vojta.com>.
7. Thiesen-Hutte M. *Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas.* Stuttgart: Enke Ferdinand; 1992. (In German).

ОБ АВТОРАХ

***Левков Виталий Юрьевич**, к.м.н., доцент;
адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1, Россия;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4104-2886>;
e-mail: Levkovv@ya.ru

Киселев Дмитрий Анатольевич, к.м.н.;
e-mail: dmitrydoc@gmail.com

Губанов Вячеслав Вячеславович,
e-mail: 270378doc@mail.ru

Козловский Илья Вячеславович,
e-mail: info@ra-kurs86.ru

Лайшева Ольга Арленовна, д.м.н., профессор;
e-mail: olgalaisheva@mail.ru

Панюков Максим Валерьевич, к.м.н., доцент;
e-mail: maxim287@mail.ru

AUTHORS INFO

***Vitaly Yu. Levkov**, MD, Cand. Sci. (Med.);
address: 1, Ostrovityanova st., 117997, Moscow, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4104-2886>;
e-mail: Levkovv@ya.ru

Dmitry A. Kiselev, MD, Cand. Sci. (Med.);
e-mail: dmitrydoc@gmail.com

Vyacheslav V. Gubanov,
e-mail: 270378doc@mail.ru

Ilya V. Kozlovsky,
e-mail: info@ra-kurs86.ru

Olga A. Laishcheva, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
e-mail: olgalaisheva@mail.ru

Maksim V. Panyukov, MD, Cand. Sci. (Med.);
e-mail: maxim287@mail.ru