

**„NDT-Bobath czy metoda Vojty  
– która z metod rehabilitacji niemowląt  
jest lepsza?”**

---

Cz. 4 Metoda Vojty



Vaclav Vojta

**MET. VOJTY**

---

# Vaclav Vojta

- ✓ Ur.12.07.1917r – Mokrosuky, Czechy,
- ✓ 1937-1939r ... 1945 - 1947 – studia medyczne na Wydz. Lekarskim Uniwersytetu Karola w Pradze.
- ✓ 1948-1956 – Kl. Neurologii UK w Pradze – konsultant neurologii dziecięcej,
- ✓ 1956-1968 – Instytut Mózgowego Porażenia Dziecięcego, Żeleznice,
- ✓ Od 1956r – kierownik Oddziału Neurologii Dziecięcej IV Kliniki UK w Pradze,
- ✓ Od 1961 - Kierownik Kliniki Neurologii Dziecięcej w Pradze, ordynator Polikliniki Uniwersyteckiej,
- ✓ Sierpień 1968r – emigruje z Czech do RFN,
- ✓ 1968 – 1975 – Kierownik ds. leczenia w Poradni dla Dzieci z Zaburzeniami Motorycznymi (przy Klinice Ortopedii Uniwersytetu w Kolonii),
- ✓ Od 1975r – Kierownik Oddziału Rehabilitacji Kinderzentrum Monachium, Z-ca Dyrektora Kinderzentrum ds. leczenia ,
- ✓ Zmarł 12.09.2000r w Monachium.



**Prof. Vaclav Vojta podczas pracy**

---

# Metoda Wojty

- Profesor Wojta w latach 1950-1970 opracował podstawy swojej diagnostyki i terapii nazwanej później metodą Wojty.
- Metoda ta opiera się na tak zwanej *odruchowej lokomocji*. Poszukując odpowiedniej metody terapeutycznej dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym profesor Wojta zaobserwował, że u dzieci tych w określonych pozycjach ciała w odpowiedzi na konkretne bodźce następują powtarzalne reakcje motoryczne tułowia i kończyn. Skutki tej aktywacji były zaskakujące. Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym najpierw zaczynały wyraźnie mówić, a po krótkim czasie pewnie stały i chodziły.

- Ponieważ w motoryce spontanicznej u dzieci ze spastyczną postacią mózgowego porażenia dziecięcego te dające się wywoływać wzorce ruchowe nie występowały, natomiast po wielokrotnym wyzwaniu zaczynały się pojawiać w coraz szerszym zakresie i w coraz pełniejszej formie, profesor Wojta uznał, że spastyczne porażenie mózgowe może być wynikiem funkcjonalnych blokad rozwoju motorycznego.
- Na tej podstawie profesor Wojta opracował kompleksową terapię takich zaburzeń u niemowląt, dzieci i dorosłych – terapię metodą Wojty.

Na podstawie swoich obserwacji profesor Vojta uznał, że te możliwe do zaktywowania wzorce ruchowe są obecne u każdego człowieka od chwili narodzin. Udowodnił to, wielokrotnie wywołując te wzorce u zdrowego noworodka i obserwując pojawiające się przy tym ruchy, takie jak dukcja radialna czy otwarcie dłoni, które u dziecka rozwijającego się prawidłowo pojawiają się dopiero w wieku około 6 miesięcy podczas spontanicznego chwytu i podporu na dłoniach.

# Kompleksy lokomocyjne

To sztuczne tworzywo, ponieważ towarzysząca im aktywność mięśni nie występuje jako taka w spontanicznych ruchach człowieka.

Kompleksy te w swym globalnym kształcie są wyzwalane odruchowo i tylko w konkretnej pozycji ciała oraz w wyniku działania określonych bodźców.

Składowe kompleksów koordynacyjnych są w swej funkcji zakotwiczone w OUN.

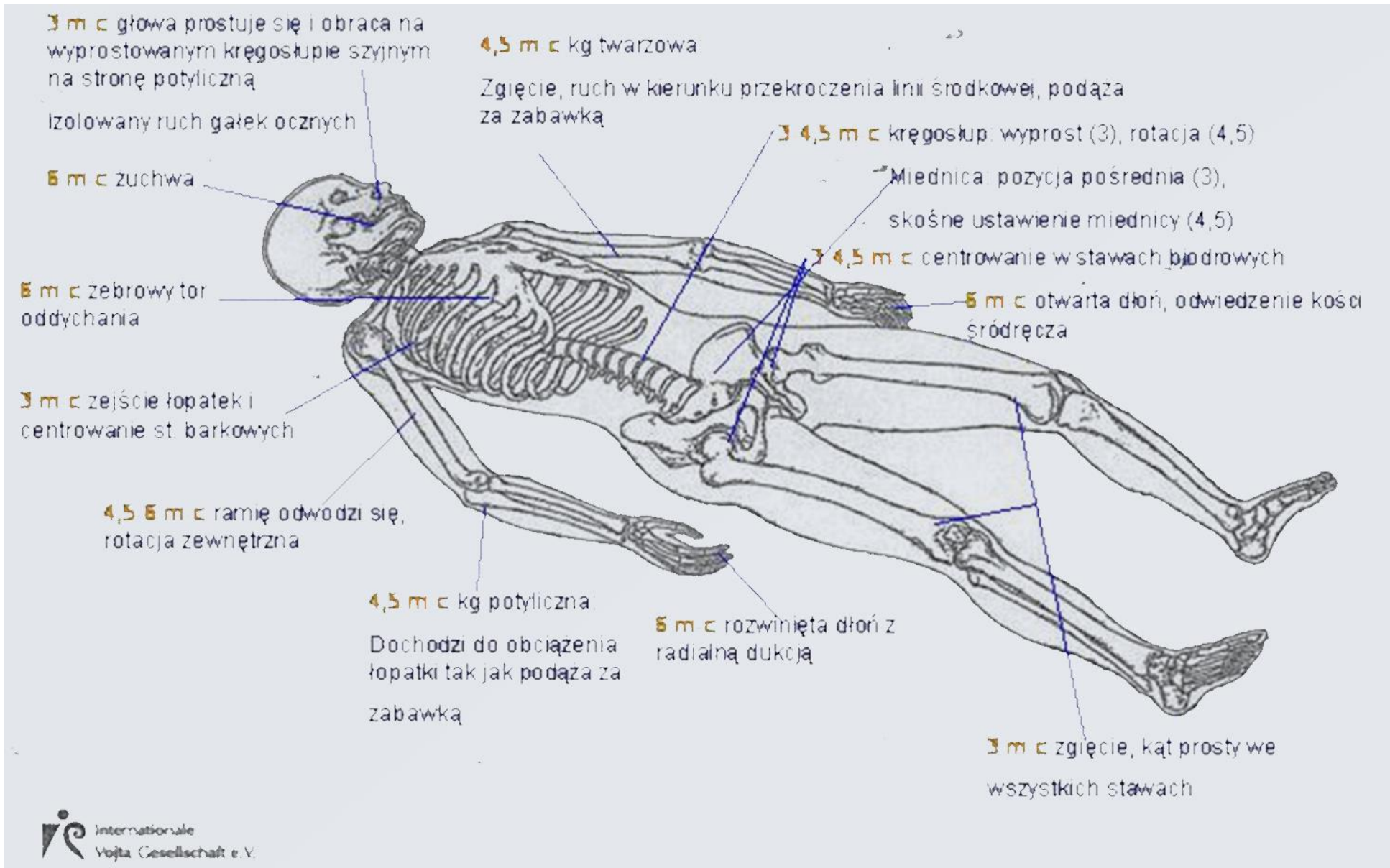
- Odruchowe pełzanie – realizujemy w ułożeniu na brzuchu.
- Odruchowy obrót – realizujemy w leżeniu na plecach i boku.



# Wzorce odruchowego pełzania i odruchowego obrotu

Globalne wzorce odruchowego pełzania i odruchowego obrotu składają się z takich działań mięśni, które odnajdujemy jako elementy wzorców częściowych w przebiegu ontogenezy ruchowej i które stanowią o różnorodnych motorycznych możliwościach osób zdrowych pod względem ruchowym.

# Kompleks odruchowego obrotu



# Kompleks odruchowego pełzania

**3 m-c** izolowany obrót głowy w osi kręgosłupa bez reklinacji, izolowany ruch gałek ocznych

**6 m-c** ruch „zwaczy”

**6 m-c** odwiedzona I kość śródrečna, radialna dukcja, zaciska pięść (chwyt radialny)

**3-4,5 m-c** ramię twarzowe chce podeprzeć się na nadkłykcium przyśrodkowym [3], podpór [4,5]

**7,5 m-c** kg. potyliczna: ruch kroczący >1200 (jak u dziecka które chce chwycić zabawkę), siad skośny (ręka idąca do góry)

**12-14 m-c** kd potyliczna: oparcie na pięcie, pierwsze kroki

**3 lata** wysklepie nie stopy – łuki, obciążenie jak staje na 1 nodze

**3-4,5 m-c** kręgosłup: wyprost w pł. strzałkowej [3]  
Niesymetryczny podpór – rotacja w odc. Th, centrowanie w st. biodrowych [4,5]

**3-4,5 m-c** miednica wychodzi z przodopochylenia i idzie do pozycji pośredniej (podpór symetryczny na łokciach), centrowanie st. biodrowych [3]  
Ustawia się skośnie [4,5]

**10 m-c** kd twarzowa: zgina się i opiera (jak wchodzi na kanapę)

Stopa górny st. skokowy O<sup>o</sup>  
dolny st. Skokowy pronacja

# Oddziaływanie odruchowej lokomocji (o.l.):

- Poprzez stosowanie odruchowej lokomocji już od chwili narodzin dziecka mamy możliwość wywierania wpływu na stadium początkowe jego ontogenezy motorycznej. Oddziaływania te sięgają najwyższych ośrodków ruchowych mózgu.
- Dzięki o.l. począwszy od wieku niemowlęcego możemy sterować przenoszeniem środka ciężkości ciała i utrzymywanie równowagi
- O.l. oddziałuje na trofikę mięśni, procesy naczynioruchowe i sudomotorykę.
- Określone mięśnie zyskują funkcję lokomocyjną dzięki nadaniu im kierunku działania ku umiejscowionemu dystalnie punctum fixum.

## Oddziaływanie odruchowej lokomocji:

- Poprawa czynności oddechowej (mpd, urazy mózgu, udary) – oddech torem żebrowym, zwiększenie pojemności życiowej płuc,
- Poprawa jakości mowy (mpd, dyzartria) „eksplozja mowy”,
- Rozwinięcie stereognozji (identyfikacji obiektu dotykiem) dzięki otwarciu dłoni i możliwości podparcia na niej,
- U dzieci z wczesnodziecięcym połowicznym porażeniem spastycznym można zapobiec/ zmniejszyć nasilenie procesu zaburzeń homonimowo-hemianopcyjnych,
- Pozytywny wpływ / likwidacja zezów zbieżnego naprzemiennego.

# Oddziaływanie odruchowej lokomocji

- Przesunięcie środka ciężkości – zmiana obciążenia kończyn – bodziec stymulujący wzrost,
- Aktywizacja mięśni całego układu mięśniowo-szkieletowego,
- Aktywizacja mięśni gładkich przewodu pokarmowego, ukł. moczowego oraz w obrębie skóry,
- Pobudzenie reakcji sudomotorycznych, pilomotorycznych, wazomotorycznych.



## Terapia met. Vojty

- Podczas terapii praca mięśni przebiega w napięciu izometrycznym. Pozycja ciała poddanego izometrycznemu napięciu wymusza ściśle określony kierunek działania mięśni i staje się optymalnym źródłem aferencji. Aferencja – czyli „bombardowanie” mózgu bodźcami czuciowymi z ciała odnosi się nie tylko do mięśni i aparatu kostno-stawowego wraz z torebkami stawowymi, więzadłami i ścięgnami, lecz dotyczy także percepcji zewnętrznej i wewnętrznej. Masa bodźców aferentnych (dośrodkowych) jest kodowana całościowo jako odbitka w OUN.

Funkcje mięśni zależą od ułożenia ciała w obrębie podstawy jego podporu.

Podczas stymulacji maksymalnie wykorzystuje się gęstość rozmieszczenia proprioceptorów w stawach kulistych obręczy piersiowej i miedniczej.

Punkty drażnienia lub strefy wyzwiania mogą być aktywowane w ciągu całego życia. Przy prowokacji wzorca odruchowej lokomocji dorosły pacjent musi przyjąć podobną pozycję wyjściową, jaka właściwa jest zdrowym noworodkom.



## Funkcje powiązane z odruchową lokomocją:

- Motoryka w obszarze ustno-twarzowym,
- Motoryka gałek ocznych,
- Funkcje pęcherza moczowego i jelita grubego,
- Rozwój płuc i śródpiersia.

# Zasady prowadzenia terapii:

- 4 x dziennie,
- Każdy wzorzec 2 x każda strona (plecy, brzuch, bok),
- 0-6 m.ż. – max 5 minut,
- 2-12 m.ż. – 8-10 minut,
- Starsze dzieci – max. 15-20 minut,
- Spotkanie z terapeutą 1-2 / tydzień,
- Kontakt z dzieckiem podczas terapii, komendy.



## Zasady wprowadzania terapii:

- Wykluczenie przeciwwskazań,
- Spokój i opanowanie terapeuty,
- Rodzice:
  - Opowiedzieć o metodzie,
  - Uprzedzić o rozebraniu dziecka, płaczu,
  - Nauka spokojnego znalezienia poz. wyjściowej,
  - Nauka spokojnego znalezienia strefy, kierunku stymulacji,
  - Nauka rozpoznawania planowego ruchu.

# Stymulacja

- **9 stref stymulacji** – 4 na kończynach,
- 5 na tułowiu.
- **Strefa stymulacji** – miejsce gdzie u dziecka poniżej 6 tygodnia życia uzyskamy pełną, globalną odpowiedź (u zdrowego dziecka).
- **Kierunek stymulacji** – suma 3 wektorów.
- Sumowanie w czasie.
- Sumowanie w przestrzeni.

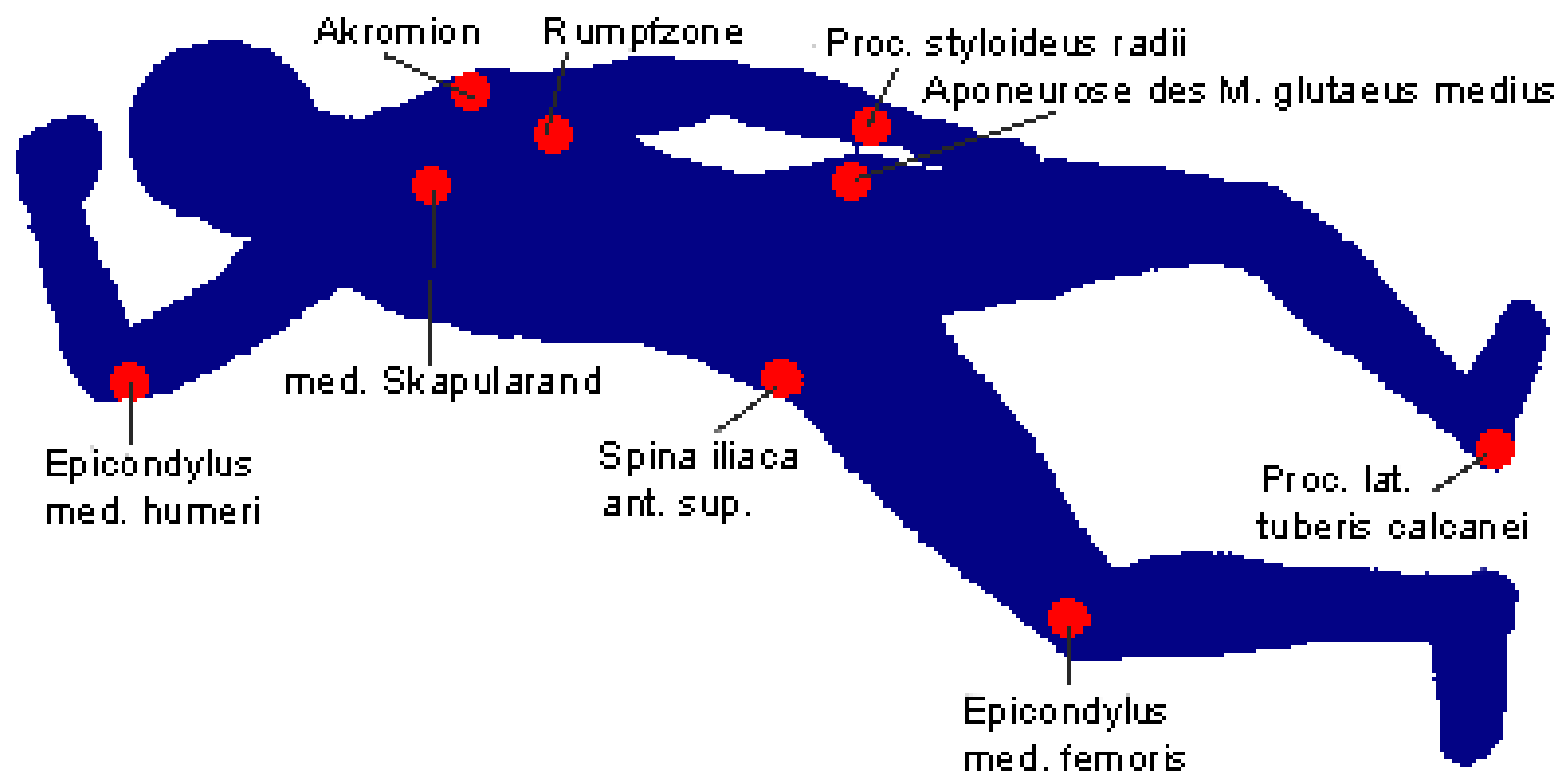


## Przeciwwskazania:

- Szczepienia (acelularne 1-2 dni, stare 7 dni),
- Leczenie wysokimi dawkami kortykosteroidów,
- Temperatura powyżej 38,5°C,
- Silna biegunka, wymioty,
- Agresywni rodzice, brak współpracy z rodzicami,
- zaburzony kontakt matka-dziecko,
- Stan padaczkowy,
- Autyzm,
- Nowotwór złośliwy w fazie aktywnej.

# Strefy stymulacji

1. NADKŁYKIEĆ PRZYŚRODKOWY KOŚCI RAMIENNEJ (po str. twarzowej),
2. WYROSTEK BARKOWY ŁOPATKI – ACROMION (po str. potylicznej),
3. STREFA NA ŁOPATCE (po stronie twarzowej),
4. STREFA TUŁOWIOWA (po stronie potylicznej),
5. KOLEC BIODROWY PRZEDNI GÓRNY ( po str. twarzowej),
6. ROZŚCIĘGNO MIĘŚNIA POŚLADKOWEGO ŚREDNIEGO (po str. potylicznej),
7. KŁYKIEĆ PRZYŚRODKOWY KOŚCI UDOWEJ (po str. twarzowej),
8. GUZOWATOŚĆ BOCZNA KOŚCI PIĘTOWEJ (nogi potylicznej),
9. WYROSTEK RYLCOWATY (po stronie potylicznej).



Opracowanie:

**dr n. o zdr. Anna D. Talar**

Specjalista fizjoterapii

Certyfikowany terapeuta met Wojty (cert. nr 4138/08)

Certyfikowany terapeuta met NDT-Bobath (cert. nr 395/04)



*Dziękuję za uwagę.*