



Laboratorní a zdravotnická technika  
OPTING servis Luboš Ševčík  
Bohumínská 788/61 710 00 Ostrava 10

tel 596 241 785; 596 241 960 tel/fax 596 241 852 GSM 603 464 790  
[www.optingservis.cz](http://www.optingservis.cz) E-mail: [optingservis@optingservis.cz](mailto:optingservis@optingservis.cz)

## Vojtova cvičící a rehabilitační metoda.

**Včasná diagnostika hybné poruchy dítěte je nesmírně důležitá vzhledem k jeho dalšímu motorickému vývoji.**

Při správném ohodnocení ohrožení motorického vývoje může být okamžitě zahájena rehabilitační léčba.

Je obecně známo, že plasticita CNS (obnovování neuronálních spojení, eventuelně vytváření dalších spojení, přejímání funkcí na úrovni CNS apod.) je v ranném věku dítěte největší.

Pokud dítě začíná kontaktovat se svým okolím a nemá k dispozici normální motoriku, pak zcela automaticky použije náhradní motorické projevy. V tomto okamžiku se začíná viditelně objevovat motorické postižení dítěte, které rozpozná většinou i laik.

Je velké nebezpečí (viz kvantifikace hybné poruchy a ohrožení motorického vývoje), že se tato náhradní motorika začne častým používáním fixovat a znemožní definitivně **nástup normální motoriky**. První náhradní motorické modely tak může zkušený diagnostik prostřednictvím analýzy motorické spontánní hybnosti pozorovat nejpozději v 6 týdnech věku dítěte, kdy již 75 % dětí kontaktuje a usmívá se.

Náhradní motorika se v prvním trimenonu plně rozvine a v druhém trimenonu se u inteligentního dítěte začne fixovat.

Začínat odstraňovat hybnou poruchu ve třetím trimenonu může být u vážnější hybné poruchy již příliš pozdě a že porucha bude mít daleko větší následky, než by měla při zahájení terapie v prvním trimenonu. Nejmarkantněji to vidíme u **hemiparetického syndromu**.

Odhalení pohybové poruchy ve čtvrtém trimenonu nebo dokonce ve věku jednoho roku dítěte nese s sebou velké následky. Dítě, které by při včasné zahájené terapii mohlo být bez problémů a nebo s minimálními problémy, zůstává trvale postiženo.

Výsledek rehabilitační léčby je tedy nesmírně závislý na včasnosti zahájení terapie.

Existuje však více faktorů, které ovlivňují výsledek naší práce. Především je to rozsah postižení, avšak podmínky a přístup k terapii v rodině hrají nemalou úlohu.

Přístup terapeuta a jeho schopnosti jsou v daném okamžiku vždy klíčové. Diagnostický problém představuje i nenápadná hybná porucha. Dítě se hrubě motoricky vyvíjí tzv. "docela dobře" a ujde tak pozornosti jak rodičů tak i odborníků a objeví se až při

vertikalizaci dítěte. Dítě pak stojí na špičkách, eventuelně na jedné špičce a jsou pozorovatelné i další odchylky od normy, které vyžadují rehabilitační léčbu. Toto dítě, pokud by bylo včas diagnostikováno a správně léčeno, by bylo zcela bez motorických obtíží. Včasnou diagnostikou a cílenou motorickou léčbu lze hybnou poruchu dítěte minimalizovat.

Polohových reakcí je sedm a používáme je k odhalení stupně posturální zralosti CNS. Polohové reakce sestavil a výsledek jejich vyšetření kvantifikoval **prof. Dr. Václav Vojta**. Některé reakce již byly dříve známé, avšak V. Vojta přesně definoval jejich odpovědi v závislosti na věku dítěte.

Jen jedna polohová zkouška je původní a také nese jméno autora (Vojtovo boční sklopení). Prostřednictvím polohových reakcí je možné odečíst od provokovaných reakcí eventuelní neideální reakce, které nás informují o možné pohybové poruše. Polohové testy mají výpovědní hodnotu jen jako celek, mohou odhalit přítomnost hybného postižení a spolu s vyšetřením reflexů pak lze hybné postižení kvantifikovat a v procentech odhadnout velikost ohrožení (V.Vojta: Mozkové hybné poruchy, Grada, 1993).

**Každá polohová reakce má jiný provokační manévr**, který představuje přesně danou propioceptivní, exteroceptivní a interoceptivní aferenci. Hovoříme o mnohačetné aferenci, která představuje adekvátní podráždění CNS. Že se jedná o adekvátní podráždění a že tímto podrážděním lze vstoupit do geneticky determinovaného lidského motorického programu dokazuje to, že motorické odpovědi jsou vždy stejné. V případě neadekvátního podráždění by tomu tak nebylo. Působí zde tedy spolu aference propioceptivní, exteroceptivní, interoceptivní, také vestibulární a v neposlední řadě zde hrají roli i telereceptory. Největší zdroj aference představuje páteř. Dá se říci, že každá zkouška představuje jiný zdroj aference. Z kineziologických odpovědí můžeme usuzovat na vývojový věk, tzn. na stádium motorické ontogeneze, ve kterém se dítě momentálně nachází. Počet dílčích modelů všech polohových testů je 38 a korespondují se spontánní hybností dítěte. Před provedením manévru je nutné uvolnit pěstičky dítěte. Každý manévr musí být proveden jistě, rychle a plynule. Aby nebylo poškozeno svalstvo a klouby končetin, pokud manévr zkoušky předepisuje tah za končetiny, je nutné stiskem svalstva daného segmentu rukou vyšetřujícího tonizovat svaly příslušného segmentu. Hodnotíme první reakci, hodnocení musí být provedeno nejpozději do dvou sekund. K tomu, aby polohové reakce měly výpovědní hodnotu, je nutné provést vždy všech sedm polohových reakcí. Zjistíme-li odchylky, můžeme říci, že automatické řízení polohy těla je porušeno. Odchylky jsou přítomny většinou při onemocnění CNS. Abnormální modely se vyznačují z kineziologického hlediska stereotypií. Abnormální modely lze zjistit v případě poruchy CNS už i u novorozence. Faktu, že se v některé zkoušce objevil abnormální model a v jiné ne, rozumíme tak, že normální model je přístupný, ale ne z této konkrétní aference. CNS však tímto modelem disponuje a může ho uplatňovat.

**Je proto nutné zahájit léčbu, aby konkrétní ideální model byl přístupný ve všech situacích.**