

A hand is shown holding a glowing green sphere. The hand is rendered in a semi-transparent, golden-brown style. The sphere is bright green and has a complex, crystalline internal structure. The text 'back-up!' is written in a bold, sans-serif font, with the '!' being larger and more prominent. The text is white with a dark outline, making it stand out against the hand.

back-up!

Для библиографических ссылок

• Кноль Е.А. Войта-терапия в реабилитации детей с двигательными нарушениями. — Текст : электронный // StatusPraesens. Неонатология. — 2025. — №4 (30). — С. 7–12. — URL: <https://praesens.ru/zhurnal/elektronnyy-zhurnal/sp-neo/>.

StatusPraesens



© Jendat / Essentials/Stock

# Задать правильное направление

Войта-терапия в реабилитации детей с двигательными нарушениями



Автор: Екатерина Александровна Кноль,  
врач-невролог, войта-терапевт (Москва)

В начале 50-х годов прошлого века чешский невролог, докт. мед. наук Вацлав Войта\* сделал **неожиданное открытие**, пытаясь найти способ лечения больного детским церебральным параличом (ДЦП). Оказалось, что давление на определённые точки на теле вызывает своеобразную «игру мышц» — **автоматическую** активацию поперечно-полосатой мускулатуры, расположенной поодаль от места воздействия. Дополнительно внимание учёного привлек следующий факт: после таких манипуляций у пациента **уменьшилась спастичность**.

Именно этот клинический случай лёг в основу дальнейшего **много-летнего труда** В. Войты<sup>1</sup>. Чуткость, внимательность, исследовательский энтузиазм и, конечно, медицинские знания позволили врачу-неврологу создать абсолютно новую **реабилитационную стратегию**. Эмпирическим путём он выверил зоны, активация которых запускает стереотипные модели двигательных комплексов у всех людей. Причём последовательность включения мускулов аналогична той, которую наблюдают у **здоровых младенцев** в рамках естественного освоения движений на первом году жизни.

Сам метод впоследствии стал носить имя создателя и вот уже более 70 лет применяется во всём мире. Если кратко резюмировать клинический эффект — войта-терапия способствует тому, что больные с нарушениями моторики начинают выполнять движения, **ранее для них неосуществимые**.

\* В 1996 году присуждено звание профессора Карлова университета в Праге.

В России войта-терапия активно завоевывает свою нишу: кинезиологический подход используют как в частных реабилитационных центрах, так и в государственных учреждениях<sup>2</sup>. В педиатрии особое внимание уделяют младенцам с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) и уже сформированными двигательными нарушениями или высоким риском их развития<sup>3,4</sup>. Хотя на самом деле метод имеет определённое значение и в более старшем возрасте, а также при иных состояниях (дисплазии тазобедренных суставов, сколиозе и других)<sup>5</sup>.

## Почему есть шанс на восстановление?

Прежде в рамках статьи важно вспомнить строение нейрона. Нервная клетка состоит из тела и отростков — аксона и дендритов. Первый из них передаёт информацию, тогда как вторые воспринимают.

У одного нейрона могут быть десятки или **сотни дендритов**. Каждый из этих коротких отростков сильно ветвится по типу кроны дерева, а вся поверхность дополнительно усыпана небольшими выростами — шипиками. Аксон, как правило, у клетки только один, и выглядит он иначе. Это длинный «тяж», который немного разветвляется в самом конце.

Ветвящиеся концы аксона примыкают к дендритам **нескольких соседних клеток** (точнее — к их шипикам), формируя в месте каждой «стыковки» синапсы. Так, один нейрон получает сигналы от множества других и передаёт их в свою очередь тоже большому числу нервных клеток. Учитывая, что в головном мозге миллиарды нейронов, масштаб такой сетевой организации впечатляет<sup>6</sup>.

Головной мозг — **динамичная структура**: на протяжении всей жизни он перестраивается. Без такого свойства, как нейропластичность, адаптация к меняющимся условиям внешней среды для человека в целом была бы невозможна. Идёт ли речь об освоении **новых движений**, запоминании любой информации, академическом обучении, овладении иностранным языком или игрой

в шахматы — нейронная сеть всегда претерпевает изменения.

Выделяют следующие основные механизмы нейропластичности:

- **нейрогенез** (большинство исследователей сходятся во мнении, что новые клетки у человека образуются в области гиппокампа)<sup>7</sup>;
- **укрепление силы «часто используемых» синапсов** (в том числе при помощи модуляции экспрессии рецепторов для нейромедиаторов — чем больше рецепторов, тем быстрее отвечает постсинаптическая мембрана);
- **ослабление связи между клетками** (за ненужностью; к примеру, музыканту будет сложно [но не невозможно!] сыграть по нотам, если он несколько лет не упражнялся).

[ **Задача реабилитационных мероприятий — вовремя «подстегнуть», усилить и направить компенсаторные процессы так, чтобы уцелевшие нервные клетки максимально взяли на себя функцию пострадавших.** ]

Помимо перечисленного значение имеет рост аксонов и изменение ветвления дендритов. Считают, что именно эти два механизма помогают **«перенаправить» нейронные пути** в случаях гибели клеток, позволяя альтернативным областям мозга взять на себя функцию повреждённых участков<sup>8</sup>.

После необратимого повреждения клеток головного мозга механизмы нейропластичности задействованы в той или иной степени под влиянием внешних стимулов. **Задача реабилитационных мероприятий — вовремя «подстегнуть», усилить и направить компенсаторные процессы так, чтобы уцелевшие клетки максимально взяли на себя функцию пострадавших.**

## Теоретические основы

Основа войта-терапии — концепция рефлекторной локомоции\*. Согласно ей, человеку присущи стереотипные двигательные комплексы. Их можно **искусственно вызвать** в любом возрасте (в том числе у новорождённых), а результатом будет координированное включение

в работу буквально всей скелетной мускулатуры **без сознательного содействия** пациента<sup>9,10</sup>. Всё перечисленное — яркое свидетельство генетически запрограммированных моделей.

В. Войта открыл два двигательных комплекса: рефлекторный переворот и рефлекторное ползание. При первом в ответ на определённую внешнюю стимуляцию в положении на спине или на боку пациент **неосознанно** переворачивается, при втором — совершает поступательные движения, лёжа на животе. Эти комплексы стали использовать в реабилитации пациентов с ДЦП в 1959 году, а спустя год распространили на младенцев с риском его формирования.

В. Войта предполагал, что у таких больных есть функциональная блокада

на пути передачи нервных импульсов к мускулам. Вследствие этого генетически заданная программа моторного онтогенеза не может реализоваться естественным путём — формируются неправильные мышечные установки, возникают сложности с овладением навыков и управлением положения тела в пространстве.

Автор постулировал: раз за разом используя приёмы рефлекторной локомоции (то есть вызывая **синхронную** активацию скелетной мускулатуры), можно «проложить заново» нейронные пути и «встроить» модели координированных движений в спонтанную моторику пациентов. На практике после нескольких занятий врачи и родители отмечали уменьшение спастичности у больных ДЦП, «повышение разнообразия двигательного самовыражения», развитие способности к ходьбе, а также усиление речевой функции при дизартрии и анартрии даже в тех случаях, когда занятия с логопедом не проводили<sup>1</sup>.

\* «Рефлекторный» в контексте войта-терапии означает возникновение двигательной активности во всём теле под действием раздражителя.

## Как это работает?

Сейчас опыт применения вайта-терапии в мире — **более 70 лет**. В нашей стране метод рефлексорной локомоции постепенно обретает всё большую популярность. В 2025 году он упомянут в **клинических рекомендациях** по внутрижелудочковым нетравматическим кровоизлияниям, а также в нормативном документе Минздрава РФ по гипоксической ишемической энцефалопатии новорождённого<sup>11,12</sup>. Цель применения — **профилактика** и **коррекция** стойких двигательных нарушений начиная с 3–4 нед жизни.

С современной позиции результативность вайта-терапии объясняют **механизмами нейропластичности**<sup>10</sup>. Во время сеансов происходит тактильная стимуляция определённых зон, после чего в процесс вовлекаются мышцы головы, шеи, спины и живота, рук и ног. Идущие от них, а также от кожи и суставов **афферентные импульсы** активируют корковые и подкорковые области, генерируют изменения в ипсилатеральной скорлупе, стволе головного мозга, мозжечке, ретикулярной формации — отделах, связанных с движениями, мышечными сокращениями, тонусом, а также с положением тела. Возбуждение областей подтверждено исследованиями с использованием электроэнцефалографии и функциональной магнитно-резонансной томографии, причём активация зон **сохраняется ещё некоторое время** после завершения занятия<sup>13–16</sup>.

Впрочем, до сих пор существует ошибочное мнение, что у младенцев вайта-терапия сводится к тренировке навыков. Такое убеждение отчасти объяснимо визуальным эффектом (сам факт переворота и движений, напоминающих ползание) и слабым представлением родителей о сути и этапах моторного онтогенеза. Кроме того, в России и в мире при наблюдении за детьми первого года врачи традиционно делают акцент **на навыках крупной моторики** (способности удерживать голову, переворачиваться, сидеть, ползать, стоять и ходить без поддержки) и мало внимания уделяют движениям, готовящим ребёнка к их освоению (например, повороту головы в сторону, подъёму ног над поверхностью и их удержанию и т.д.)<sup>17</sup>.

В вайта-терапии важно не только то, что происходит «крупное» движение, но и каким образом ребёнок его совершает. Он неосознанно задействует **множество двигательных связей**, которые чрезвычайно важны для последующей манипуляции с предметами, самостоятельного передвижения и сохранения равновесия. Все движения, вызываемые рефлексорно, «вторят» **естественной программе** моторного онтогенеза.

Запуская двигательную модель **упорядоченной** мышечной работы, вайта-терапевт, упрощённо говоря, идёт от обратного. Посредством проприоцептивной импульсации он сначала «показывает» **целешшим** нервным клеткам, каким образом мышцы должны участвовать в разных движениях, чтобы те впоследствии эффективно руководили и правильно синхронизировали несколько сотен мускулов.

## Подробный разбор

Вайта-терапевты в России — врачи, а также специалисты с высшим физкультурным образованием (инструкторы по лечебной и адаптивной физической культуре), которые прошли



Рис. 1. Оценка реакций положения.

профессиональную подготовку по соответствующему направлению. Сейчас задачу преподавания берут на себя аккредитованные центры: после **очного обучения** (144 академических часа) учащиеся получают удостоверение установленного образца, дающее право на работу<sup>18</sup>.

Работа с пациентами начинается с диагностики. Если говорить о детях **первого года жизни**, то сначала специалист детально анализирует **навыки спонтанной моторики**, далее переходит к безусловным рефлексам и динамике их угасания. Следующим шагом служит оценка **реакций положения\***, при которых исследуют установочные движения ребёнка в ответ на **резкие перемещения** тела в пространстве<sup>10</sup> (рис. 1).

Реакции положения — ценный диагностический тест. **Быстрые провокационные манёвры** помогают выявить двигательные отклонения, не всегда заметные при пассивном наблюдении за ребёнком. Однако у такой процедуры есть несколько противопоказаний: тяжёлое общее состояние, выраженная дисплазия тазобедренных суставов, нарушения свёртывающей системы крови, недавние внутрижелудочковые кровоизлияния, частые судорожные приступы. Кроме того, манипуляции не проводят глубоконеодоношенным детям в первые 2–3 мес жизни.

На основании оценки реакций положения выставляют так называемые **центральные нарушения координации (ЦНК)**. Этот термин **неспецифичен** и незнаком большинству врачей. По сути, под ним понимают различные дефекты (неправильные позы или отдельные патологические двигательные установки),

\* В. Вайта модифицировал и стандартизировал несколько реакций положения: пробу на тракцию, реакции горизонтального, вертикального, аксиллярного повешивания, Ландау и другие<sup>9</sup>. Результаты интерпретируют согласно возрасту ребёнка.



Рис. 2. Рефлекторный переворот. 1-я фаза.



Рис. 3. Рефлекторный переворот. 2-я фаза.



Рис. 4. Рефлекторное ползание.

которые возникли при поражении головного мозга<sup>10,20</sup>. Дальнейшая тактика зависит от числа выявленных отклонений: средняя и тяжёлая степень ЦНК (шесть и более таких нарушений) — основание для реабилитации.

В войта-терапии **три основные укладки**: положение на спине и на боку (для выполнения первой и второй фазы рефлекторного переворота соответственно), а также на животе (стимулирующая рефлекторного ползания). Суть терапевтического применения состоит в кратковременной фиксации пациента в определённой позиции и активации зон (основных и при необходимости дополнительных). Такое сочетание опосредует запуск **координированных действий** скелетной мускулатуры. Согласно оригинальной концепции автора, все манипуляции выполняют на столе (рис. 2–4).

К примеру, чтобы вызвать рефлекторный переворот на бок, необходимо уложить пациента на спину и повернуть голову на  $30^\circ$  в сторону специалиста. Далее — зафиксировать ребёнка в такой позиции, оказать давление на грудную зону (с точно определённым вектором воздействия) и внимательно отслеживать реакции пациента.

Продолжительность сеансов при войта-терапии, необходимые укладки и комбинацию зон **определяют индивидуально**. Специалист составляет программу, исходя от возраста, состояния пациента, сопутствующих нарушений, а также ответной реакции на внешние воздействия.

## Реалистичные ожидания

Войта-терапия широко применима в мире. Она позитивно сказывается на состоянии пациентов при разных ситуациях<sup>3,9,10,21–24</sup>.

- перинатальном поражении ЦНС различного генеза;
- перивентрикулярной лейкомаляции новорождённых;
- двигательных нарушениях у детей и взрослых вследствие травм ЦНС, инсультов;
- гидроцефалии;
- установленном диагнозе ДЦП;
- ортопедических заболеваниях (ско-

лиоз, мышечная кривошея, дисплазия тазобедренных суставов);

- генетических синдромах, где одними из проявлений служат нарушения мышечного тонуса и движений (Дауна, Арнольда—Киари и др.);
- паллиативном статусе у пациентов с поражениями ЦНС.

Доказательств пользы при вышеперечисленных состояниях получено **превеликое множество**. Однако важно понимать, **чем конкретно** может помочь реабилитация по методу В. Войты и чего ожидать не стоит. В частности, при определённой степени дисплазии тазобедренных суставов можно избежать хирургической коррекции, а в ситуации, когда она всё же показана, войта-терапия помогает добиться оптимальных результатов ортопедического лечения.

Безусловно, при ДЦП, генетических синдромах и паллиативном статусе речь не идёт об излечении. Активация рефлекторных паттернов будет способствовать модуляции мышечного тонуса, предупреждению формирования контрактур, улучшению двигательных навыков, которые уже есть у ребёнка. Всё это позитивно сказывается **на качестве жизни** самого пациента и всей семьи в целом (родителям проще позиционировать, переодевать, кормить и осуществлять гигиенические мероприятия, играть и общаться)<sup>25</sup>.

У детей первого года жизни потенциал нейрональной пластичности **больше**, нежели в последующем, — у них есть шансы на минимизацию последствий или даже на **полную компенсацию** повреждённых ЦНС (в зависимости от причины и тяжести)<sup>20</sup>. Отсюда понятна потребность в раннем начале реабилитации: диагностическую часть войта-терапии оптимально выполнить в первые 4 мес жизни, чтобы при необходимости своевременно подключить приёмы рефлекторной локомоции.

В 2022 году российские авторы опубликовали результаты научной работы, в которую включили 110 недоношенных в возрасте от 2 до 12 мес жизни с последствиями перинатального поражения головного мозга (ишемического или смешанного характера). После разделения на группы (по 55 в каждой) дети были сопоставимы по возрасту, тяжести, типу поражений ЦНС и **основному комплексу реабилитационных мероприятий**. Един-

## Родители — не просто пассивные наблюдатели

Для закрепления правильных двигательных стереотипов крайне важна **регулярность процедур** войта-терапии: необходимо повторять приёмы от 2 до 4 раз в день через равные промежутки времени. Именно поэтому родители становятся активными участниками процесса — они поддерживают необходимую кратность — и по завершении занятий со сертифицированным специалистом продолжают выполнять их дома самостоятельно.

Сама методика воздействия **не требует** от опекунов широких медицинских знаний, но вместе с тем важно точно изучить зоны активации: анатомические ориентиры, силу давления и вектор воздействия. Применительно к собственному ребёнку такая информация обычно посылна **практически для всех родителей**. Войта-терапевт начинает обучение с первого занятия. После подбора программы для пациента и самого сеанса следует подробное объяснение для опекунов, «постановка рук» на терапевтической кукле, выполнение упражнений под контролем специалиста — только после полного теоретического и практического закрепления можно заниматься дома.

За один курс (в среднем 10 дней) родители успевают освоить несколько упражнений и укладок, которые необходимо регулярно выполнять дома. Занятия со сертифицированным войта-терапевтом желательно повторять с определёнными промежутками (например, раз в 6–8 нед) для коррекции навыков опекунов и пересмотра программы в соответствии с потребностями ребёнка.

Безусловно, от родителей требуется **дисциплинированность и выдержка**. Им требуется пересмотреть привычный распорядок дня и встроить войта-терапию в свою рутину. Пожалуй, один из самых тревожных моментов для опекунов — плач ребёнка, который возникает в основном по причине фиксации в определённом положении и «выхода из зоны комфорта» (формировании иного двигательного стереотипа)<sup>26</sup>.

ственным отличием было то, что в одной группе ко всем прочим восстановительным методам добавили сеансы войта-терапии (10 процедур по 45 мин).

Для объективного анализа результативности авторы использовали шкалу INFANIB. Это инструмент **комплексной балльной оценки** мышечного тонуса, вестибулярных функций, объёма движений в суставах и моторных навыков. По результатам суммарного подсчёта баллов определяют группу: «патология», «транзиторные нарушения», «норма» (с учётом возраста).

На фоне применения войта-терапии статистически значимо сократилось количество детей с выраженными нарушениями мышечного тонуса, а также с балльной оценкой, характерной для «патологии». В целом при включении метода в программу реабилитации до 4 мес отметили снижение доли пациентов с поддержкой угасания рефлексов, в 4–8 мес регистрировали появление самостоя-

тельного переворота и ползания, старше 8 мес — своевременное формирование навыка ходьбы. К скорректированному возрасту 1 год детям, получавшим войта-терапию, диагноз ДЦП устанавливали в 2 раза реже, чем в группе сравнения<sup>3</sup>.



В настоящее время в мировой медицине нет **ни одного средства**, способного обратить время вспять при необратимом повреждении нейронов. Однако реально в какой-то степени перераспределить функции погибших клеток между уцелевшими. Вовремя и систематически применяемые методы реабилитации способны уменьшить выраженность двигательных нарушений, а значит, помочь решить проблемы с самообслуживанием и социальной адаптацией. **SP**

## Литература и источники

1. Войта В., Петерс А. Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе / Пер. с нем. Е.В. Горелова. 3-е изд. М.: Springer, 2007. 178 с.
2. Войта-терапия. — URL: <https://nikid.ru/voyta-terapiya/>.
3. Mikitchenko N.A., Degtyareva M.G., Ivanova I.I. et al. Vojta therapy in medical rehabilitation of children with consequences of perinatal central nervous system affections // Bulletin of rehabilitation medicine. 2022. Vol. 21. №4. P. 51–59.
4. Первый в России Войта-терапевт провела лекцию в Видном. — URL: <https://riamo.ru/news/zdravoohraneniye/pervyj-v-rossii-vojta-terapevt-provela-lektsiju-v-vidnom/>.
5. Kiebzak W., Żurawski A., Dwornik M. Vojta method in the treatment of developmental hip dysplasia: A case report // Ther. Clin. Risk Manag. 2016. Vol. 12. P. 1271–1276. [PMID: 27578980]
6. Юсупов Ф.А., Юлдашев А.А. Нейропластичность и возможности современной нейрореабилитации // Бюллетень науки и практики. 2022. №3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neyroplastichnost-i-vozmozhnosti-sovremennoy-neyroreabilitatsii>.
7. Culig L., Chu X., Bohr V.A. Neurogenesis in aging and age-related neurodegenerative diseases // Ageing Res. Rev. 2022. Vol. 78. P. 101636. [PMID: 35490966]
8. Kumar J., Patel T., Sugandh F. et al. Innovative approaches and therapies to enhance neuroplasticity and promote recovery in patients with neurological disorders: A narrative review // Cureus. 2023. Vol. 15. №7. P. e41914. [PMID: 37588309]
9. Sánchez-González J.L., Díez-Villoria E., Pérez-Robledo F. et al. Synergy of muscle and cortical activation through Vojta reflex locomotion therapy in young healthy adults: A pilot randomized controlled trial // Biomedicine. 2023. Vol. 11. №12. P. 3203. [PMID: 38137425]
10. Trafalska A., Paprocka-Borowicz M. The role of the Vojta method in diagnosing and enhancing motor skills in preterm infants: A prospective open-label controlled study // Med. Sci. Monit. 2025. Vol. 31. P. e945495. [PMID: 40156119]
11. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия новорождённого вследствие перенесённой асфиксии при родах: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. М., 2025. — URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/908\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/908_1).
12. Внутривенное неинвазивное кровоизлияние у плода и новорождённого: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. М., 2025. — URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/948\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/948_1). P.
13. Семёнова Е.В., Клочкова Е.В., Коршикова-Морозова А.Е. и др. Реабилитация детей с ДЦП: Обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам. М.: Лента Книга, 2018. 584 с.
14. Sanz-Esteban I., Calvo-Lobo C., Ríos-Lago M. et al. Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input: the ipsilateral putamen's role // Medicine (Baltimore). 2018. Vol. 97. №13. P. e0253. [PMID: 29595683]
15. Sanz-Esteban I., Cano-de-la-Cuerda R., San-Martín-Gómez A. et al. Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy: A randomized pilot controlled trial // J. Neuroeng. Rehabil. 2021. Vol. 18. №1. P. 13. [PMID: 33478517]
16. Ha S.Y., Kiebzak W., Sung Y.H. The impact of reflex creeping in Vojta therapy on locomotion and postural control // Medical studies. 2023. Vol. 39. №2. P. 192–197.
17. Motor development milestones / WHO. — URL: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/motor-development-milestones>.
18. Обучение и повышение квалификации по Войта-терапии: Полное руководство для реабилитологов / Войта-праксис. — URL: <https://vojtapraxis.ru/obuche>
19. Реакции положения. — URL: <https://www.vojta.com/ru/vojtaprinsip/vojta-diagnostik/lagereaktion/#>.
20. Andrzejewska M., Nap K., Biernat K. et al. Factors affecting rehabilitation of infants with central coordination disorders during a three-month-long observation // BMC Pediatr. 2021. Vol. 21. №1. P. 579. [PMID: 34922477].
21. Sánchez-González J.L., Sanz-Esteban I., Menéndez-Pardiñas M. et al. Critical review of the evidence for Vojta therapy: A systematic review and meta-analysis // Front. Neurol. 2024. Vol. 15. P. 1391448. [PMID: 38711552]
22. Qian G., Perzanowska E., Kozakiewicz M. et al. Immediate effects of Vojta therapy on gait ability in down syndrome patients: A pilot study // Front. Neurol. 2025. Vol. 15. P. 1511849. [PMID: 39835157]
23. De-La-Barrera-Aranda E., Gonzalez-Gerez J.J., Saavedra-Hernandez M. et al. Vojta therapy in neuromotor development of pediatrics patients with periventricular leukomalacia: Case series // Medicina (Kaunas). 2021. Vol. 57. №11. P. 1149. [PMID: 34833367]
24. Parau D., Todoran A.B., Barcutean L. et al. The benefits of combining Bobath and Vojta therapies in infants with motor development impairment: A pilot study // Medicina (Kaunas). 2023. Vol. 59. №10. P. 1883. [PMID: 37893603]
25. San-Martín-Gómez A., Jiménez-Antona C., Salcedo-Perez-Juana M. et al. Parental concerns and active participation in home-based Vojta therapy for children with global developmental delay: A qualitative study using interviews and photo-elicitation // Healthcare (Basel). 2026. Vol. 14. №1. P. 104. [PMID: 41517035]
26. San-Martín-Gómez A., Cano-de-la-Cuerda R., Jiménez-Antona C. et al. «Demanding, but worth it»: The parental experience of home-based Vojta therapy for children presenting global developmental delay: A qualitative study using photo-elicitation // J. Clin. Med. 2025. Vol. 15. №1. P. 45. [PMID: 41517295]