

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В НЕОНАТОЛОГИИ**  
**Особенности диагностики соматических дисфункций новорожденных**  
**в практике врача-osteопата**

**Клинические рекомендации**

**2016 год**

## **«Остеопатическая помощь в неонатологии» Клинические рекомендации**

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по специальности остеопатия Минздрава России на заседании \_\_\_\_\_ года в составе:

Мохов Д. Е. (*Санкт-Петербург*), Беляев А. Ф. (*Владивосток*), Аптекарь И. А. (*Тюмень*), Болотов Д. А. (*Москва*), Вяльцев А. В. (*Тольятти*), Гайнутдинов А. Р. (*Казань*), Егорова И. А. (*Великий Новгород*), Зарубин А. В. (*Благовещенск*), Климов Ю. А. (*Москва*), Круглов В. Н. (*Самара*), Кузьмина Ю. О. (*Санкт-Петербург*), Матвиенко В. В. (*Москва*), Мусуриевский А. П. (*Хаба-ровск*), Неборский А. Т. (*Москва*), Новиков Ю. О. (*Уфа*), Павленок В. Ю. (*Южно-Сахалинск*), Петрищев А. А. (*Пермь*), Пискунова Г. Е. (*Петропавловск-Камчатский*), Трегубова Е. С. (*Санкт-Петербург*), Фролов В. А. (*Москва*), Хостикоев Т. М. (*Йошкар-Ола*), Червоток А. Е. (*Санкт-Петербург*), Чусовитина О. А. (*Екатеринбург*).

Утверждены решением Правления общероссийской общественной организации «Российская остеопатическая ассоциация»

---

### **Состав Правления**

Д.м.н. Мохов Д. Е. (*Санкт-Петербург*), д.м.н., проф. Беляев А. Ф. (*Владивосток*), Мазальский К. В. (*Москва*), к.м.н. Червоток А. Е. (*Санкт-Петербург*), д.м.н. Трегубова Е.С. (*Санкт-Петербург*), к.м.н. Аптекарь И.А. (*Тюмень*), Вяльцев А.В. (*Тольятти*), д.м.н., проф. Гайнутдинов А.Р. (*Казань*), д.м.н., проф. Егорова И.А. (*Великий Новгород*), к.м.н. Кузьмина Ю.О. (*Санкт-Петербург*), Мерзляков Е.Л. (*Тюмень*).

### **Авторы:**

**Абрамова Елена Витальевна** – врач-osteopat, мануальный терапевт, педиатр, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист департамента здравоохранения Тюменской области по гигиене детей и подростков.

**Аптекарь Игорь Александрович** – врач-osteopat, мануальный терапевт, невролог, кандидат медицинских наук, директор НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатической медицины» и АНО «Тюменский институт мануальной медицины», главный внештатный специалист по остеопатии по Уральскому федеральному округу.

**Беляев Анатолий Федорович** – врач-osteopat, мануальный терапевт, невролог, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, ректор ПАО ДПО «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины», главный внештатный специалист по остеопатии по Дальневосточному федеральному округу, первый вице-президент РОСА.

**Гордийчук Светлана Николаевна** – врач-неонатолог, ассистент кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России.

**Карпенко Наталья Александровна** – врач-osteopat, мануальный терапевт, детский хирург, руководитель детского остеопатического центра «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины», заместитель председателя Приморского регионального отделения РОСА.

**Супрунец Светлана Николаевна** – врач-неонатолог, заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России.

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		<b>Стр</b>
<b>Методология.</b>		4
<b>Введение.</b>		7
<b>Базовая остеопатическая помощь новорожденному в отделении новорожденных и в палатах совместного пребывания матери и ребенка.</b>		8
Анатомо-физиологические особенности новорожденного		9
Первичный осмотр новорожденного в кабинете врача-osteопата, отделении новорожденных и в палатах совместного пребывания матери и ребенка		16
<b>Особенности остеопатической диагностики новорожденных</b>		18
Противопоказания для остеопатического лечения новорожденных.		23
Вакцинопрофилактика новорожденных.		25
<b>Список рекомендуемой литературы.</b>		26
<b>Приложение № 1</b> Протокол первичного приема врача-osteопата (неонатальный период).		29

## МЕТОДОЛОГИЯ

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций представлена в таблице

1.

Таблица 1.

### Уровни доказательности

1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском системных ошибок
1+	Качественные мета-анализы, систематические обзоры РКИ с низким риском системных ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры РКИ с высоким риском системных ошибок
2++	Систематические обзоры высокого качества исследований типа случай-контроль или когортных исследований. Исследования типа случай-контроль или когортные исследования высокого качества с очень низким риском искажающей систематической ошибки
2+	Исследования типа случай-контроль или когортные исследования высокого качества с низким риском искажающей систематической ошибки
2-	Качественные исследования типа случай-контроль или когортные исследования с высоким риском искажающей систематической ошибки
3	Неаналитические исследования, например описания отдельных клинических случаев, серии случаев

4	Мнение эксперта
---	-----------------

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

- консенсус экспертов.

Рейтинговая схема оценки силы рекомендаций представлена в таблице 2.

Таблица 2.

**Рейтинговая схема оценки силы рекомендаций**

A	Не менее одного мета-анализа, систематического обзора или РКИ, оцененного как 1++ и непосредственно применимого к целевой популяции; Или Доказательная база, состоящая преимущественно из исследований, оцененных как 1+, непосредственно применимых к целевой популяции и демонстрирующих одинаковые результаты
B	Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2++, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2+, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 2++
D	Уровень доказательности 3 или 4; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):** рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:** анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

#### **Методы валидации рекомендаций:**

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

#### **Описание метода валидации рекомендаций**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами по профилю остеопатия.

Получены комментарии со стороны врачей-osteопатов из нескольких регионов (гг. Тюмень, Тюменская область, Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, г. Владивосток) в отношении доступности, доходчивости и возможности применения рекомендаций в повседневной практике.

Все комментарии, полученные от экспертов, анализировались председателем и членами рабочей группы, вносились изменения с учетом рекомендаций.

#### **Консультация и экспертная оценка**

Предварительная версия была размещена для обсуждения на сайте \_\_\_\_\_ .ru, для того, чтобы широкий круг лиц имел возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

#### **Рабочая группа**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации существует два основных направления совершенствования качества оказания медицинской помощи новорожденным.

1. Развитие высокотехнологичной, наукоёмкой медицинской помощи с высоким уровнем финансирования. По данным различных авторов, в этом виде медицинской помощи нуждается от 2 до 5% новорожденных.
2. Совершенствование качества оказания медицинской помощи, основанной на базовых медицинских и вспомогательных технологиях. В этом виде медицинской помощи нуждаются фактически все новорожденные.

По значимости результатов в каждом конкретном случае – оба направления равноценны. При этом объём оказания и количественные конечные результаты отличаются в пользу второй группы.

**Остеопатическая помощь** относится к группе медицинских технологий, реализация которых предъявляет высокие требования к профессиональным компетенциям врача-osteопата и осуществляется без привлечения высокотехнологичной медицинской помощи.

## **БАЗОВАЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И В ПАЛАТАХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

**Базовая остеопатическая помощь новорожденному** в отделении новорожденных и в палатах совместного пребывания матери и ребенка – это минимально-достаточный набор остеопатических вмешательств, реализующийся при наличии врача-osteопата, начиная с этапа подготовки к родам и доступный для новорожденного, вне зависимости от места его рождения.

Остеопатическая помощь новорожденным рассматривается как значимый компонент укрепления здоровья ребенка и профилактики различных соматических дисфункций, влекущих за собой нарушения здоровья.

Остеопатическая помощь, оказанная в первые часы жизни ребенка, способствует формированию высокого качества жизни и здорового психологического климата в семье.

Своевременная остеопатическая помощь, как инструмент эффективной профилактики различных заболеваний, позволяет в дальнейшем сократить расходы на медицинскую помощь, направленную на лечение заболеваний новорожденных, связанных с нарушением адаптации.

Внедрение остеопатической медицинской помощи в практику ухода за новорожденными, с одной стороны не требует значительных капиталовложений и текущих расходов, а с другой стороны предъявляет высокие требования к уровню профессиональных компетенций врачей остеопатов.

**Базовая остеопатическая помощь новорожденному** в кабинете врача-osteопата, в отделении новорожденных и в палатах совместного пребывания матери и ребенка состоит из нескольких этапов:

1. первичный осмотр новорожденного;
2. остеопатическая диагностика;
3. установление диагноза (предварительный, дифференциальный,



окончательный);

4. план лечения;
5. проведение остеопатической коррекции;
6. установление заключительного диагноза;
7. рекомендации по дальнейшему наблюдению.

## **Анатомо-физиологические особенности новорожденного**

В процессе проведения первичного осмотра врач-osteопат должен учитывать анатомо-физиологические особенности новорожденного.

**Кожа** у здорового новорожденного легко ранимая, нежная, эластичная, упругая. При попытке собрать ее в складку, она моментально расправляется. Однако потовые железы функционируют в периоде новорожденности недостаточно активно, что приводит к сухости кожи. Цвет кожи здорового новорожденного в первые минуты после рождения может быть бледно-синюшной и розовеет после первого крика, как только ребенок начинает самостоятельно дышать. Реже ребенок рождается розовым.

При затруднении выведения плечиков или обвитии пуповины вокруг шеи могут возникать петехиальные кровоизлияния в кожу лица, шеи, головы и спины новорожденного. Под воздействием холода может возникать мраморный рисунок кожи, представляющий собой сосудистую венозную сеть и считающийся вариантом нормы.

Преимущественно у недоношенных детей отмечается **«феномен арлекина»**, возникающая в положении лежа эритема одной половины туловища, имеющая четкую, ровную границу по средней линии туловища. Предположительный механизм возникновения этого симптома — дисбаланс автономной регуляции сосудистого тонуса.

**Волосной покров тела** у новорожденного представлен тонкими волосками (**лануго**). Особенно много их на плечах, под лопатками. В норме

волосистой покров тела значительно уменьшается через две недели. Голова у новорожденного, как правило, покрыта более длинными (до 2 см) волосами. Есть почти незаметные ресницы и брови. **Ногти** у доношенных новорожденных обычно хорошо сформированы, достигают кончиков пальцев.

**Голова** у новорожденного ребенка имеет отличные от взрослых пропорции: на ее долю приходится четвертая часть тела, тогда как у взрослого человека – всего лишь восьмая часть. У доношенных мальчиков окружность головы в среднем составляет 34,9 см, у девочек – 34,0 см. Форма головы может быть различной. При кесаревом сечении и тазовом предлежании голова новорожденного чаще имеет круглую форму.

У здорового новорожденного мозговой череп преобладает над лицевым. Лицо младенца обычно симметрично. Кости черепа у доношенного новорожденного достаточно плотные. В местах их соединения к моменту рождения остаются незаращенные мягкие участки – роднички. Большой родничок образован в месте схождения теменных и лобных костей. Размеры его индивидуальны – от 1,0 до 3,0 см в диаметре. С ростом ребенка родничок постепенно сужается и к 1,5 годам зарастает полностью. Малые размеры большого родничка без каких-либо других клинических проявлений нарушений не следует считать патологией. Однако необходим контроль за увеличением окружности головы ребёнка по мере его роста. У здорового новорожденного большой родничок ровный, не напряжен, не выбухает, не западает. Малый родничок образован в месте схождения затылочной и теменных костей. Размеры его чаще не превышают 0,1-0,2 см в диаметре, к 3м месяцам малый родничок закрывается. Между большим и малым родничками иногда можно нащупать третий родничок в области теменных костей, его наличие — вариант нормы. В месте схождения лобных, теменных и височных костей расположены два передних боковых родничка, а между теменными, височными и затылочными костями – два задних боковых. У большинства доношенных новорожденных эти

роднички уже закрыты.

Необходимо коснуться и взаимоотношений «костей» черепа после родов. В процессе родов череп новорожденного испытывает интенсивное воздействие, в процессе которого одна теменная кость заходит под другую, затылочная кость под теменные, лобные кости также заходят под теменные. В норме, после родов «кости» черепа новорожденного возвращаются в своё естественное положение. В процессе диагностики подвижности «костей» черепа и состояния швов между ними определяются характеристики физиологической произвольной и непроизвольной подвижности костей. В том числе, проводится дифференциальная диагностика с патологическим синостозом.

**Диастаз** между теменными костями, на уровне сагиттального шва в норме составляет около 5 мм. Он увеличивается при повышении внутричерепного давления, или нарушения механизма остеогенеза, в случаях задержки внутриутробного развития.

Очень важны для диагностики состояния новорожденного такие понятия, как «родовая опухоль» и «кефалогематома».

**Родовая опухоль** — мягкая припухлость тестоватой консистенции, образующаяся на предлежащей части в результате отёка кожи и рыхлой клетчатки. В мягких тканях прилежащей части сосуды усиленно наполняются кровью, возникает венозная гиперемия и серозное пропотевание в клетчатку, окружающую сосуды. При затылочном предлежании родовая опухоль образуется в области малого родничка, преимущественно на одной из теменных костей.

Около 10% новорожденных имеют кефалогематомы различной степени выраженности. При первом осмотре диагностировать кефалогематому достаточно сложно, обычно диагноз ставят на вторые сутки жизни, когда исчезает родовая опухоль.

**Кефалогематома** — кровоизлияние под надкостницу теменной или затылочной кости, не превышающее площади кости. Кровотечение может

продолжаться в течение 2 дней после рождения; в это время показано бережное ведение.

Большинство кефалогематом возникает после вакуум-экстракции, однако появление образования возможно и без инструментального пособия в родах.

В случаях, когда кефалогематома возникла после наложения акушерских щипцов, необходима рентгенография костей черепа для исключения переломов.

Кефалогематома рассасывается в течение 6 недель, приподнятость выступающего края кости может быть заметна на протяжении нескольких лет.

При большом размере гематомы резорбция вызывает повышение содержания непрямого билирубина, что может потребовать проведения фототерапии.

Согласно рекомендациям Ассоциации неонатологов не показана пункция и аспирация гематом, поскольку возрастает риск тяжёлых инфекционных осложнений.

Наличие кефалогематомы не влияет на психомоторное развитие, не описаны также какие-либо неврологические последствия этого состояния.

**Нос** новорожденного мал, имеет узкие, покрытые нежной слизистой, обильно васкуляризированной оболочкой носовые ходы. При самом незначительном нарушении носового дыхания новорожденный не сможет сосать.

**Глаза** в первые сутки жизни у новорожденного закрыты. У здорового доношенного ребенка отмечается живая реакция на свет. Роговица прозрачная, зрачки круглые, белки глаз имеют более голубой оттенок, чем у детей старшего возраста, конъюнктивы гладкие, блестящие, розовые. У здорового ребенка зрачок имеет черный цвет. Иногда на зрачке у новорожденного можно обнаружить белые либо желтые полосы, частично или полностью закрывающие его. У недоношенных детей нередко встречаются мелкие помутнения хрусталика, являющиеся вариантами нормы. Они не влияют на зрение и в дальнейшем обычно бесследно исчезают. Доношенный ребёнок способен фиксировать взгляд

на короткий период времени. У здорового новорожденного глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна, это нормально.

В первые дни жизни новорожденный плачет без слез, т.к. **слезные железы** ко времени рождения еще недоразвиты. Слезы появляются у доношенных новорожденных только к трехнедельному возрасту.

**Ушная раковина** у здорового доношенного новорожденного твердая, по ее краям находится хрящ. Если раковину перегнуть и отпустить, она сразу же возвратится в прежнее положение. Вся ее верхняя часть загибается внутрь. Из наружного слухового прохода могут выделяться небольшие комочки серы. Продвижение их наружу обеспечено короткими волосками, покрывающими поверхность слухового прохода.

Форма **грудной клетки** у здорового новорожденного бочкообразная, ребра располагаются почти горизонтально. Во время вдоха в первые часы жизни у ребенка могут слегка западать надключичные ямки и межреберные промежутки. Грудная клетка симметрична, в акте дыхания активно задействованы ее нижние отделы. У некоторых детей мечевидный отросток отклонен кнаружи и приподнимает кожу. С возрастом его положение становится нормальным. У доношенного новорожденного окружность груди на 1–3,0 см меньше окружности головы.

Рождение ребенка требует немедленного функционирования дыхательной системы. В этот период с началом дыхания происходят значительные изменения воздухоносных путей, особенно дыхательного отдела легких. Формирование дыхательной поверхности в разных отделах легких происходит неравномерно. Для расправления дыхательного аппарата огромное значение имеют состояние и готовность сурфактантной пленки, выстилающей легочную поверхность. Нарушение поверхностного натяжения сурфактантной системы приводит к серьезным заболеваниям ребенка раннего возраста.

Ребенок готовится к самостоятельному дыханию заранее – как только начинается родовая деятельность. Первый вдох возникает под влиянием совокупности многих факторов: раздражения кожных покровов во время прохождения по родовым путям и сразу после рождения, изменения положения его тела, перевязки пуповины. Мощным стимулятором дыхательного центра является холодное раздражение – перепад температур во время рождения в 12–16 градусов. Легкие плода заполнены жидкостью, которую вырабатывают клетки дыхательного эпителия. При движении ребенок по родовому каналу его грудная клетка сдавливается, и фетальная жидкость вытесняется из дыхательных путей. При этом в грудной клетке создается отрицательное давление, и атмосферный воздух засасывается в нее. Первые порции воздуха заполняют только те дыхательные пути, которые в процессе родов освободились от фетальной жидкости. Но затем воздух буквально врывается в легкие и расправляет их взрывоподобно.

Обычно, если все в порядке, первый вдох новорожденный делает спустя 30–90 секунд после рождения. Следующие за криком дыхательные движения еще не равномерны, но затем смена вдоха и выдоха становится регулярной.

Частота дыхания доношенных новорожденных в первую неделю жизни колеблется от 40 до 60 в минуту.

**Сердце и система кровообращения** новорожденного имеют свои особенности. С самого начала формирования плаценты кровообращение матери и плода разобщено. Легочные сосуды (малый круг кровообращения) находятся в спавшемся состоянии, и через них протекает лишь незначительное количество крови. Давление в этих сосудах высокое – значительно выше, чем в большом круге кровообращения, благодаря чему кровь может двигаться через овальное окно из правого в левое предсердие и артериальный (боталлов) проток, практически минуя малый круг кровообращения. Однако, как только ребенок родился, характер кровообращения меняется. После первых же вдохов резко

повышается содержание кислорода в крови ребенка. Это приводит к рефлекторному устранению спазма легочных сосудов. Давление в них падает. В то же время из-за пережатия пуповины давление в большом круге кровообращения, наоборот, увеличивается, и кровь устремляется в легочные сосуды. Легкие расправляются, и тут же начинают раскрываться легочные капилляры. Кровь из легочных сосудов направляется в левое предсердие. Давление в нем становится значительно выше, чем в правом. И тогда захлопывается заслонка овального окна. С этого момента правое и левое предсердия не сообщаются между собой. Это происходит спустя несколько часов после рождения. Полное закрытие овального окна у большинства детей наступает к 5–6 дню жизни.

Артериальный проток у новорожденного продолжает функционировать еще от 24 до 48 часов, а то и несколько дней после рождения. Постепенно его просвет сужается, и он закрывается.

Частота сердечных сокращений на первой неделе жизни у доношенного ребенка может колебаться в пределах от 100 до 175 ударов в минуту. При крике, пеленании, сосании она возрастает до 180–200, а во время дефекации, зевания, сна, напротив, снижается до 100 ударов в минуту.

**Особенностями пищеварения у новорожденных** являются меньшая протеолитическая активность желудочного сока и более низкие показатели общей кислотности, чем у взрослых. Глубокий гидролиз осуществляется благодаря пристеночному (контактному) пищеварению.

Секреторная и кислотообразующая функции желудка, переваривание жиров у новорожденных детей зависят от характера вскармливания. Эмульгированные жиры женского молока расщепляются липазой грудного молока, слюны и желудка. Гидролиз жиров с длинной углеродной цепью осуществляется только в кишечнике. У детей первых месяцев жизни жиры коровьего молока в желудке практически не гидролизуются.

**Половые органы** у здоровых доношенных детей имеют свои особенностей. У мальчиков яички опущены в мошонку, головка полового члена чаще скрыта под крайней плотью, размеры полового члена и мошонки индивидуальны. В норме у новорожденных мальчиков мошонка несколько увеличена в размерах. Это связано с водянкой яичек, которая проходит без лечения. Часто встречается эрекция полового члена, не являющаяся патологией. У доношенных девочек большие половые губы прикрывают малые.

К моменту рождения морфологическое и функциональное созревание **почек** еще не закончено. С возрастом происходят изменения размеров и в какой-то степени положения органов мочевого выделения. Так у новорожденных детей размеры почек относительно больше, чем у взрослых: отношение массы почек к массе тела новорожденного составляет 1:100, у взрослого человека – 1:200. Верхний полюс почки находится на уровне XI–XII грудного позвонка, нижний – на уровне IV поясничного позвонка. Емкость **мочевого пузыря** у доношенного новорожденного составляет до 50 мл, к году она увеличивается до 100–200 мл. **Мочеиспускательный канал** у новорожденных мальчиков по длине равен 5–6 см, у новорожденных девочек – 1–1,5 см, диаметр его больше, чем у мальчиков. Слизистая оболочка мочеиспускательного канала у детей тонкая, нежная, легкоранимая, складчатость ее слабо выражена.

### **Первичный осмотр новорожденного в кабинете врача-остеопата, отделении новорожденных и в палатах совместного пребывания матери и ребенка**

Согласно клиническим рекомендациям Ассоциации неонатологов (2015г.) при первичном осмотре ребенка необходимо отметить следующие признаки и описать их в истории развития новорожденного.

**Поза:** у здорового новорождённого отмечается умеренный тонус гребней конечностей, согнутые руки и ноги в положении лежа на спине приподняты над поверхностью.



Отмечаются стереотипные, симметричные **спонтанные движения** конечностей. Движения эти могут быть беспорядочными, принимать характер тремора и симметричных клонусов, которые считают нормой. В отличие от судорог тремор и клонусы прекращаются при удерживании конечности ребёнка рукой взрослого.

Для здорового новорожденного ребенка характерны **циклические изменения сна и бодрствования**.

Здоровый новорожденный ребёнок имеет физиологический мышечный гипертонус. В вертикальном положении новорождённый способен в течение короткого времени удерживать голову, в положении на животе ненадолго приподнимает голову и таз.

Большое внимание неонатологами уделяется следующим **физиологическим рефлексам новорождённого:**

**Рефлекс Моро** (рефлекс объятий) возникает в ответ на резкий звук или на отклонение головы новорожденного кзади. У здорового ребенка рефлекс живой и симметричный.

**Хватательный рефлекс** вызывают надавливанием пальцами на ладонь (верхний) или стопу (нижний) новорожденного. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорожденного можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребенка. Движение головы младенца при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одновременно касаться тыльных поверхностей кисти, т.к. это вызывает рефлекс выпрямления пальцев.

**Поисковый и сосательный рефлексы:** сосание и глотание, один из первых скоординированных, рефлекторных, двигательных актов. Для его реализации последовательно сокращается большое количество мышц. При попадании соска (или его имитации) в рот ребенка возникает интенсивный сосательный рефлекс. Прикосновение к коже вокруг рта новорожденного

вызывает движение головой в сторону касающегося предмета.

**Рефлекс автоматической ходьбы:** в вертикальном положении, с легким наклоном тела вперед, при соприкосновении стопы с твёрдой поверхностью ребёнок начинает выполнять медленные, примитивные движения, напоминающие ходьбу.

## **ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Остеопатическая диагностика новорожденных предполагает, в первую очередь, использование:

1. остеопатического пальпаторно-перцептивного мануального «прослушивания»;
2. специфического остеопатического тестирования.

Остеопатическое тестирование проводится на различных уровнях, с использованием биомеханического, функционального и биодинамического методов, основанных на моделях восприятия, разработанных и внедренных в остеопатии.

Независимо от модели восприятия и метода остеопатии, в рамках которого производится диагностика и остеопатическая коррекция, оцениваются следующие характеристики:

- целостность;
- жидкость;
- однородность (гомогенность);
- характеристики проведения эндогенных ритмов;
- компрессия/декомпрессия;
- ротация/деротация;
- флексия/экстензия;
- латерофлексия.

Вышеуказанные характеристики рассматриваются на всех уровнях:

- глобальном;
- региональном;
- локальном.

Диагностически, в первую очередь, мы оцениваем состояние новорожденного на глобальном (целостном, жидкостном) уровне. После этого проводим тестирование на региональном и локальном уровнях.

## **Диагностика в биомеханической модели**

**Цель:** Восстановление соматического анатомо-функционального единства макро- и микро- подвижности в организме.

### **Задачи:**

1. Коррекция соматических дисфункций, проявляющихся нарушением физиологических произвольных и непроизвольных движений
2. Синхронизация целостности всех форм анатомо-функциональной подвижности в организме.

**В биомеханической модели** восприятия в процессе диагностики состояния новорожденных оцениваются:

1. Целостность анатомо-функционального биомеханического функционирования.
2. Результаты тестирования состояния будущих швов черепа (учитывая отсутствие швов и пивотов к моменту рождения), их взаимоотношение, синхронность непроизвольных движений, характеристики зон окостенения, состояние мембраны взаимного натяжения (серп мозга, серп и палатка мозжечка).
3. Миофасциальное анатомо-функциональное единство (целостность и синхронное взаимодействие всех биомеханических составляющих организма).
4. Синхронность подвижности грудно-брюшной диафрагмы.
5. Формирующиеся суставные взаимоотношения (C0-C1-C2, переходных зон позвоночника, взаимоотношение верхних конечностей и туловища, таза, нижних

конечностей)

6. Произвольные движения каждой формирующейся кости и их синхронизация с эндогенными ритмами. Начиная с костей черепа и крестца, проводя тестирование на наличие внутрикостных соматических дисфункций различной этиологии.

7. Характер функциональных нарушений антенатального и перинатального происхождения.

В состоянии физиологической нормы у новорожденного нет постоянных осей и плоскостей биомеханического движения. С точки зрения биомеханики, новорожденный является целостной, жидкостной, синхронизированной системой.

### **Диагностика в функциональной модели**

**Цель:** Функциональное единство всего организма.

**Задачи:**

1. Диагностика и коррекция глобальных, региональных и локальных функциональных нарушений.
2. Синхронизация региональных и локальных функций относительно глобальных эндогенных ритмов организма, для достижения целостности функционирования.
3. Единство структуры и функции.

**Функциональный уровень диагностики,** предполагает оценку глобальной функциональной адаптации целостной функции организма новорожденного и её региональных проявлений.

Функциональное единство проявляется целостным ритмом 2-3 в минуту.

При возникновении региональных или локальных с соматических дисфункций доминантно тестируются эндогенные ритмы – краниальный, сердечно-сосудистый и торакальный (дыхательный).

Характеристики первичного дыхательного механизма, торакального и сердечно-сосудистого ритмов, флюктуация ликвора (латеральная и продольная),

являются качественными проявлениями состояния здоровья.

Наличие соматических дисфункций препятствует естественному проведению эндогенных ритмов. Это проявляется изменением качественных показателей, характерных для каждого эндогенного ритма.

Это, в большинстве случаев, и определяет содержание функциональных нарушений.

### **Диагностика в биодинамической модели**

**Биодинамический уровень диагностики** предполагает определение характеристик взаимодействия организма новорожденного, как целостного единства и окружающей среды, проявляющей себя различными экзогенными (экологическими) ритмическими колебаниями.

### **Остеопатическое заключение**

В результате остеопатического осмотра формируется **остеопатическое заключение** с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях (см. таблицу № 2).

Данные, полученные в результате первичного приема врача-osteопата в неонатологии заносятся в соответствующий бланк (см. Приложение № 1).

### **Оформление медицинской карты.**

Медицинская карта пациента оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями, предъявляемыми к оформлению медицинской документации. В соответствующие разделы данные заносятся при наличии диагностируемых соматических дисфункций. Позиции, соответствующие нормальному состоянию, не заполняются.

Особое внимание необходимо уделить построению диагноза, в частности дифференциального. Это необходимо для определения показаний, и что не менее важно противопоказаний для остеопатической коррекции (абсолютных и

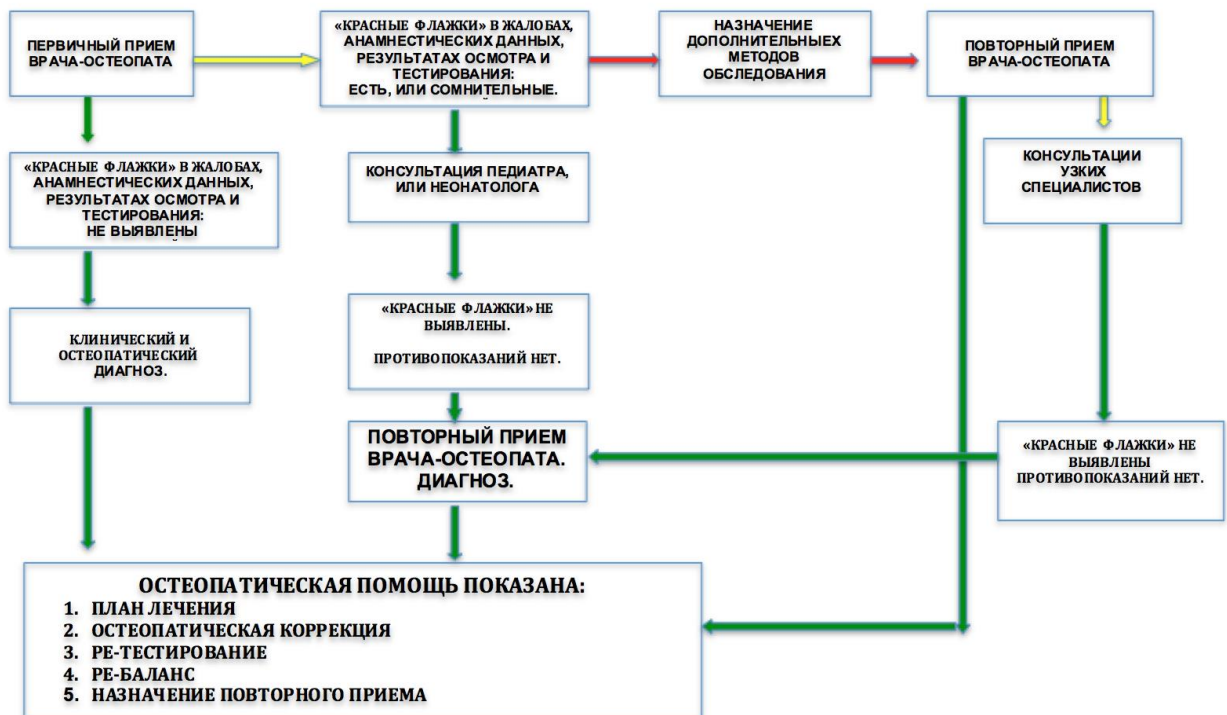
относительных). Следует отметить, что основным противопоказанием для оказания остеопатической помощи является уровень профессиональной компетенции врача-osteопата.

**Таблица 2**

**Остеопатическое заключение**

Уровень\ Нарушение	Биомеханическое 1 6 / 2 6 / 3 6	Ритмогенное 1 6 / 2 6 / 3 6		Нейродинамическое 1 6 / 2 6 / 3 6		
		сoma	висцера		В-С	С-В
Глобальный	1 2 3	Краниальный 1 2 3 Кардиальный 1 2 3 Дыхательный 1 2 3		Психосоматическое 1 2 3 Постуральное 1 2 3		
Региональный	<b>Регион:</b>					
	Головы	1 2 3	1 2 3	Со	1 2 3	
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C1 - C3	1 2 3	1 2 3
	Верх. конечн.	1 2 3		C4 - C6	1 2 3	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C7 - Th2	1 2 3	1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th3 - Th5	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th6 - Th9	1 2 3	1 2 3
	Нижн. конечн. ТМО	1 2 3 1 2 3		Th10 – L1 L2 – L5	1 2 3 1 2 3	1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)					
Доминирующая соматическая дисфункция:						

**МОДЕЛЬ АЛГОРИТМА  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
ПО ОСТЕОПАТИИ В НЕОНАТОЛОГИИ.**



**Показания для оказания базовой остеопатической помощи новорожденным:**

1. Роды.
2. Отклонения от физиологического течения беременности и родов
3. Отягощенный атненатальный и интранатальных анамнез.
4. Акушерское пособие в родах (любое)
5. Нарушение периода адаптации новорожденного
6. Последствия родовой травмы
7. Последствия гипоксического синдрома.
8. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
9. Нарушение сна.
10. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы,
11. Функциональные нарушения дыхательной системы.
12. Функциональные расстройства пищеварительной системы.
13. Функциональные расстройства опорно-двигательной системы.
14. Функциональные нарушения центральной и периферической нервной системы.
15. Функциональные нарушения вегетативной нервной системы.
16. Последствия оперативных вмешательств.

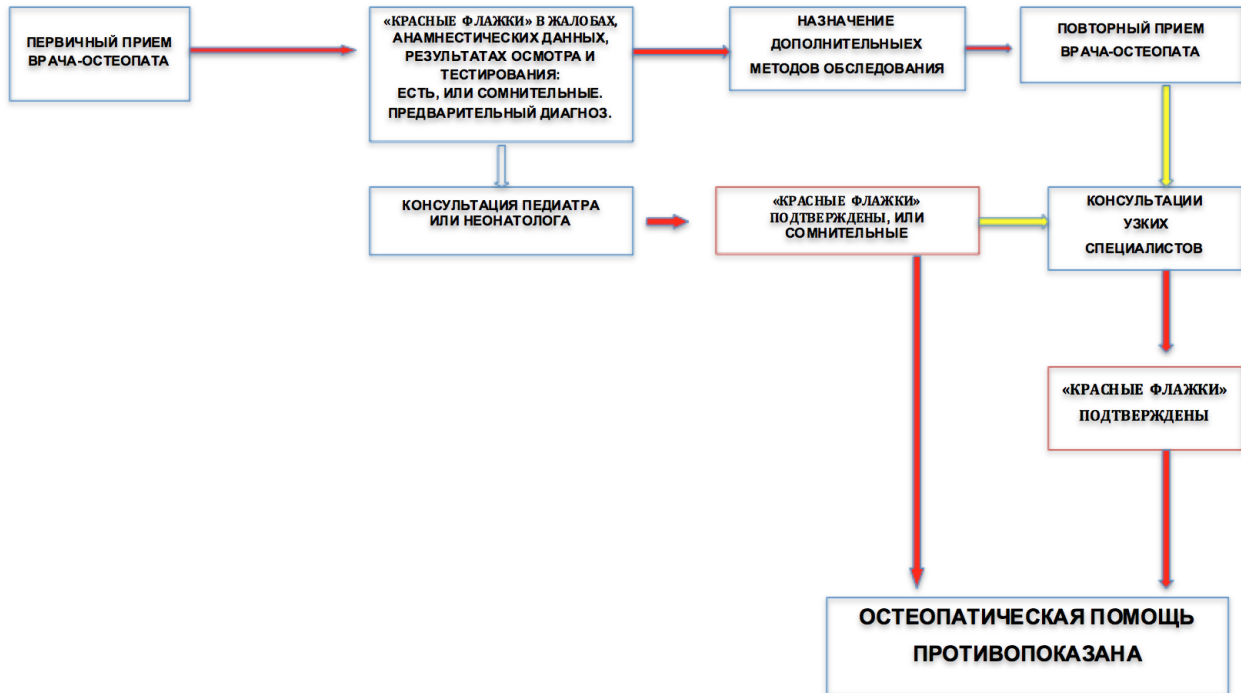
## **Противопоказания для остеопатического лечения новорожденных.**

**Абсолютные противопоказания** к остеопатическому лечению в детской практике включают:

1. наличие состояний, требующих проведения интенсивной терапии
2. острые лихорадочные состояния и гипертермия, в том числе неясной этиологии;
3. острые респираторные заболевания;
4. острое нарушение функции кишечника (тошнота, рвота, диарея);
5. контагиозные заболевания кожи, ногтей, волос;
6. системные заболевания крови;
7. кровотечение любой этиологии или подозрение на кровотечение;
8. аневризма аорты и сердца;
9. острые черепно-мозговые травмы;
10. острые церебральные дисциркуляторные нарушения (в том числе тромбоз и окклюзия позвоночной артерии);
11. острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит и т.п.);
12. гнойные процессы любой локализации;
13. не установленный диагноз;



**МОДЕЛЬ АЛГОРИТМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ  
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОСТЕОПАТИИ В НЕОНАТОЛОГИИ**



**Рисунок 1.** Модель алгоритма определения противопоказаний для оказания медицинской помощи по остеопатии в неонатологии.

К **относительным противопоказаниям** к остеопатическому осмотру в неонатологии относят:

- **недостаточный уровень профессионализма врача-osteopata;**
- судорожный синдром в анамнезе без обследования.

Модель алгоритма определения противопоказаний для оказания медицинской помощи по остеопатии в неонатологии представлена на рисунке № 1.

## **Вакцинопрофилактика новорожденных**

*Врач-остеопат не принимает участие в вакцинации новорожденных. Требования к профессиональным знаниям остеопатов, работающих с новорожденными, предполагают определенный уровень знаний относительно вакцинации, проводимой в родильных домах.*

Вакцинопрофилактика в родильном доме должна проводиться только после получения добровольного информированного согласия родителей или законных представителей пациента.

В течение раннего неонатального периода (первые 7 суток жизни) новорожденным проводится специфическая профилактика туберкулеза (вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М) и вирусного гепатита В.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Е.В., Аптекарь И.А., Мохов Д.Е., Малков С.С. Порядок заполнения протокола первичного приема врача-osteопата в педиатрической практике.// Российский остеопатический журнал. – СПб., 2014. – № 1-2 (24-25). – С. 37-47.
2. Абрамова Е.В., Аптекарь. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. // Учебное пособие. – Тюмень, 2016.
3. Александрова В.А. Особенности проявлений кранио-вертебральной патологии в детском возрасте / В.А. Александрова, Е.А. Братова // Актуальные проблемы педиатрии: сб. науч. работ. – СПб.: Береста, 2004. – С.160–169.
4. Базовая помощь новорожденному – международный опыт. Под редакцией Н.Н.Володина, Г.Т.Сухих, Е.Н.Байбариной, И.И.Рюминой. Москва, ГЭОТАР–Медиа, 2008, 203с.
5. Байбарина Е.Н., Рюмина И.И., Дегтярев Д.Н. и др. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и послеродовом отделении. Клинические рекомендации. – Москва. – 2015., 34с.
6. Баранов А.А. Научные и практические проблемы российской педиатрии на современном этапе / А. А. Баранов // Педиатрия.– 2005.– № 3.– С. 4–7.
7. Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Никитин И.В. Опыт коррекции биомеханических нарушений у пациентов с брекет-системами /Клиническая постурология, поза и прикус: материалы I международного симпозиума. – СПб., 2004.-С.78-81.
8. Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Семашко С.А. Остеопатическая коррекция родовых повреждений у детей /«Перспективы интеграции остеопатической медицины в акушерско-гинекологическую, педиатрическую и неврологическую практику». Международный симпозиум. – СПб., 2007.- С.19-24.
9. Беляев А.Ф., Яковлева М.А. Остеопатическая коррекция косоглазия у детей//Российский остеопатический журнал.- 2008.- № 1-2 (3). – С.91-99.
10. Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Ширяева Е.Е., Яковлева М.А. Роль остеопатии в оздоровлении нации. Популяционный аспект исследований/«Интеграция остеопатии в национальный проект "Здоровье": Возрастная остеопатия. Жидкостно-соединительнотканый аспект». Международный симпозиум.- СПб, 2008. – С. 77-88.
11. Беляев А.Ф., Карпенко Н.А. Остеопатическое лечение болевых синдромов у новорожденных: популяционные и клинические аспекты/“Osteopathy Open:

Актуальные вопросы остеопатии”. Сб. научных трудов международного конгресса. СПб., 2015. - С.52-59.

12. Беляев А.Ф., Торопова С.В., Тарасенко Н.В. и др. Опыт остеопатического лечения новорожденных в роддоме города Находки Приморского края статья/“Osteopathy Open: Актуальные вопросы остеопатии”. Сб. научных трудов международного конгресса. СПб., 2015. - С.100-103.

13. Бобко Я.Н. Клинико-физиологическое обоснование мануальной терапии соматической патологии у детей: автореф. дисс. ...док-ра мед. наук / Я.Н. Бобко. – СПб., 2000. – 50 с.

14. Егорова И.А. Взаимосвязь логопедических нарушений у детей с натальной травмой./ И.А. Егорова, Е.Л. Кузнецова // Международный конгресс «Традиционная медицина – 2007»: Сб. науч. тр. – М., 2007. – С. 217.

15. Егорова И.А. Диагностика соматических дисфункций у детей раннего возраста остеопатическим методом / И.А. Егорова, Е.Л. Кузнецова, К.Е. Трубникова // Традиционная медицина. – 2006.– № 1(6).– С. 31–35.

16. Егорова И.А. Остеопатия в акушерстве и педиатрии: монография / И.А. Егорова, Е.Л. Кузнецова. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. – 186 с.

17. Егорова И.А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение) / И.А. Егорова, Е.Л. Кузнецова, А.Д. Бучнов // Российский семейный врач.– 1–2007.– Том 11.– С. 19–22.

18. Егорова И.А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): автореф. дисс. док-ра мед. наук / И.А.Егорова. – СПб., 2008. – 41 с.

19. Егорова И.А., Бучнов А.Д. Исследование эффективности остеопатического лечения неврологических расстройств у детей раннего возраста с соматическими дисфункциями / Тезисы научно-практической конференции «Физиотерапия и комплементарные технологии в нейрореабилитации», 12-13 ноября 2014. С. 18-23.

20. Кривошеина Е.Н., Мизонова И.Б., Мохов Д.Е. Остеопатическая помощь в первые дни жизни ребенка.//Российский остеопатический журнал. – СПб., 2013. – № 3-4 (22-23). – С. 97-103.

21. Мохов Д.Е. Научное обоснование развития остеопатической помощи населению Российской Федерации: автореф. дисс. док-ра мед. наук., СПб, 2011.- 38с.

22. Мохов Д.Е., Белаш В.О., Кузьмина Ю.О. и соавт. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации.- СПб.: "Невский ракурс", 2015. - 90 с.
23. Мохов Д.Е., Юнина А.Б. Соматическая дисфункция в различных диагностических и лечебных моделях остеопатии.//Российский остеопатический журнал. – СПб., 2014. – № 3-4 (26-27). – С. 117-128.
24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».
25. Пропедевтика детских болезней./Под ред. А. А. Баранова. – М.: Медицина, 2009.– 336с.
26. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей./ М-во здравоохранения и соцразвития Российской Федерации [и др.]; под ред. А. А. Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692с.

# Приложение № 1

АНО «Тюменский институт мануальной медицины»

## ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ОСТЕОПАТИИ

### ПРОТОКОЛ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-ОСТЕОПАТА (неонатальный период)\*

(\*заполняется при наличии заключения педиатра и/или профильного специалиста)

ФИО врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      ФИО пациента \_\_\_\_\_

**1. Жалобы на момент обращения:** \_\_\_\_\_

**2. Анамнез заболевания:** \_\_\_\_\_

**3. Анамнез жизни:** Беременность по счету \_\_\_\_, протекала физиологически, на фоне угрозы прерывания / гестоза / маловодия / многоводия/ ОРВИ / лечения антибиотиками, лечения \_\_\_\_\_ в 1-м, 2-м, 3-м триместре \_\_\_\_\_  
 Роды \_\_\_\_\_, в сроке \_\_\_\_\_ недель, физиологические / со стимуляцией/ перидуральной анестезией/ эпизиотомией/ амниотомией/ оперативные (планово, экстренно \_\_\_\_\_). Обвитие пуповины \_\_\_\_\_.  
 Головное / тазовое \_\_\_\_\_ предлежание, из двойни, родился \_\_\_\_\_ Оценка по Апгар \_\_\_\_\_ баллов  
 Масса \_\_\_\_\_ гр., длина \_\_\_\_\_ см. Закричал сразу/ после стимуляции/ после санации верхних дыхательных путей/ не кричал. К груди приложен в родовой / на \_\_\_\_ день. Переведен в РАО / ОПН. ИВЛ / NSPAP \_\_\_\_ дней. Выписан из роддома/ОПН домой на \_\_\_\_\_ сутки жизни.  
 Неонатальная желтуха \_\_\_\_\_ Вскармливание \_\_\_\_\_

**На диспансерном учете не состоит / состоит с Ds:** \_\_\_\_\_

Перенес (заболевания, в т.ч. детские инфекции) \_\_\_\_\_

Травмы/операции/ \_\_\_\_\_

**Вакцинация** (негативные реакции) \_\_\_\_\_

Постоянно принимаемые препараты \_\_\_\_\_

**Аллергический анамнез** \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания \_\_\_\_\_

**Эпидемиологический анамнез** \_\_\_\_\_

**Двигательный анамнез** \_\_\_\_\_

**Неврологический статус\*\*** (\*\*заполняется при наличии заключения детского невролога) \_\_\_\_\_

#### 4. Соматический статус.

Общее состояние \_\_\_\_\_ Самочувствие (эмоциональный статус) \_\_\_\_\_

Общий осмотр \_\_\_\_\_

Телосложение \_\_\_\_\_ Осанка \_\_\_\_\_ Питание \_\_\_\_\_

Состояние кожных покровов \_\_\_\_\_ Состояние видимых слизистых \_\_\_\_\_ Характер дыхания \_\_\_\_\_

Оценка глобальных активных/пассивных движений: \_\_\_\_\_

Флексия _____	Экстензия _____	Латерофлексия вправо\влево	Активный(глубокий) вдох\выдох _____	Тест пяти линий +/-
------------------	--------------------	-------------------------------	--	---------------------------

Результаты глобального фасциального тестирования \_\_\_\_\_

Тестирование мышечного тонуса (пальпация, перкуссия) \_\_\_\_\_

Пассивные тесты позвоночника (лежа) \_\_\_\_\_

Тестирование длины нижних конечностей \_\_\_\_\_

Оценка состояния суставов: \_\_\_\_\_ Верхних конечностей \_\_\_\_\_ Нижних конечностей \_\_\_\_\_

КПС \_\_\_\_\_ Позвоночника \_\_\_\_\_

**Результаты тестирования опорно-двигательной системы:** \_\_\_\_\_

#### Данные результатов фасциального тестирования.

Фасциальное пальпаторное тестирование	Оценка результатов тестирования
Глобальное	
Региональное	
Грудобрюшная диафрагма	

Грудная клетка и средостение	
Брюшная полость	
Органы малого таза	
Локальное	

**Данные результатов исследования мобильности внутренних органов**

Органы и системы	Оценка результатов тестирования
Гортанно-глоточный комплекс	
Грудная клетка и средостение	
Брюшная полость	
Органы малого таза и забрюшинного пространства	

**Система дыхания - дыхательный ритм (ДР)**

Результаты тестирования дыхательной системы: RAF ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Результаты тестирования региональной и локальной проводимости ДР \_\_\_\_\_

Результаты тестирования сердечно-сосудистой системы АД \_\_\_\_\_ /RAF ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Результаты тестирования региональной и локальной проводимости сердечного ритма \_\_\_\_\_

Результаты тестирования нервной системы: ЦНС \_\_\_\_\_

Периферической \_\_\_\_\_ вегетативной: симпатикотония/парасимпатикотония \_\_\_\_\_

Уровень нарушения проводимости \_\_\_\_\_

**Результаты тестирования кранио-сакральной системы:**

RAF: ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_ Компрессия на уровне СБС + /- Паттерн черепа \_\_\_\_\_

Асинхронизм \_\_\_\_\_ +/- крестец / ЗК \_\_\_\_\_ Ограничение подвижности костей черепа на уровне швов \_\_\_\_\_

Внутрикостные соматические дисфункции костей черепа \_\_\_\_\_

крестца \_\_\_\_\_ других костей \_\_\_\_\_

Результаты тестирования региональной и локальной проводимости краниального ритма \_\_\_\_\_

**5. Данные дополнительных методов обследования:** \_\_\_\_\_

**6. Остеопатическое заключение:** \_\_\_\_\_

Уровень нарушения	Гидродинамическое	Нейродинамическое	Биомеханическое	Компрессия
Глобальный (целостный)				
Региональный				
Локальный				
<b>Доминирующая соматическая дисфункция*</b>				

\* Доминирующая соматическая дисфункция оценивается по результатам дифференциальной диагностики

Значимые соматические дисфункции адаптации \_\_\_\_\_

**7. ДИАГНОЗ:** \_\_\_\_\_

**8. Остеопатическое лечение (коррекция):** показано / противопоказано / дообследование \_\_\_\_\_

(что сделано)

**9. Контрольное тестирование результатов лечения (коррекции)** \_\_\_\_\_

**10. План лечения:** \_\_\_\_\_

**11. Рекомендации:** \_\_\_\_\_

Консультация узких специалистов: \_\_\_\_\_

Дополнительные методы обследования: \_\_\_\_\_

Дополнительные методы лечения \_\_\_\_\_

Режим, питание \_\_\_\_\_

Повторный прием /консультация (дата): \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

№	Дата	Примечания	№	Дата	Примечание
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		