

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,  
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ  
ПІДГОТОВКИ**

**Пацкань Б.М., Фатула Ю.М., Росул М.В.**

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК**

**Методичні рекомендації**

**УЖГОРОД 2013**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,  
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ  
ПІДГОТОВКИ**

**Пацкань Б.М., Фатула Ю.М., Росул М.В.**

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК**

**Методичні рекомендації**

**УЖГОРОД 2013**

**Установа-розробник:** Державний вищий навчальний заклад „Ужгородський національний університет” Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

**Укладачі:**

Пацкань Б.М. к.м.н., професор, завідувач кафедри хірургічних дисциплін,  
Фатула Ю.М. к.м.н., доцент кафедри хірургічних дисциплін,  
Росул М.В., к.м.н. асистент кафедри хірургічних дисциплін

**Рецензенти:**

Щеремет П.Ф., д.м.н., професор кафедри хірургічних хвороб медичного факультету УжНУ  
Філіп С.С., д.м.н., професор кафедри загальної хірургії медичного факультету УжНУ

**Рекомендовано Вченою радою інституту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, протокол № 5 від 19 грудня 2013 року**

**Голова Вченої ради** – завідувач кафедри громадського здоров'я інституту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, доктор медичних наук, професор Рогач І.М.

Методичні рекомендації призначені для лікарів всіх спеціальностей, передусім хірургів різних профілів, анестезіологів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів, а також студентів старших курсів медичних вузів.

**ВСТУП**

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається одним із найбільше розповсюджених гастроентерологічних захворювань, сягаючи 18–20% від усіх зареєстрованих хвороб органів травлення. Частота ускладнень ВХ, які призводять до тривалої та стійкої непрацездатності, а іноді і до летальності, знаходиться у межах від 26,5 до 42,3%; в 6–23% випадків виразкова хвороба ускладнюється перфорацією.

На сучасному етапі розвитку медичної науки результатами численних фундаментальних досліджень доведено, що основними етіологічними і патогенетичними чинниками ВХ ДПК є гіперсекреція соляної кислоти та інфекція *Helicobacter pylori* (Hр).

Впровадження у клінічну практику сучасних антисекретійних й антигелікобактерних препаратів дозволило кардинально покращити результати консервативного лікування неускладнених пептичних виразок; водночас кількість ускладнень ВХ і пов'язаних з ними екстрених хірургічних втручань не зменшується, а навпаки, має стійку тенденцію до зростання.

Перфоративна виразка (ПВ), становлячи 25–40% від усіх ускладнень ВХ з рівнем летальності від 2 до 11,7%, залишається одним з найважчих та найнебезпечніших ускладнень. З огляду на те, що переважну кількість пацієнтів становлять люди молодого, найбільш працездатного віку, слід констатувати, що ця проблема набуває серйозного медично-соціального значення.

Найкращі віддалені результати при лікуванні ПВ відзначено після радикальних операцій, які неможливо виконати у більшості хворих через наявність перитоніту та інших чинників ризику. Просте зашивання перфораційного отвору спричинює рецидив виразки у 60–80% хворих, а у 35–55% завершується повторною операцією.

В останні роки появились дослідження, автори яких відзначають позитивну роль ерадикації інфекції Hр у покращанні віддалених результатів хірургічного лікування ускладнених гастродуоденальних виразок. Зниження рівня рецидиву у віддаленому періоді констатують до 3–6% після простого зашивання ПВ при проведенні курсу антигелікобактерної терапії з ерадикацією Hр. Це дало поштовх до нового напрямку хірургічного лікування ПВ лапароскопічними методами.

***Виходячи із сучасних знань етіології та патогенезу виразкової хвороби, ефективне лікування повинно відповідати таким кардинальним положенням:***

- 1). Усунення морфологічного субстрату виразки;***
- 2). Відновлення нормальної анатомії пилородуоденальної зони (видалення ділянки рубцево-виразкової деформації, стенозу, псевдодивертикулів), а тим самим моторно-евакуаційної функції ДПК;***
- 3). Зниження кислотності;***
- 4). Ерадикація гелікобактерної інфекції.***



На сучасному етапі поглиблена та розширена лікувальна тактика при перфоративних гастродуоденальних виразках. Вона включає в себе, з однієї сторони раціонально обґрунтовану радикалізацію екстреного хірургічного втручання на підставі аналізу чинників операційного ризику. З другої сторони, дозволяє доповнити радикалізм хірургічного втручання проведенням у післяопераційному періоді патогенетично обґрунтованої антисекретійно-антигелікобактерної медикаментної терапії.

### Чинники ризику

Це чинники, які впливають на хірургічну тактику, вибір обсягу екстреної операції. Розділяються на:

#### **I. Доопераційні:**

##### **1. Тривалість з моменту перфорації**

За даними літератури, 5-12% хворих поступають у стаціонар у термін більше 24 годин з моменту перфорації, з ознаками розлитого перитоніту у токсичній або термінальній фазі. Саме у цих пацієнтів спостерігаються найгірші показники післяопераційних ускладнень та летальності.

##### **2. Наявність та важкість супутніх захворювань**

За середньостатистичними даними, починаючи з 40-річного віку, кожні наступні 10 років життя пов'язані з одним новим хронічним захворюванням внутрішніх органів. Таким чином, чим старше пацієнт, тим більше супутніх захворювань він має. У хворих на перфоративну виразку частіше всього зустрічаються захворювання органів серцево-судинної та легеневої систем. Серед причин смерті у післяопераційному періоді, не пов'язаних з прогресуванням перитоніту чи з видом оперативного втручання, найчастіше зустрічаються тромбемболічні ускладнення та гострі порушення кровообігу судин серця чи головного мозку.

##### **3. Похилий та старечий вік**

За даними літератури, 60-70% померлих від перфоративної виразки становлять пацієнти похилого та старечого віку (старше 60 років); рівень післяопераційної летальності у цій віковій групі є найвищим і коливається у межах від 11 до 40%. Це пов'язано з труднощами в ранній діагностиці та лікуванні цього захворювання в умовах поліморбідності (наявності декількох супутніх захворювань), пониженої реактивності, знижених компенсаторних та резервних можливостей організму.

##### **4. Доопераційний шок**

Переважає кількість хворих (75-85%) поступає у стаціонар протягом перших 6 годин з моменту перфорації, у фазі так званого "абдомінального шоку". У 5-9% з них спостерігаються клінічні ознаки справжнього шоку: блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія (частота серцевих скорочень до 110 за 1 хв.), зниження систолічного артеріального тиску до 90 мм рт. ст., частим поверхневим диханням (до 25 за 1 хв.), зменшенням об'єму сечовиділення до

0,5 мл/хв. Ці хворі потребують негайного проведення передопераційної протишокової терапії.

#### **II. Інтраопераційні:**

##### **1. Характеристика перфоративної виразки (локалізація, морфологічні зміни, поєднання з іншими ускладненнями виразкової хвороби)**

Показники післяопераційних ускладнень та летальності при шлунковій локалізації перфоративної виразки статистично достовірно гірші, ніж при локалізації у пілородуоденальній зоні (за даними літератури у 55% випадків спостерігається перфорація виразок дванадцятипалої кишки, у 20% - перфорація виразок пілоричного відділу шлунка і у 25% - перфорація власне шлункових виразок).

За статистичними даними у 40-60% хворих перфоративні виразки носять кальозний характер з вираженими морфологічними змінами: діаметром перфоративного отвору більше 0,5 см та навколишнього виразкового інфільтрату більше 1,0 см для пілородуоденальної локалізації та більше 1,0 см та більше 2,0 см, відповідно, для шлункової локалізації перфорації. У 3-5% хворих спостерігаються так звані "велетенські" ("гігантські") виразки з розміром виразкового кратера більше 2,0 см для пілородуоденальної локалізації та більше 3,0 см для шлункової локалізації.

У 12-25% пацієнтів з перфоративними пілородуоденальними виразками мають місце "дзеркальні" виразки задньої стінки пілородуоденальної зони, які потребують хірургічної корекції під час операції (прошивання, екстеріоризації), інакше можуть ускладнитися кровотокою у післяопераційному періоді.

За літературними даними майже у кожного четвертого хворого перфоративна виразка поєднується з іншими ускладненнями виразкової хвороби:

- пенетрацією у гепатодуоденальну зв'язку, підшлункову залозу, малий сальник, жовчний міхур, печінку, як самої перфоративної гастродуоденальної виразки, так і "дзеркальної" виразки, при наявності (зустрічається в 15-20%);
- стенозом вихідного відділу шлунка (до 10%);
- шлунково-кишковою кровотокою (в середньому 2,3%);
- малігнізацією шлункових виразок (в середньому 1,8%).

В середньому, у 10% пацієнтів спостерігаються поєднання двох, трьох і, навіть, чотирьох виразкових ускладнень.

##### **2. Ступінь інфікування черевної порожнини (вираженість перитоніту)**

Чисельні дослідження доводять, що з наростанням важкості перитоніту післяопераційна летальність зростає після всіх видів операцій. Але статистичні дані свідчать, що більше половини хворих поступає з ознаками місцевого або дифузного серозного чи серозно-фібринозного перитоніту. Розлитий гнійний перитоніт, у тому числі з наявністю внутрішньочеревних абсцесів, зустрічається лише у 5-10% хворих. Переважає кількість хворих з розлитим перитонітом (до 90%) поступає у реактивній фазі, 5-10% - у токсичній, і лише 1-3% - у термінальній фазі.



Таким чином, вибір обсягу оперативного втручання повинен ґрунтуватися на підставі оцінки і зваженого аналізу всіх доопераційних та інтраопераційних чинників ризику. Підхід повинен бути диференційований та індивідуалізований не тільки для хворого (ретельна оцінка загального стану та всіх чинників ризику), але і для хірурга (організація операції, кваліфікація оперуючого хірурга та асистентів, анестезіологічне забезпечення).

Безперечно, врятувати життя хворого при ургентній операції є завданням № 1, але обмежитися лише цим на сучасному етапі розвитку хірургії є недостатнім. Завданням № 2 повинна бути раціональна, індивідуально обґрунтована радикалізація оперативного втручання, направлена на корекцію етіопатогенетичних чинників виразкоутворення, тобто, лікування самої виразкової хвороби. Лише вкрай важкий стан хворого і термінальна фаза перитоніту мають схилити хірурга до обмеження обсягу операції.

## ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод лікування перфоративних гастродуоденальних виразок є одним з найменш розповсюджених. Він заключається в постійній аспірації шлункового вмісту, проведенні антибактеріальної терапії, корекції порушень водно-сольової рівноваги. Перше повідомлення про його застосування зробив О.Н. Wangensteen у 1935 р. Однак консервативний метод лікування перфоративних виразок пов'язують з ім'ям Тейлора (H. Taylor), який у 1946-1951 рр. ретельно описав його, ґрунтуючись на власному досвіді лікування 235 хворих з 11%-вою летальністю (померло 28 пацієнтів). Найменші показники летальності (1,3%) при застосуванні метода Тейлора наводять J.L. Elliot і J.D. Lane (1959). Деякі зарубіжні автори рекомендували застосовувати цей метод у хворих похилого та старечого віку з важкою супутньою патологією, при малому строкові від моменту перфорації до поступлення у стаціонар. У повідомленні на XII конгресі хірургічного товариства середземноморських країн (1971р.) на підставі об'єднаних даних хірургів Італії, Іспанії, Франції була відзначена 7,7% летальність при консервативному лікуванні перфоративних виразок. У наш час за кордоном, завдяки наявності надзвичайно ефективних антибактеріальних препаратів третього-четвертого покоління та широким можливостям інтенсивної терапії, консервативний метод застосовується у людей похилого та старечого віку з високими чинниками операційного ризику.

У вітчизняній хірургії консервативний метод не отримав розповсюдження і застосовувався в одиничних випадках. А.А. Шалімов (1972) рахує, що єдиним показом для його застосування може бути перфорація гострої виразки у хворих після різних оперативних втручань або при наявності важкої основної патології (опіки, інфаркт міокарда тощо), коли через важкість стану лапаротомія протипоказана.

**Показами до консервативного лікування перфоративних виразок на сучасному етапі вважають:**

1. Надзвичайно важкий стан хворого, пов'язаний із загрозою для життя супутньою патологією (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, коматозний стан, опіки тощо);
2. У любого пацієнта, якщо хірургічні можливості лікування обмежені або неможливі (віддалені географічні зони, перебування на кораблі тощо).

**Таким чином, основним методом лікування перфоративних виразок є хірургічний, який має свої особливості:**

1. Необхідність виконання операції за життєвими показами, в екстреному (ургентному) порядку, у якнайшвидший час з моменту встановлення діагноза;
2. Неможливість виконання радикальних операцій усім хворим через наявність доопераційних та інтраопераційних чинників ризику, відсутність повноцінного етіопатогенетичного передопераційного обстеження та підготовки;
3. Відносно високий рівень (у порівнянні з хірургічним лікуванням інших ускладнених та неускладнених форм виразкової хвороби) поганих та незадовільних, як безпосередніх (післяопераційні ускладнення та летальність), так і віддалених (рецидив виразки та її ускладнень, необхідність повторної операції) результатів лікування.

Більшість хірургів розділяють операції при перфоративних виразках на радикальні (резекції шлунка, різні види ваготомій із радикальним втручанням на виразці) і нерадикальні, або паліативні (зашивання, висічення виразки). При цьому в поняття "радикалізм" вкладається по-перше, інтраопераційна корекція одного з основних чинників виразкоутворення, а саме підвищеної кислотності шлунка, яка досягається ваготомією або видаленням частини шлунку з кислотопродукуючою зоною; по-друге – видалення самої виразки, як морфологічного субстрату виразкової хвороби, джерела аутоагресії, аутосенсибілізації.

У деяких роботах операції при перфоративних виразках розділяють на:

1. Радикальні: резекції шлунка, різні види ваготомій із радикальним втручанням на виразці;
2. Умовно радикальні: висічення перфоративної пілородуоденальної виразки з наступною пілоро- або дуоденопластикою, без ваготомії;
3. Паліативні: зашивання перфоративної виразки.

Виділення з паліативних (відповідно до першого розподілу) операцій висічення виразки в окрему групу пояснюється наступними аргументами: по-перше – висічення морфологічного субстрату виразкової хвороби, можливість ревізії задньої стінки пілородуоденальної зони на предмет "дзеркальної" виразки, корекція порушеної моторно-евакуаційної функції шлунка шляхом пілоро- або дуоденопластики якісно відрізняє цю операцію від простого зашивання перфоративної виразки; по-друге – проведення у післяопераційному



періоді патогенетично обґрунтованої антисекретійної та антигелікобактерної медикаментної терапії дозволяє, так би мовити, компенсувати відсутність ваготомії, доповнити операційний радикалізм радикалізмом медикаментним післяопераційним.

### **Характеристика видів оперативних втручань при перфоративних гастродуоденальних виразках**

#### **Зашивання перфоративної виразки**

##### **Покази:**

1. Важкий стан хворого, обумовлений:
  - А. Наявністю термінальної фази розлитого гнійного перитоніту з поліорганною недостатністю;
  - Б. Важкою супутньою патологією у стадії декомпенсації;
  - С. Старечим віком (старше 70 років).
2. Перфорація “німої” виразки у хворих юнацького віку при відсутності виражених інтраопераційних морфологічних змін.
3. Перфорація гострої або “стресової” виразки у хворих після різних оперативних втручань або при наявності важкої основної патології (опіки, нейрохірургічні операції тощо).

##### **Безпосередні та віддалені результати:**

1. Післяопераційна летальність 3–13%
2. Високий рівень ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, обумовлених неліквідованим виразковим процесом:
  - А. Пілородуоденальний стеноз (5–13%);
  - Б. Шлунково-кишкова кровотеча з “дзеркальної” або з незагоєної виразки (2–13%). За літературними даними “дзеркальні” виразки пілородуоденальної зони при перфорації зустрічаються в 10–13% випадків;
  - В. Повторна перфорація (1,5–3,2%);
  - Г. Переродження виразки, що залишилась в рак (2–3%).
3. Незадовільні віддалені результати:
  - А. Рецидиви виразкової хвороби та її ускладнень у 50–80% хворих;
  - Б. Необхідність виконання повторної операції у 35–60% пацієнтів у найближчі 1-5 років

#### **Резекція шлунку**

##### **Покази:**

1. Кальозні виразки шлунку, особливо на малій кривизні;
2. Виразки великих розмірів (“гігантські”) і кальозні з підозрою на малігнізацію;
3. Наявність декомпенсованого стенозу воротаря;
4. Перфорація виразки дванадцятипалої кишки з наявністю кальозної, особливо кровоточивої виразки шлунку.

##### **Умови виконання:**

1. Час з моменту перфорації (у перші 6–8 годин);
2. Вік хворого (до 60–65 років);
3. Відсутність важких супутніх захворювань;
4. Відсутність розлитого гнійного перитоніту;
5. Достатня кваліфікація хірургічної бригади.

##### **Безпосередні та віддалені результати:**

1. **Післяопераційна летальність** становить за даними різних авторів [ ] від 2,6 до 9,8%. При цьому слід мати на увазі, що «даже единичные больные, погибшие после радикальных операций, отобранные из числа больных, поступивших в хирургический стационар в наиболее благоприятном состоянии» [Ю.Е.Березов, А.С.Ермолов, 1970].

2. **Наявність постгастрорезекційних синдромів** (5–30%)

3. **Високий рівень інвалідизації:** перший рік після операції 20–30%, у наступні роки 10–15% [М.И.Кузин, 1978].

#### **Ваготомія із радикальним втручанням на перфоративній виразці**

##### **Покази:**

1. Перфорація виразок пілородуоденальної зони з вираженими морфологічними змінами;
2. Поєднання перфоративної пілородуоденальної виразки з іншими ускладненнями виразкової хвороби (кровотечею, компенсованим і субкомпенсованим стенозом, пенетрацією у гепатодуоденальну зв'язку і підшлункову залозу);
3. Наявність виразкового або шлункового анамнезу;
4. Відсутність розлитого гнійного перитоніту;
5. Відсутність важкої супутньої патології у стадії декомпенсації.

##### **Безпосередні та віддалені результати:**

1. **Післяопераційна летальність** 0,5–1,5%

2. **Післяопераційні ускладнення:**

- а). демпінг-синдром (10%)
  - б). постваготомна діарея (7,5%)
3. **Рецидив виразки** (4–10%)

#### **Ваготомія**

##### **1. Трункулярна (стовбурова) ваготомія (ТВ).**

Найбільш простий та швидко виконуваний варіант органозберігальної операції, що розширює її використання в ургентній хірургії. Значно знижує виробку соляної кислоти в шлунку, при цьому припиняється нервно-рефлекторна фаза шлункової секреції і вагусна стимуляція викиду гастрину; знижується чутливість парієтальних клітин шлунка до стимуляції гістаміном і гастрином. Але в той же час вона найменш функціонально вигідна у порівнянні з іншими видами ваготомій, маючи найбільші відсотки післяопераційних функціональних порушень (постваготомна діарея – до 30%, демпінг-синдром – до 20%, атонія шлунка – до 10%). Хоча деякі автори рекомендують



застосовувати трункулярну ваготомію в будь-якому, в тому числі і молодому, віці при перфоративних пілородуоденальних виразках, ми рахуємо можливим її виконання лише після 50 років.

#### **2. Селективна ваготомія (СВ).**

Полягає у пересіченні всіх шлункових гілок блукаючих нервів із збереженням печінкових і абдомінальних. За основними характеристиками наближена до стовбурової ваготомії, не маючи переваг над нею. Враховуючи, що технічне виконання селективної ваготомії більш складне, то клінічне її використання на сучасному етапі є обмеженим.

#### **3. Селективна проксимальна ваготомія (СПВ)**

Найбільш фізіологічний і функціонально вигідний вид ваготомії, який полягає у повній вагусній денервації кислотопродукційної зони шлунка із збереженням антральнопілоричного механізму злужнення та евакуації. Продукція шлункового соку після СПВ зменшується у 4 рази, а соляної кислоти – у 5-6 раз. Характеризується найменшим рівнем постваготомних розладів (3,9%). Більшість хірургів вважають її операцією вибору, в той же час широкі її використання в практичній ургентній хірургії обмежено тривалістю оперативного втручання та необхідністю високої кваліфікації хірурга.

#### **4. Комбінована ваготомія (КВ)**

В останній час в ургентній хірургії ускладненої виразкової хвороби ДПК почали використовувати комбіновану ваготомію за НіІІ-Barker (передня СПВ, задня ТВ). На підставі проведених досліджень було встановлено, що цей вид ваготомії забезпечує повноцінну денервацію кислотопродукційної зони шлунка, зберігаючи водночас адекватну інервацію пілороантральної зони та воротаря. Клінічні і функціональні наслідки КВ наближаються до таких після СПВ і значно перевищують їх після ТВ. Враховуючи, що виконання КВ займає наполовину менше часу у порівнянні з СПВ і технічно простіше, саме цей вид ваготомії, на нашу думку, може бути операцією вибору при органозберігальних втручаннях з приводу перфоративної пілородуоденальної виразки.

*Хочеться підкреслити, що кожний вид ваготомії, не конкуруючи один з одним, повинен мати свої чіткі покази і протипокази в кожній конкретній клінічній ситуації.*

#### **Радикальне втручання на перфоративній пілородуоденальній виразці**

Нагадаємо, що радикальне втручання на перфоративній пілородуоденальній виразці включає в себе три компонента:

- 1). Висічення самої перфоративної виразки разом з виразковим інфільтратом навколо неї в межах здорових незмінених тканин;
- 2). Ревізія задньої стінки пілородуоденальної зони і, навіть, постбульбарної зони дванадцятипалої кишки на предмет “дзеркальної” виразки з втручанням на останній:

3). Зашивання дефекта кишки шляхом виконання одного з видів пілоро- або дуоденопластики, тобто виконання пілороруйнівної, або пілорозберігальної операції.

1. **Пілороруйнівні операції (пілоропластики)** виконуються, коли виразковий субстрат локалізується в ділянці воротаря і при висіченні перфоративної виразки видалається його частина:

- а). Пілоропластика за Джаддом (при виразках передньої стінки воротаря)
- б). Пілоропластика за Фінеєм (при кальозних великих виразках передньо-верхньо-задньої стінки пілородуоденальної зони, стенозуючих та пенетруючих у гепатодуоденальну зв’язку, підшлункову залозу)

2. **Пілорозберігальні операції (дуоденопластики)** виконуються, коли виразковий субстрат локалізується на 1,5 та більше см дистальніше воротаря і не розповсюджується на нього і при висіченні перфоративної виразки воротар залишається неушкодженим. Існують різні варіанти дуоденопластик: ромбовидна (за Джадом), мостоподібна, циркулярна.

*Слід зауважити, що ні один з існуючих методів операції не можна уніфікувати та абсолютизувати, тому що накопичений колективний досвід хірургів переконує, що не можливо досягнути хороших результатів, притримуючись лише якоїсь однієї тактики. Хірургічна тактика повинна бути диференційованою. Слід говорити не про переваги чи недоліки того чи іншого методу операції, а про найбільш доцільну і раціональну операцію в кожній конкретній ситуації, кожному конкретному випадку.*

У практичній діяльності, в районних та міських лікарнях в останнє десятиліття широко застосовуються радикальні втручання на перфоративній пілородуоденальній виразці (пілоро- або дуоденопластики) без виконання ваготомії. За даними літератури, віддалені результати після цих операцій поступають таким після органозберігальних (з ваготомією), в першу чергу, за кількістю рецидивів (до 40%). Але дослідження останніх років переконливо доводять, що при проведенні у післяопераційному періоді (протягом 7-10 днів після операції) сучасної патогенетично обґрунтованої медикаментної антисекретійно-антигелікобактерної терапії вдається значно покращити як безпосередні, так і віддалені результати лікування, зменшивши відсоток рецидивів виразки до 1-6%.

*Таким чином, після висічення перфоративної пілородуоденальної виразки при неможливості виконання, в силу тих чи інших причин, ваготомії, хворому необхідно призначити у післяопераційному періоді (до виписки із стаціонару) одну із схем сучасної антисекретійно-антигелікобактерної терапії відповідно до міжнародних та вітчизняних рекомендацій (дивися нижче).*

#### **Сучасна антисекретійно-антигелікобактерна терапія**

*Отже, необхідно, щоб хворим з виразковою хворобою, ускладненою перфорацією, після проведення ургентного лікування призначали й іншу*



терапію. Вона повинна бути направлена на :

1) зниження кислотності (за винятком випадків, де у хворого виконана ваготомія);

2) ліквідацію інфекції *Helicobacter pylori*.

Оскільки основними чинниками утворення виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки на сьогодні більшість дослідників вважає інфекцію *H. Pylori* та кислотну агресію шлункового соку, то і лікування повинне бути направлене проти цих чинників.

З цією метою всі препарати для лікування виразкової хвороби можна поділити на дві великі групи: основну (базисну) та допоміжну.

До базисних препаратів (патогенетично обґрунтованої антисекретійно-антигелікобактерної медикаментної терапії) відносять:

1. Антигелікобактерні препарати (безпосередньо впливають на бактерію *H. Pylori*): антибіотики, інгібітори "протонної помпи", препарати вісмуту.

2. Антисекретійні препарати (пригнічують секрецію соляної кислоти і пепсину, підвищують рівень інтрагастральної рН): блокатори  $H_2$ -гістамінових рецепторів, інгібітори "протонної" помпи, антагоністи гастринових рецепторів.

Допоміжні засоби: 1.антациди; 2.гастроцитопротектори (стимулюють слиноутворення та утворення захисної плівки); 3.репаратанти; 4.засоби, що впливають на моторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки; 5.седативні препарати.

Для ерадикації інфекції *H. pylori* найчастіше використовують наступні антибіотики:

**Амоксицилін** (синоніми: флемоксин солютаб, генофарм) – напівсинтетичний пеніцилін, активний відносно грампозитивних та грамотригативних коків, діє бактерицидно. Доза препарату – 1,0 г через 12 годин або 0,5 г через 6 годин per os.

**Метронідазол** (синоніми: трихопол, кліон, ефлоран) – антипротозойний препарат широкого спектру дії. Ефективний відносно анаеробної інфекції.

**Тінідазол** – препарат, який подавляє протозойну інфекцію

**Кларитроміцин** (синонім: клацид) – антибіотик із групи макролідів. Подавляє у мікробній клітині синтез білка. До групи макролідів відносяться також олеандоміцин, еритроміцин, китазаміцин, азитроміцин.

Для пригнічення підвищеної секреції соляної кислоти та пепсину застосовують наступні групи антисекретійних препаратів:

1. **Інгібітори "протонної помпи"**. Гальмують активність  $H^+K^+$ -АТФ-ази в парієтальних клітинах і тим самим блокують завершальну стадію секреції соляної кислоти, що в свою чергу приводить до зниження рівня базальної та стимульованої секреції. Властива також антигелікобактерна дія. На сьогодні існують два покоління інгібіторів "протонної помпи". До першого покоління відноситься омепразол, до другого – пантопразол.

**Омепразол** (синоніми: зероцид, лосек, оmez, оmezол, ортанол). Препарат випускається в таблетках і капсулах по 20 мг. Ефект подавлення секреції

соляної кислоти після одноразового прийому 20 мг препарату триває 18 – 20 годин.

**Пантопразол** (синонім: контролок) випускається в таблетках по 40 мг і в ампулах по 2 мл (40 мг). Призначають 1 раз в день по 40 мг перед сніданком протягом 4 – 6 тижнів. Ефект подавлення секреції соляної кислоти триває більше 20 годин.

Висока ефективність цих препаратів у лікуванні виразкової хвороби пояснюється наступним чином:

1. На сучасному етапі вони є найсильнішими кислотознижувальними препаратами.

2. У процесі лікування не потребують збільшення дози.

3. Чітко встановлений механізм їх дії.

4. Володіють антигелікобактерною активністю і становлять один з основних компонентів лікувальних схем антигелікобактерної терапії.

5. Проста схема їх дозування (1 раз на день).

Однак, інгібітори "протонної помпи" першого покоління (зокрема, омепразол) мають ряд побічних дій: у 18 – 20% хворих при довготривалому їх застосуванні розвивається атрофічний гастрит, а в експерименті на пацюках у 40% випадків препарат індукує карциноподібні клітини шлунка [6]. Тому останнім часом, при можливості, призначають препарати другого покоління (контролок).

2. **Блокатори  $H_2$ -гістамінових рецепторів ( $H_2$ -блокатори)**, яких на сьогодні нараховується уже п'ять поколінь.

А).  **$H_2$ -блокатори першого покоління** – циметидин (синоніми: альтрамет, беламет, гістоділ, тагамет) має високу терапевтичну активність, однак його лікувальна доза досить висока (800–1200 мг на добу) і при тривалому застосуванні спостерігаються різні побічні дії: проноси, головний біль, міальгії тощо. Пригнічує секрецію соляної кислоти всього протягом 8 годин, що обмежує його використання. Значною проблемою препаратів цієї групи є "феномен рикошету", тобто різкого зростання секреції соляної кислоти після відміни препарату та загострення симптомів хвороби.

Б).  **$H_2$ -блокатори другого покоління** – ранітидин (синоніми: гістак, зантак, зоран, раніберл, ранісан, ранігаст). Ранітидин у 3–15 разів активніший за циметидин, пригнічує базальну та стимульовану секрецію соляної кислоти, має значно нижчу терапевтичну дозу – 150 мг, яку призначають 2 рази в день, пригнічує секрецію соляної кислоти протягом 12 годин. При цьому побічні явища зустрічаються значно рідше.

В).  **$H_2$ -блокатор третього покоління** – фамотидин (синоніми: гастросидин, квамател, лецедил, ульфамід). Середня добова доза становить 40 мг. Антисекретійна дія у 20-30 раз вища від циметидину і в 6-8 разів – від ранітидину, без виражених побічних явищ.

Г).  **$H_2$ -блокатор четвертого покоління** – нізатидин (синоніми: галітидин, оксид). Призначають по 300 мг на ніч протягом одного місяця. Для профілактики рецидиву виразки може призначатися по 150 мг протягом одного року.



Д). *H<sub>2</sub>-блокатор п'ятого покоління* – роксатидин. Призначають по 150 мг на ніч протягом 6–8 тижнів. Може бути використаний для профілактики рецидиву виразки (75 мг на ніч до одного року).

Необхідно відмітити, що блокатори *H<sub>2</sub>* – гістамінових рецепторів четвертого і п'ятого покоління в клінічній практиці поки що використовують відносно рідко.

Препаратами вибору, які надзвичайно ефективно зарекомендували себе у клінічній практиці, зокрема при лікуванні шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу, є *H<sub>2</sub>-блокатори* третього покоління (квamatел).

***Останнім часом фармацевтична промисловість випускає комбіновані препарати вісмуту разом з блокаторами H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів – ранітидин-вісмут цитрат (пилорид).***

***3. Препарати вісмуту*** (де-нол, трибімол, субцитрат вісмуту).

Лікувальна дія цих препаратів обумовлена наступними факторами:

1. Вони зв'язуються з білками в ділянці виразкового ураження, утворюючи преципітати в основі виразкового кратера, створюючи на його поверхні захисну плівку, що охороняє від наступної агресивної дії шлункового соку.
2. Колоїдний вісмут ефективно діє на інфекцію *Hp* і тому використовується у комбінації з іншими препаратами для ерадикації *Hp*.
3. Мають цитопротективну дію: збільшують формування слизу і бікарбонатів, стимулюють синтез простагландинів, покращують здатність епітеліальних клітин до регенерації.
4. Ці препарати не блокують виділення соляної кислоти і пепсину і тому можуть застосовуватися у хворих на виразкову хворобу та хронічний гастрит при нормальній та пониженій кислотності.

Існують різні схеми ерадикації інфекції *Hp* у хворих виразковою хворобою: Маастрихтські, американські та російські рекомендації, італійський та французький варіанти тощо. Принциповим у цих схемах лікування є те, що хворому призначають два антибіотики і один антисекретійний препарат. Тривалість лікування – 7-10 днів.

Одною з перших ефективних схем лікування хворих на виразкову хворобу, асоційовану з інфекцією *Hp*, була так звана “австралійська” схема потрійної терапії, запропонована в 1990 році, яка складалася з субцитрату вісмуту 107 мг 5 разів на день, тетрацикліну 250 мг 5 разів на день, метронідазолу 200 мг 5 разів на день. Тривалість лікування – один тиждень. Ефективність ерадикації інфекції *Hp* досягала 85-90 %. ***Комбінація цих препаратів останнім часом випускається фармацевтичною промисловістю під назвою гастростат, гастронак.*** Недоліком запропонованої схеми був частий прийом препаратів (5 разів на день), що в окремих випадках ставало причиною відмови хворого від лікування. Другим недоліком була наявність метронідазол-резистентних штамів *Hp*, що знижувало частоту ерадикації гелікобактерної інфекції до 50 %.

У 1994–1995 р.р. нідерландським гастроентерологом G.Tytgat була запропонована ***схема класичної “потрійної” терапії***, яка включала субцитрат вісмуту 120 мг 4 рази в день, метронідазол 500 мг 3 рази в день і тетрациклін

500 мг 4 рази в день. Курс лікування 7–14 днів. Ерадикація інфекції *Hp* сягала 85–90 %. Рецидив виразки протягом року спостерігався всього у 2–5 % випадків. Однак, широке застосування класичної “потрійної” терапії виявило і ряд її недоліків:

1. Висока частота (до 30%) побічних дій: нудота, блювання, діарея, метеоризм;
2. Велика кількість пігулок, які хворий повинен вжити протягом дня, що часто було однією із основних причин відмови пацієнта від подальшого лікування;
3. Незважаючи на проведення повного курсу терапії, кислотність шлункового соку часто залишалася підвищеною.

У 1996 р. Першим Маастрихтським консенсусом рекомендована “потрійна” терапія з використанням блокаторів “протонної помпи” та двох антибіотиків: омепразол 20 мг 2 рази в день (або лансопразол 30 мг 2 рази в день, або пантопразол 40 мг 2 рази в день), метронідазол 400 мг 2 рази в день, амоксицилін 1,0 г 2 рази в день. Тривалість лікування – 7 днів. Ерадикація інфекції *Hp* – понад 80%.

***Сучасні концепції діагностики та лікування інфекції Helicobacter pylori висвітлені у базовому документі, прийнятому у вересні 2000 року країнами Єврозою в Маастрихті, більше відомому як Маастрихтський консенсус 2-2000.***

Відповідно до рекомендацій консенсусу проведення антигелікобактерної ерадикаційної терапії обов'язкове у наступних випадках.

1. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, виразковій хворобі шлунка (у стадії загострення або ремісії, включаючи ускладнені виразки).
2. При MALT-лімфомі та атрофічному гастриті.
3. Після резекції шлунка з приводу раку, а також найближчим родичам хворих на рак шлунка.
4. При побажанні пацієнтів після консультації з лікарем.

Проведення ерадикаційної терапії доцільно при функціональній диспепсії і прийомі нестероїдних протизапальних препаратів, а також при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.

Відповідно до рекомендацій Маастрихтського консенсусу-2 розрізняють ***терапію першої та другої лінії.***

***До терапії першої лінії входять три компоненти: інгібітор протонної помпи (омепразол, лансопразол, рабепразол) або ранітидин вісмут цитрат, кларитроміцин та амоксицилін або метронідазол.***

***У випадку неуспішної ерадикації Hp призначають терапію другої лінії, до якої входять чотири компоненти: інгібітор протонної помпи, препарат вісмуту (субцитрат або субсаліцилат), метронідазол, тетрациклін.***

***В ерадикаційних схемах використовують наступні дози антибактеріальних препаратів: амоксицилін по 1000 мг 2 рази в день, метронідазол по 500 мг 2-3 рази в день, тетрациклін 500 мг 4 рази в день, кларитроміцин по 500 мг 2 рази в день.***



17 травня 2000 року був прийнятий проект Рекомендацій об'єднаного пленуму правління Наукового товариства хірургів України та Українського товариства терапевтів з питань діагностики та лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

У проекті, зокрема, вказується, що необхідним мінімумом інструментальної діагностики виразок шлунка та дванадцятипалої кишки є фіброгастродуоденоскопія з біопсією з виразкового дефекту, антрального відділу, передньої та задньої стінок тіла шлунка, морфологічним дослідженням біоптатів та дослідженням отриманих біоптатів на присутність *Helicobacter pylori* (або виявлення антитіл до Нр імунологічним способом). По завершенні лікування при виразках шлунка рекомендується виконати ФГДС з множинною біопсією з 4-5 ділянок шлунка та дослідження отриманого матеріалу на наявність Нр; при виразках ДПК повторна ФГДС не рекомендується через можливість ятрогенного реінфікування, а ефективність антибактеріальної терапії доцільно контролювати через місяць після завершення лікування неінвазивними методами (дихальний тест, антигени Нр у калі).

*В якості першої лінії лікування Нр-асоційованих пептичних виразок у проекті пропонуються дві схеми "потрійної" терапії, які добре зарекомендували себе в Україні: інгібітор протонної помпи (омепразол, лансопрозол, контролок) + кларитроміцин + амоксицилін; або інгібітор протонної помпи + кларитроміцин + метронідазол тривалістю 7–14 днів. У випадку відсутності ерадикації після первинного антигелікобактерного лікування рекомендується "резервна" лінія лікування – квадротерапія: інгібітор протонної помпи + тетрациклін + колоїдний вісмут + метронідазол тривалістю 10 днів.*

У проекті Рекомендацій виділяють абсолютні та відносні показання до оперативного лікування пептичних виразок. Абсолютні – перфорація виразки, рецидивні виразкові кровотечі, малігнізація виразки, стеноз шлунка або дванадцятипалої кишки з порушенням евакуації. Відносні – кальозні та пенетруючі виразки без тенденції до загоєння, особливо виразки, які повторно кровоточать; виразки великої кривизни і кардіальної частини шлунка, які найчастіше малігнізуються; поєднання виразки шлунка і дванадцятипалої кишки; а також виразки, які не гояться після 12 тижнів повноцінного консервативного лікування. У хворих з виразковою хворобою, ускладненою перфорацією або кровотечею, вибір методу операції повинен базуватися на визначенні вираженості патологічного процесу та важкості стану хворого: при необхідності швидкого завершення операції допускається ваготомія з видаленням виразки та пілоропластикою; можливість виконання радикальної операції обумовлена відсутністю перитоніту, помірною крововтратою, компенсованим станом хворого.

У проекті підкреслюється, що після операцій, при яких не виконувалася ваготомія або резекція шлунка, необхідне лікування, направлене на ерадикацію Нр, при умові її наявності відповідно до наведених вище схем.

### *Правила застосування антигелікобактерної терапії наступні:*

1. Якщо застосована схема лікування не привела до ерадикації Нр, використовувати її повторно для лікування даного хворого не доцільно.
2. Якщо застосована схема лікування не привела до ерадикації Нр, це означає, що бактерія стала стійкою до одного з компонентів даної схеми.
3. Якщо використані різні схеми ерадикації інфекції Нр не дали позитивного ефекту, то необхідно визначити чутливість бактерії Нр до застосованих препаратів.

Для Нр-від'ємних пацієнтів (у яких виразкова хвороба не асоційована з гелікобактерною інфекцією), а також при неефективній ерадикації інфекції Нр, розрізняють декілька видів протирецидивної антисекреторної терапії: тривала підтримувальна терапія; терапія за вимогою; терапія у вихідні дні.

*I. Тривала підтримувальна терапія* при виразковій хворобі шлунка проводиться протягом двох років, при хворобі дванадцятипалої кишки – протягом трьох років. При застосуванні Н<sub>2</sub>-блокаторів частота рецидивів знижується до 20–30%, інгібіторів протонної помпи – до 6–13%.

Основні покази:

1. Неефективне лікування гелікобактерної інфекції.
2. Ускладнений перебіг пептичної виразки (кровотечі або перфорація в анамнезі).
3. Грубі рубцеві зміни слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки з явищами перивісцериту.
4. Наявність супутніх захворювань, які потребують застосування нестероїдних протизапальних препаратів (наприклад, комбінація виразкової хвороби і ревматоїдного артрити).
5. Супутній рефлюкс-гастрит.
6. Паління.

*II. Терапія за вимогою.* Застосовується при появі перших ознак загострення хвороби. У таких випадках перші 3–4 дні препарат, який допомагав, призначають у повній терапевтичній дозі, а в подальшому протягом двох тижнів – у половинній дозі.

*III. Терапія у вихідні дні* – це коли підтримувальна доза антисекреторного препарату приймається тільки у п'ятницю, суботу і неділю.

Крім базових препаратів антигелікобактерної та антисекреторної терапії для лікування хворих на виразкову хворобу використовують і симптоматичну терапію допоміжними препаратами, яка направлена на усунення того чи іншого симптому (болю, печії тощо).

Найчастіше застосовують наступні групи препаратів та методи лікування:

1. М<sub>1</sub> – холінолітики: гастроцепін, атропіна, метацин, амізіл;
2. Антациди: мегалак, маалокс, гідрокарбонат натрію, альмагель, фосфалогель, алюмаг, гестид;
3. Гастроцитопротектори, що стимулюють слиноутворення (мізопропростол, енпростил) або утворюють захисну плівку (сукральфат, вентер);



4. Препарати, що стимулюють репаративні процеси (репаранти): метилурацил, етаден, масло обліпихи;
5. Засоби, що впливають на моторну функцію шлунку і дванадцятипалої кишки: но-шпа, бускопан, цизаприд;
6. Заспокійливі (седативні): саносан, персен, новопасит, еглоніл.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Афендулов С.А., Смирнов А.Д., Журавлєв Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2002. – № 4. – С. 48–51.
2. Бойко В.В., Далавурак В.П., Пономарев Л.А., Донец Н.П. Хирургическое лечение осложнённых форм язвенной болезни // 36. наук. статей по матеріалах ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 1. – С. 12 – 14.
3. Короткий В.М., Колосович І.В. Фармакотерапевтичні аспекти раннього післяопераційного періоду у хворих з ускладненою гастродуоденальною виразкою // Клінічна хірургія. – 2002. – № 2. – С.15 – 18.
4. Мамчич В.І., Шуляренко В.А., Шевнюк М.М. та інші. Актуальні питання хірургії виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки // 36. наук. статей по матеріалах ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 1. – С. 19 – 20.
5. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. – Изд-во Саратов. ун-та, 1983. – 168 с.
6. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложнённых дуоденальных язвах. – М.: Медицина, 1979. – 159 с.
7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – № 3. – С.43–49.
8. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь. Прошлое. Настоящее. Будущее в мире и в Украине. – К., 2003. – 256 с.
9. Русин В.І., Ковальчук І.О., Рогач І.М. та інші. Стандарти подання невідкладної хірургічної допомоги населенню Закарпаття. – Ужгород, 2000. – 115 с.
10. Сасенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе // Клінічна хірургія. - 2003. – № 3. – С. 5–8.

11. Современные концепции лечения инфекции, связанной с *H. pylori*. Маастрихтский консенсус 2 – 2000, 21 – 22 сентября 2000 г. // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – № 2. – С. 70 – 71.

12. Тутченко М.І., Рошин Г.Г., Клименко П.М. та інші. Лікування пілородуоденальної виразки, ускладненої перфорацією // Клінічна хірургія. – 1998. – № 9. – С. 26 – 27.

13. Украинский консенсус по диагностике и лечению язвенной болезни. Рекомендации объединённого Пленума правления научного общества хирургов и Украинского общества терапевтов по проблеме язвенной болезни // Доктор. – 2000. – № 3. – С. 36 – 37.

14. Фатула Ю.М. Комплексне лікування перфоративних пілородуоденальних виразок з урахуванням гелікобактеріозу та стану кислотності шлунка: Автореф. дис....канд. мед. наук. – Львів, 2003. – 18 с.

15. Черноусов А.Ф., Богомольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1996 – 256 с.

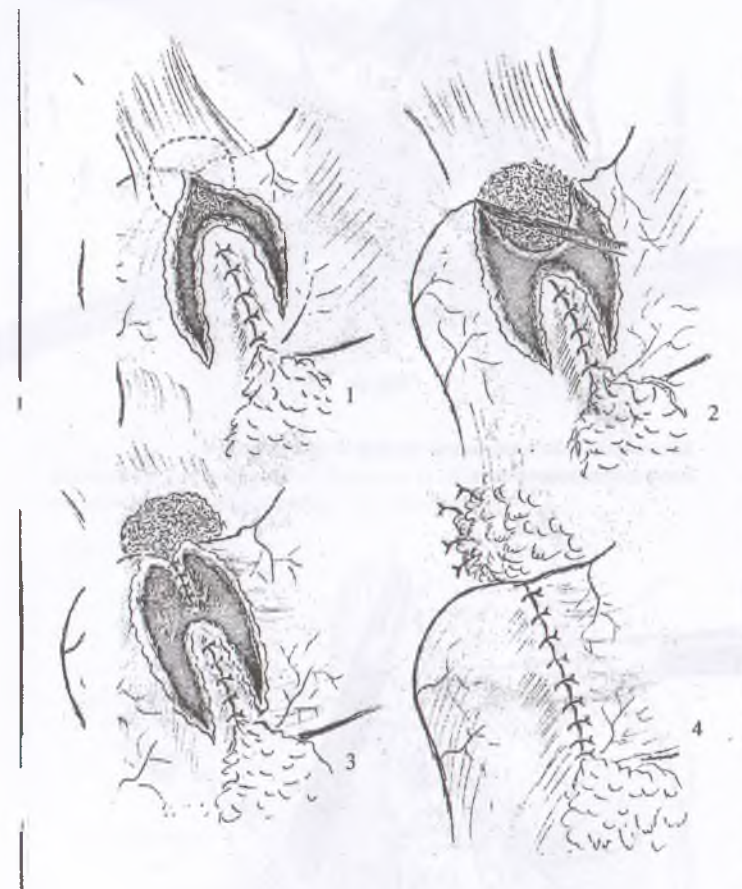
16. Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Леськів Б.Б. Порівняльна оцінка віддалених результатів хірургічного лікування ускладненої гастродуоденальної виразки // Клінічна хірургія. – 2002. – № 9. – С. 14 – 16.

17. Kate V., Ananthakrishnan N., Badrinath S. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies // Br. J. Surg. – 2001. – Vol. 88, № 8. – P. 1054 – 1058.

18. Ng E.K., Lam Y.H., Sung J.J. et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial // Ann. Surg. – 2000. – Vol. 231, № 2. – P. 153 – 158.

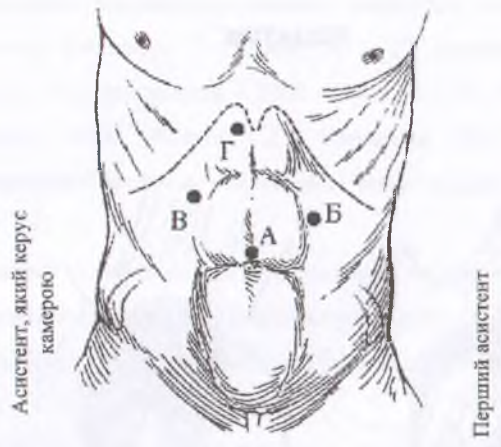
## ДОДАТОК

### 8.1 Малюнки



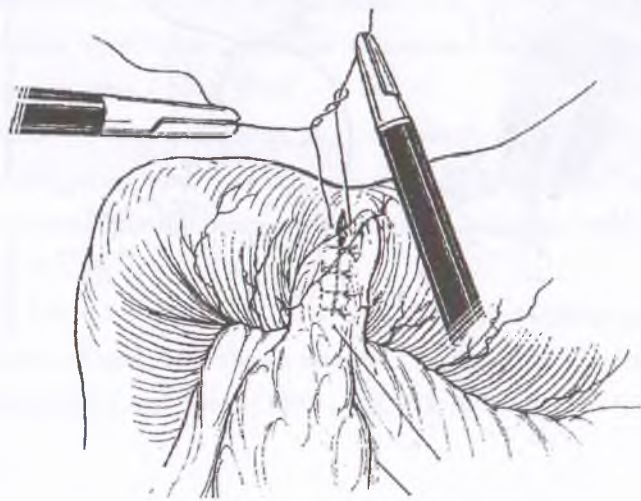
Малюнок 1. Техніка виконання екстериторизації виразки (виведення виразки з просвіту травного каналу)





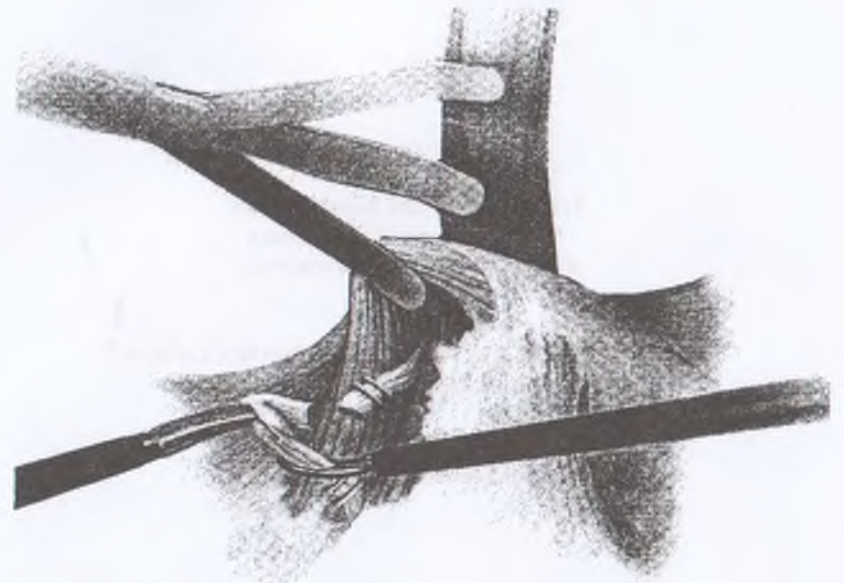
Хірург

Малюнок 2.2 Розташування трокарів при ушиванні перфоративної виразки

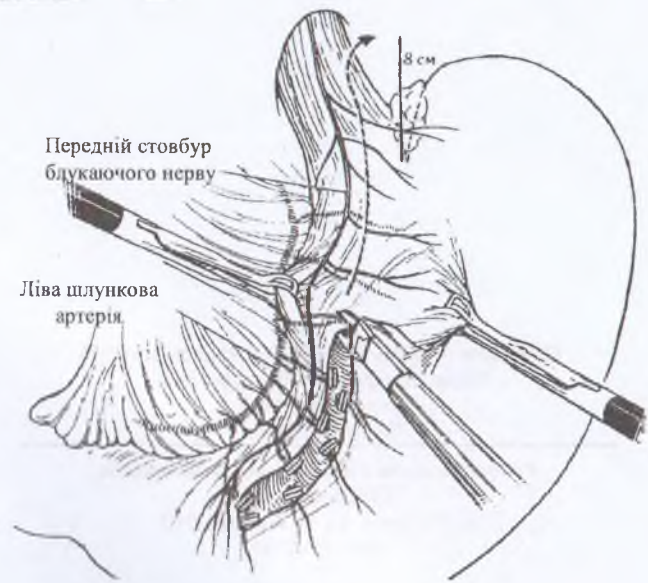


Пасмо сальника

Малюнок 2.3 Закриття лінії швів пасмом сальника при лапароскопічній операції



Малюнок 3.1. Комбінована ваготомія за Hill-Barker: пересічення заднього стовбуру блукаючого нерву



Малюнок 3.2. Передня СПВ

Навчальне видання

**Пацкань Богдан Михайлович  
Фатула Юрій Михайлович  
Росул Мирослав Васильович**

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК**

**Методичні рекомендації**

Підписано до друку 23.12.2013 р. Формат 60x90/16  
Папір друкарський. Друк офсетний.  
Умовн. друк. арк. 1,1  
Наклад 100 прим.

---

*Розтиражовано з готових оригінал-макетів  
ПП Данило С.І.  
м. Ужгород, пл. Ш.Петефі, 34/1  
Тел.: 61-23-51*