

В.Г. Кравченко

Медико-консультативний центр «Медіпол», Полтава

Особливості сучасної епідеміології, клінічного перебігу і терапії контагіозного молюска

Епідеміологічний аналіз свідчить про почастищення захворюваності на контагіозний молюск. Детально описано епідеміологічні обставини рідкісного захворювання контагіозним молюском двомісячної дитини, інфікованої матір'ю, у якої клінічно і лабораторно встановлено діагноз атипового контагіозного молюска (солітарна форма). Дитина з 1,5 міс перебувала на штучному вигодовуванні, а в 9 міс виявлена глистова інвазія — аскаридоз. Наголошується на ролі зниженої імунологічної реактивності у виникненні та перебігу захворювання. Зосереджено увагу на обов'язковому клінічному обстеженні батьків малолітніх дітей, особливо тих, які не відвідують дитячі заклади. Розробка головного напрямку в терапії інфекції, на думку автора, повинна йти двома шляхами: пошуком оптимальних імуномодуляторів і розробкою ефективного локального засобу знищення вірусу, максимально прийнятної і бажаної для пацієнта. Рекомендується застосування «Цидіполу» в комбінації з цинку оксидом (у порції 1:0,8—1:1) після деструкції патологічних елементів, засноване на доведених антивірусних, антибактеріальних і протизапальних властивостях препарату з метою ліквідації фокально-періфокального артифіціального запалення.

Ключові слова

Контагіозний молюск, епіданаліз, атиповий перебіг, деструкційні методи лікування.

Контагіозний молюск (КМ) — синоніми: *Molluscum contagiosum*, заразливий молюск, епітеліальний молюск, контагіозна епітеліома — це антропонозно-вірусна інфекція шкіри, яка спостерігається відносно рідко, частіше в країнах з жарким і вологим кліматом. Хвороба уражає представників усіх рас. Збудника хвороби вперше описав Waterman в 1814 р. [8], а вірусну його належність визначив Juliusberger в 1905 р. [1]. Природний резервуар молюскового вірусу точно не встановлений, припускають, що вірус споріднений зі збудником пташиної віспи [25]. Із 4 відомих нині вірусів КМ найбільш поширеним вважають молюсковий вірус типу MCV-1, і реєструють його переважно у дітей [2, 18]. Вірус уражає людину будь-якого віку, проте хворіють найчастіше діти у віці від 1 до 4 років. У малюків до року захворювання буває дуже рідко, ймовірно, через передаваний матір'ю імунітет через грудне молоко, хоча відомі спостереження за 8 хворими дітьми віком до року [1]. У дорослих захворювання все частіше реєструють після тривалої кортикостероїдної терапії [25]. Пошире-

ність КМ у світі висвітлено в доступних нам медичних часописах мало. За приблизними даними, захворюваність коливається від 1,2 до 22 % у популяції [10]. Існують відомості й про збільшення реєстрації хворих, наприклад у США, за 17 років (1966—1983) в 11 разів, а у Великій Британії за 10 років (1970—1980) — у 4. При ВІЛ/СНІД КМ реєструють у 8—15 % хворих [1, 2, 8]. За свідченнями вітчизняних дослідників, динаміка захворюваності на КМ має неспростовну тенденцію до зростання: за 15 років (1994—2009) хворих у кримському регіоні стало більше в 5 разів [1, 14]. З огляду на це необхідно поліпшити облік згаданого дерматозу і проаналізувати захворюваність у реальному часі, запровадивши, принаймні на відомчому рівні, реєстрацію хворих на КМ по всій країні. Адже може йтися про реальне зростання кількості хворих з цією патологією, пов'язане, насамперед, з клімато-географічними умовами, а також з чинниками екологічного стану, що провокують зниження загальної імунологічної реактивності у населення загалом.

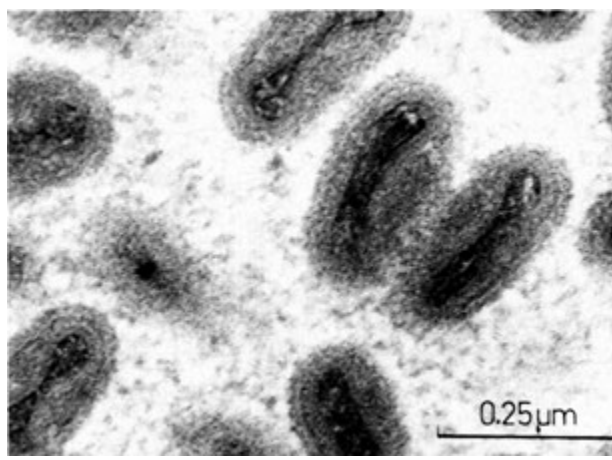


Рис. 1. Електронно-мікроскопічне зображення вірусу контагіозного моллюска (за Т. Nasemann, 1979)

Тривалість інкубаційного періоду КМ досить різний — в середньому $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ міс. У дитячих колективах можливі епідемічні спалахи інфекції внаслідок зараження при користуванні спільними речами, але деякі дослідники вважають, що діти одне від одного інфікуються не часто [18]. За умови достатнього імунітету патологічні елементи тримаються не більше 6 міс і спонтанно зникають, але можливе існування хвороби тривалістю від 6 міс до 5 років і навіть більше внаслідок перманентної автоінокуляції збудника і ослаблення імунітету [1, 6, 10]. З цих позицій рекомендації деяких спеціалістів не лікувати хворих, а очікувати самовилікування, не є виправданими [11]. Особливо це стосується дітей, що відвідують дитячі заклади, і їхніх працівників. Сприяють зараженню мікроушкодження — порушення цілісності епідермісу, є повідомлення про зараження КМ під час татуювання [19]. У дорослих зараження моллюском відбувається частіше статевим шляхом. Локалізується висип на шкірі статевих органів і навколостатевих ділянках шкіри [10, 18]. І хоча зараження КМ пов'язують із сексуальними контактами, зараховувати його до істинних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, з нашого погляду, не зовсім коректно.

Перебіг КМ зазвичай суб'єктивно-безсимптомний, але інколи супроводжується маловідчутним свербежем висипів. Найчастіше локалізується висипка на шкірі тилу кистей, шиї, обличчі, верхній половині грудей. Дерматоз проявляється папулами рожевого або тілесного кольору, інколи спостерігають елементи перлинно-білого кольору, дещо блискучі за бічного освітлення. Папули сферичні або напівсферичні, круглої форми, діаметром 1–3 мм, у дорослих спостерігаються більші, у вигляді вузлів до 5 і

навіть 10 мм (так звана солітарна форма КМ). У центрі елементів промітна пупкоподібна заглибина, найкраще помітна у разі легкого заморожування рідким азотом [18]. Під час натискання на папули пінцетом з боків виділяється кашкоподібна маса сірувато-білого кольору.

Діагностика КМ загалом не тяжка і ґрунтується головним чином на типовій клінічній картині захворювання, проте за атипового перебігу або нечітких клінічних ознак необхідні додаткові мікроскопічні і/або патогістологічні дослідження [5, 16, 18]. Мікроскопію вмісту елементів проводять забарвленням за методами Грама, Гімзи–Романовського, Папаніколау або Райта, за допомогою яких виявляють внутрішньоклітинно розташовані вірусні тільця [18, 22]. Важливими є методи ІФА та ПЛР [2, 6]. У разі нетипового характеру хвороби висип диференціюють з плоскими бородавками, базаліомою, міліум, сирингомою, ксантомою, невоксантоендотеліомою, ксантелазмою [25]. Електронно-мікроскопічне зображення вірусу КМ представлено на рис. 1 (за Т. Nasemann, 1979).

Специфічного і загальноприйнятого лікування КМ нині не існує. З метою системної терапії були спроби застосування гризеофульвіну [23], іносіплексу [20], але вони не знайшли широкого визнання. Вважають за доцільне використання імуномодуючих засобів — протеклазиду, віферону, циклоферону в поєднанні з локальною дією на інфекційний афект кріотерапії снігом вуглекислоти [1]. Для ліквідації моллюскових афектів пропонують багато різних методів, головними з яких є деструкція збудника: кюретаж гострою ложечкою Фолькмана, евісцерація (вилущування тонким пінцетом, комедонокстрактором), електрокоагуляція, кріо- та лазеротерапія [15, 17, 21, 24, 26, 28]. Пропонують також лікарські препарати місцевої дії, переважно для припікання [12, 13], антисептичні засоби [27]. За кордоном використовують креми «Іміквомод», «Алдара», «Інфектодел», «Молюстин», але їх або зовсім не можна застосовувати у дітей, або тільки після 2–3 років. Слід зазначити, що всі деструктивні методи болючі й потребують анестезії, сприяють дисемінації процесу, супроводжуються фокальним і перифокальним запаленням [1, 16]. З метою запобігання розвитку вторинної мікрофлори і зменшення реактивного запалення в місцях постдеструктивних втручань рекомендовано застосування тетрациклінової мазі [25], лініменту антисептика «Цидіполу» у поєднанні з цинку оксидом [4] та ін.

Важливою складовою в подоланні моллюскової інфекції є профілактичні заходи, зокрема обов'язкові систематичні обстеження дітей до-

шкільних дитячих закладів і шкіл задля раннього виявлення хворих, їхня ізоляція від колективу, заборона на час лікування відвідувати плавальні басейни, спортивні зали і т. ін. Дорослим пацієнтам з локалізацією висипів на статевих органах і навколостатевій зоні рекомендують уникати статевих контактів до одужання, важливим є обстеження їхніх партнерів.

В Україні не проводять офіційної реєстрації хворих на заразливий моллюск, як і не існує обов'язкової статистичної звітності. Дані про захворюваність, клінічні випадки із практики численної армії дерматологів у професійних часописах висвітлюють рідко. Бракує інформації про порівняльну ефективність методів лікування, як і пропозицій чи наукових розробок нових способів і засобів терапії. А публікації таких матеріалів є неодмінною складовою професійного збагачення і удосконалення, особливо молодій генерації дерматологів. В останніх два роки ми спостерігали 5 хворих на КМ дитячого віку, але складається враження, що таких недужих чимало. Тому вкрай важливі дослідження сучасної епідеміології КМ. З огляду на це вважаємо за цілком доречну нашу інформацію про випадок моллюскової інфекції, а саме про вкрай рідкий епідемічний сімейний осередок, у якому захворювання КМ розпочалося у новонародженого на 2-му місяці життя і джерелом інфекції була його мати. Так, 21.12.2016 р. до мене звернулися батьки хлопчика віком 1 рік і 2 тиж, у якого, починаючи з кінця 2-го місяця життя, триває захворювання шкіри.

Акушерський анамнез: мамі 19 років, вагітність і пологи перші. Вагітність перебігала нормально. Хлопчик народився доношеним, маса тіла при народженні 3690 г, зріст 56 см. Грудне годування припинено через 1,5 міс у зв'язку із нестачею грудного молока. Із анамнезу хвороби встановлено, що батьки спочатку помітили вузлик приблизно 2 мм у діаметрі блідо-рожевого кольору на тильній поверхні правого зап'ястя. Вузликовий елемент не супроводжувався суб'єктивними відчуттями, на які б реагував малюк. Останній існував 4 міс без помітних змін, а потім з'явилися ще 4–5 дрібніших елементів на шиї й підборідді. Батьки звернулися до лікаря, який встановив діагноз контагіозного моллюска на підставі клінічної картини (цитуємо батьків): «отримання кашкоподібної маси при надавлюванні пінцетом на перший вузлик». Лікар заспокоїв батьків і переконав, що захворювання минеться самостійно через певний час. Дитина контакту з іншими особами, крім батьків, не мала. На 8–9-му місяці кількість елементів знову збільшилася (до 10), поширившись на шкіру розгинальної

поверхні передпліч, грудної клітки і біля пахв. Збільшення висипів, зі слів батьків, збіглося в часі із захворюванням дитини на гостру респіраторно-вірусну інфекцію з підвищенням температури тіла в розпал хвороби до 39,7 °С, яка трималася 5 діб. Дитині призначено антибіотик «Амотакс» на 6 діб. Приблизно в цей же час мама помітила в калі дитини аскариду завдовжки 5–6 см. Через 3 тиж у дитини повторилася респіраторна інфекція, з приводу якої теж було застосовано антибіотики. На 11-му місяці кількість елементів знову збільшилася на обох ручках і додатково на шиї й підборідді. Об'єктивно під час огляду дитини: хлопчик відповідає своєму віку, нормальної угодваності, активний, вільно пересувається на ніжках. Шкіра за межами ураження нормального забарвлення, тургору, вологості. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Слизова оболонка рота, мигдаликів рожевого кольору. Локальний статус: на шиї, обох ручках, шкірі грудної клітки дисеміновані сферичні й напівсферичні папули блідо-рожевого і рожевого кольору діаметром 1–2–4 мм. На поверхні більших папул у центрі помітні заглиблення. Клінічний діагноз: дисемінована форма КМ. У клінічних аналізах крові і сечі від 23.12.2016 р. без особливостей. Хлопчикові призначено антигельмінтну терапію «Зентелом», одночасно лікування призначене батькам. Із психологічних міркувань (великий стрес для дитини!) рекомендація провести деструктивну терапію моллюсків виявилася неприйнятною для батьків і не дістала схвалення у спеціалістів через велику кількість моллюскових елементів. Було призначено препарат «Базука-гель для малят», продукт Великобританії (суміш саліцилової і молочної кислоти) для щоденного припалювання елементів. Оскільки припалювання супроводжувалося реактивним артифіційним запаленням, припечені місця відразу змащували антисептичним препаратом «Цидіпол» у поєднанні з цинку оксидом [4]. Під впливом терапії уже через 2–3 доби значно зменшилася запальна реакція *in loco* (рис. 2). У зв'язку із великою кількістю моллюскових елементів лікування тривало кілька тижнів і закінчилося повним одужанням хлопчика. Але головна особливість цього випадку полягала в епідеміологічному аспекті. Так, приблизно через тиждень від початку лікування мама поскаржилася на якийсь «вузлик» у неї. Під час детального опитування встановлено, що «вузлик» з'явився за 3–4 міс до пологів, приблизно через 3 тиж після купання в термальному басейні за кордоном. І хоча «вузлик» її суб'єктивно не турбував, а тільки збільшувався, вона зверталася до дерматолога, який встановив діагноз «дерма-



Рис. 2. Хлопчик віком 1 рік 2 міс через 3 доби лікування

тофіброми» і порадив хірургічне видалення, від чого вона відмовилася. Під час огляду на внутрішній поверхні верхньої третини правого стегна виявлено безболісне вузлувате утворення рожево-синюшного кольору, трохи блискуче, округлої форми діаметром 10 мм із западанням у центрі. Під час натискання на нього з боків пінцетом вичавилася кашкоподібна сирниста маса. Під час мікроскопії вмісту із забарвленням за методом Гімзи—Романовського виявлено внутрішньоклітинно розташовані «молюскові вірусні тільця». Діагноз: «солітарна форма КМ». Повної ліквідації КМ і реактивного фокального запалення досягнуто після криодеструкції й змащування осередку цинк-цидіполовим лініментом. Під час клінічного обстеження батька проблем зі шкірою не виявлено. Таким чином, можна дійти висновку, що епідеміологічному аналізу захворюваності на КМ нині надають недостатньої уваги, а хвороба спостерігається частіше, ніж спонтанно реєструють практикуючі лікарі. Ми засвідчили низку клініко-епідеміологічних особливостей захворювання: по-перше, встановлено можливість внутрішньосімейного епідемічного осередку захворювання, виявлено атиповий перебіг молюскової інфекції (солітарний молюск) у джерела зараження дитини; по-друге, захворювання новонародженого сталося і перебігало на тлі зниженої імунобіологічної реактивності, зумовленої, з одного боку, нетривалим вигодовуванням малюка материнським молоком, з іншого — гельмінтозом; по-третє, захворювання у малюка розпочалося через 2 міс після народження з тривалим перебігом дисемінованої форми КМ (понад рік), що є рідкісним клінічним явищем.

Нині для терапії КМ використовують переважно локально-деструктивні методи, які су-

проводжуються артифіційними запально-ексудативними явищами. З метою мінімізації фокального і перифокального запалення і забезпечення допоміжної протівірусної і антибактеріальної дії встановлено раціональність використання антисептичного лікарського засобу «Цидіпол» у комбінації з цинку оксидом (у пропорції 1:0,8—1:1). Цей позитивний терапевтичний феномен можна пояснити тим, що дегідратуюча дія цього комплексу проявляється стосовно як артифіційно запальнозмінених тканин, так і, ймовірно, на залишки молюскових тілець, а ліквідація гіпергідратації тканин сприяє відновленню в них належної мікроциркуляції і нормалізації обмінних процесів. Саме це забезпечує не тільки швидке зменшення реактивного запалення, а й одночасну антибактерійну і протівірусну дію комплексу [3, 4, 7]. І все ж таки застосування деструктивних методів у ранньому дитячому віці, на наш погляд, не є оптимальним, принаймні з психоемоційних міркувань, особливо в разі поширених проявів КМ. Отже, оптимізація методів терапії молюскової інфекції на сьогодні полягає в двох паралельних площинах: розробленні достатньо ефективних локальних засобів знищення КМ-вірусу, максимально прийнятних для пацієнтів і лікарів, та пошуку специфічних протимолюскових імунотропних препаратів. З урахуванням контагіозного характеру молюскової інфекції будь-яке позитивне завершення хвороби настає лише тоді, коли одночасно проведено протиепідемічні заходи. Тому важливою є потреба в обов'язковому і ретельному обстеженні батьків малюків, хворих на КМ, особливо тоді, коли діти не перебувають у тісному контакті з іншими дітьми, тобто так звані неорганізовані.

Список літератури

1. Витенчук С.З. Криотерапия снегом углекислоты как эффективный метод лечения больных контактиозным моллюском // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2011. — № 1 (40). — С. 56–59.
2. Кондрахина И.Н., Кубанова А.А., Резайкина А.В. Клинико-эпидемиологические особенности у детей, больных контактиозным моллюском // Вестн. дерматол. и венерол. — 2007. — № 2. — С. 25–27.
3. Кравченко В.Г. Антисептичний лікарський засіб з широким спектром фармакологічної дії. Державний патент України на винахід. — 2016. — № 112956. — 7 с.
4. Кравченко В.Г. Контагіозний моллюск: сучасний стан проблеми // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. — 2016. — № 1–4. — С. 37–41.
5. Кубанова А.А. и др. Кожные болезни. — М.: Геотар-Медицина, 1999. — 58 с.
6. Кубанова А.А. и др. Дерматовенерология: клин. реком. — М.: ДЕКС-Пресс. — С. 49–51.
7. Лебедюк М.М., Кравченко В.Г., Запольський М.Е. Експериментальне дослідження і клінічна оцінка противірусних властивостей цидіпола: матер. доп. наук.-практ. конф. УАЛДВК. — Тернопіль, 2016.
8. Мазитов А.П., Кондрахина Н.П. Современные аспекты патогенеза и лечения контактиозного моллюска // Вестн. дерматол. и венерол. — 2002. — № 5. — С. 12–13.
9. Молочков А.В., Ермилова А.И. Случай генерализованного контактиозного моллюска на фоне длительного приема кето-стероидов // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2007. — № 2. — С. 52–54.
10. Рахматулина М.Р., Чикин В.В., Зиганшин О.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных контактиозным моллюском. — М., 2015. — 10 с.
11. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. — СПб: Специальная литература, 1997. — С. 44–45.
12. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Вирусные дерматозы // Кожные и венерические болезни: руководство для врачей в 2 т. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 443–465.
13. Студинин А.А., Туранов Н.М. Справочник дерматовенеролога. — М.: Медицина, 1964. — С. 130.
14. Шевела О.Г., Витенчук С.З. П'ятирічний досвід криотерапії захворювань та новоутворень шкіри снігом вуглекислоти (до сторіччя методу // Дерматовен., косметол., сексопатол. — 2006. — № 1–2 (9). — С. 127–132.
15. Binder B., Weger W., Komericki P., Kopera D. Treatment of molluscum contagiosum with a pulsed dye laser: Pilot study with 19 children // J. Dtschen Dermatol. Gesundh. — 2008. — N 6 (2). — P. 121–125.
16. Brauning W., Bork K. Klinisches und histologisches Spektrum atypischer Mollusca contagiosa // Aktual. Dermatol. — 1984. — Vol. 10, N 3. — P. 107–110.
17. Chatproedprai S., Suwannakarn K., Wanankul S. et al. Efficacy of pulsed dye laser (585 nm) in the treatment of molluscum contagiosum subtype 1. Southeast // Asian J. Trop. Med. Public Health. — 2007. — Vol. 38 (5). — P. 849–854.
18. Fitzpatrick T.B., Johnson R.A. et al. Clinical Dermatology. — New York / Пер. с англ. — М.: Практика, 1999. — 1044 с.
19. Foulds I. Molluscum contagiosum: An unusual complication of tattooing // Brit. Med. J. — 1982. — N 6342. — P. 607–607.
20. Gross G., Jogerst Ch., Schopf E. Systemic treatment of Mollusca contagiosa with inosiplex // Acta dermatovenerolog. — 1986. — N 1. — P. 76–80.
21. Hanna D., Hatami A., Powell J. et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children // Pediatr. Dermatol. — 2006. — N 23 (6). — P. 574–579.
22. Hanson D., Diven D.G. Molluscum contagiosum // Dermatol. Online J. — 2003.
23. Kapur T.R. Griseofulvin Therapy in Molluscum Contagiosum (A Case Report) // Indian J. Derm. Venerol. — 1976. — Vol. 2, N 2. — P. 90–92.
24. Michel J.L. Treatment of molluscum contagiosum with 585 nm collagen remodeling pulsed dye laser // Eur. J. Dermatol. — 2004. — Vol. 14 (2). — P. 103–106.
25. Nasemann T., Sauerbrey W. Hautkrankheiten und venerischen Infektionen. — Berlin-New York, 1979. — P. 55–56.
26. Resnik S.S. A simplified surgical management of lesions of molluscum contagiosum // J. Dermatolog. Surg. Oncol. — 1980. — N 12. — P. 982–983.
27. Stanka P. Bemerkungen zur Begandlungdes Molluscum contagiosum // Hautarzt. — 1977. — N 28 (4). — P. 208–209.
28. Valentine C.L., Diven D.G. Treatment modalities for molluscum contagiosum // Dermatol. Therapy. — 2000. — M 13. — P. 285–289.

В.Г. Кравченко

Медико-консультативный центр «Медитол», Полтава

Особенности современной эпидемиологии, клинического течения и терапии контактиозного моллюска

Эпидемиологический анализ свидетельствует об учащении заболеваемости контактиозным моллюском. Детально описаны эпидемиологические обстоятельства редкого заболевания контактиозным моллюском двухмесячного ребенка, инфицированного матерью, у которой клинически и лабораторно установлен диагноз атипичного контактиозного моллюска (солитарная форма). Ребенок с 1,5 мес находился на искусственном вскармливании, а в 9 мес обнаружена листовая инвазия — аскаридоз. Подчеркивается роль пониженной иммунологической реактивности в возникновении и течении заболевания. Обращается внимание на обязательном клиническом обследовании родителей малолетних детей, особенно тех, которые не посещают детские учреждения. Разработка главного направления в терапии инфекции, по мнению автора, должна идти двумя путями: поиском оптимальных иммуномодуляторов и разработкой эффективного локального средства уничтожения вируса, максимально приемлемого и предпочтительного для пациента. Рекомендуется применение «Цидипола» в комбинации с цинка оксидом (в пропорции 1 : 0,8—1 : 1) после деструкции патологических элементов, основанное на доказанных антивирусных, антибактериальных и противовоспалительных свойствах препарата в целях ликвидации фокально-перифокального артификального воспаления.

Ключевые слова: контактиозный моллюск, эпиданализ, атипичное течение, деструкционные методы лечения.

V.G. Kravchenko

Medical Consulting Center «Medipol», Poltava

Peculiarities of modern epidemiology, clinical course and therapy of molluscum contagiosum

Epidemiological analysis indicates an increase in the incidence of MC. The article describes details of the epidemiological circumstances of a rare disease Molluscum Contagiosum (MC) of a 2-monthold baby infected by a mother with clinically and laboratorially diagnose of typical molluscum (solitary form). A child from 1.5 months had artificial feeding. At 9 months old, ascariasis helminthic invasion was detected. The role of reduced immunological reactivity in the onset and course of the disease is emphasized. Attention is drawn to mandatory clinical examination of parents of young children, especially those who do not attend childcare facilities. Author considers that the infection therapy should be managed in two ways: searching for optimal immunomodulators and developing effective local means of virus elimination, which is the most acceptable and preferable for the patient. We recommend *Cidipol* in combination with zinc oxide (in a ratio 1:0.8–1:1) after the destruction of pathological elements, based on the evidenced antiviral, antibacterial and antiinflammatory properties of the preperation in order to eliminate focalperifocal artificial inflammation.

Key words: molluscum contagiosum, epidemic analysis, atypical course, destructive treatment methods.

Дані про автора:

Кравченко Володимир Григорович, д. мед. н., проф., проф.-консультант медико-консультативного центру «Медіпол»
36002, м. Полтава, вул. Європейська, 145
Тел. (053) 250-89-32