

# Перинатальні аспекти епідурального знеболення пологів

**Р.О. Ткаченко**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Досліджено 128 роділь, що народжували вперше, з фізіологічним перебігом вагітності та пологів. Залежно від методу знеболення пологів усі пацієнтки поділені на 3 групи: у 1-й групі проводили психофілактичний метод знеболення; у 2-й групі застосовували епідуральну аналгезію (ЕДА) лідокаїном і в 3-й групі – ЕДА бупівакаїном. Показано, що застосування лідокаїну для проведення ЕДА безпечніше, ніж використання бупівакаїну, і супроводжується більш високими оцінками за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя, зменшує гіпоксію в новонародженого і має протективний вплив на стан плода. Проведення ЕДА бупівакаїном спричинює помірну брадикардію в плода через 30 хв після його введення і супроводжується більш низькими оцінками за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя, а також сприяє збільшенню частоти виникнення кефалогематом у новонароджених.

**Ключові слова:** епідуральна аналгезія, бупівакаїн, лідокаїн, плід, новонароджений.

Відповідно до Національної Програми «Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року» особлива увага приділяється проблемам, пов'язаним із збереженням репродуктивного здоров'я населення та народженням здорової дитини. Тому використання наукових розробок, спрямованих на вдосконалення системи лікувально-діагностичних заходів та профілактики акушерських ускладнень під час вагітності та пологів, мають першочергове значення для збереження здоров'я жінки та відтворення здорової популяції.

Незважаючи на існуючий арсенал різноманітних методів знеболення пологів, оптимального варіанта анестезіологічного забезпечення пологової діяльності до цього часу не знайдено [1]. Тому ця проблема залишається досить актуальною як в Україні, так і в цілому світі. Необхідність проведення анестезіологічного забезпечення під час пологів зумовлена тим, що процес пологів супроводжується больовою імпульсацією, виникнення та інтенсивність якої залежать від багатьох факторів. Больовий синдром, що виникає, супроводжується певними нейрогуморальними змінами, які негативно впливають на стан роділлі, плода і новонародженого [2]. Крім того, постійно збільшується кількість роділь із супутньою патологією (цукровий діабет, захворювання серцево-судинної і дихальної систем), зростає число так званих вікових породіль. Це потребує ретельного вибору того чи іншого методу знеболення залежно від акушерської ситуації, аномалії пологової діяльності, психічного та соматичного стану роділлі та плода.

Більшість вітчизняних, російських та закордонних дослідників [3–8] приділяють велику увагу регіонарним методам знеболення (епі- або субдуральна аналгезія, комбінована епідурально-субдуральна аналгезія), але не втратили свого значення і системні та інгалаційні методи аналгезії [9, 10]. Кожен з методів має свої переваги і недоліки залежно від акушерської ситуації, наявності екстрагенітальної патології в роділлі, стану плода й може супроводжуватися певними ускладненнями в роділлі, породіллі та новонародженого [11, 12].

Не дивлячись на широке обговорення в літературі питань про вплив різних методів знеболення на стан плода і ново-

народженого, ці роботи мають певну суперечливість. На відсутності негативного впливу регіонарної аналгезії (РА) на плід наголошує більшість дослідників [13, 14]. Більш того, на думку багатьох авторів, використання епідуральної аналгезії (ЕДА) під час пологів дозволяє поліпшити їх результати не тільки для матері, але й для плода. Автори підкреслюють, що ці діти мають більш високі оцінки за шкалою Апгар, у них рідше розвиваються ураження ЦНС, легше перебігає період адаптації, тобто наголошується на протективній дії РА на організм плода, особливо в умовах хронічної гіпоксії [15].

B.L. Leighton, S.H. Halpern [16], B.B. Head [17], порівнюючи безпечність застосування РА і системної опіоїдної терапії під час пологів, наголошують, що в разі проведення системної аналгезії в 54% новонароджених були більш низькі оцінки за шкалою Апгар. Ці дані підтверджуються дослідженнями F. Reynolds та співавторів [18], які спостерігали кращі показники КОС у дітей, народжених від матерів, в яких застосовували РА. Деякі автори не відзначають ніякої різниці у стані новонароджених, матерям яких проводили РА [19, 20].

За даними М.Ю. Хаустової [21], зміни серцевої діяльності плода залежать від виду місцевого анестетика і способу його введення: брадикардія в плода спостерігається частіше (до 64,5%) після фракційного введення 2% розчину лідокаїну. Хоча в роботі J.W. Scanlon [22] брадикардія в плода, навпаки, відзначалася після застосування бупівакаїну. У той же час у великому дослідженні T.K. Abboud [23], де проводилася порівняльна оцінка впливу на роділлю, плід та новонародженого ЕДА із застосуванням різних місцевих анестетиків, не було виявлено ніякої різниці в цих групах, а також у тій групі дітей та матерів, які не отримували ніякої анестезії.

Таким чином, наведені роботи, присвячені впливу РА на плід та новонародженого, неоднозначні, що потребує подальшого детального вивчення.

**Мета дослідження** – вивчити вплив різних анестетиків, що застосовують для ЕДА під час пологів, на функціональний стан плода та новонародженого.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведені в пологовому відділенні Київського міського пологового будинку № 1 (головний лікар – проф. Д.Р. Шадлун). Методом суцільної, ненавмисної вибірки в дослідження були включені 128 роділь, що народжували вперше, з фізіологічним перебігом вагітності та пологів. Залежно від методу знеболення всі пацієнтки були поділені на 3 групи: 47 жінок, яким проводився психофілактичний метод знеболення (1-ша група – контрольна), 47 пацієнток, яким проводилася епідуральна аналгезія з фракційним введенням 8–10 мл 0,75–1% розчину лідокаїну кожні 60 хв (2-га група – ЕДА Л) у І періоді природних пологів і 34 жінки (3-тя група – ЕДА Б), яким знеболення пологів проводилося шляхом фракційного епідурального введення 8–10 мл 0,125–0,25% розчину бупівакаїну через кожні 90 хв. У всіх випадках ЕДА проводилася катетеризація епідурального простору на рівні L<sub>2</sub>–L<sub>3</sub> за стандартною методикою з подальшим краніальним проведенням катетера на

Оцінка стану плода та новонародженого в різних групах (M±SD)

Показники	Етап	1-ша група, n=47	2-га група, n=47	3-тя група, n=34	P міжгрупове
Базальна ЧСС за 1 хв	1-й	143,3±9,2	144,4±6,4	144,0±6,7	> 0,05
	2-й	145,2±11,3	138,7±12,0	126,3±10,2 <sup>#</sup>	P <sub>1-3</sub> < 0,05
	3-й	149,5±16,8	145,1±12,5	145,6±11,9	> 0,05
Оцінка за Фішером, бали	1-й	7,67±0,43	7,60±0,34	7,87±0,35	> 0,05
	2-й	7,46±0,57	7,63±0,40	7,33±0,57	> 0,05
	3-й	6,94±0,45	7,21±0,31	6,75±0,35*	> 0,05
Оцінка за Апгар, бали	1-ша хвилина	7,49±0,75	7,47±0,54	7,08±0,81	P <sub>1-3</sub> < 0,05 P <sub>2-3</sub> < 0,05
	5-та хвилина	7,96±0,50	7,93±0,44	7,76±0,43	> 0,05

Примітка: \* – P<0,05 між 1-м та 2-м етапом дослідження; \* – P<0,05 між 1-м та 3-м етапом дослідження.

3–4 см. Для катетеризації епідурального простору використовували стандартні набори «Perifix» («B. Braun», ФРН). Усім роділлям проводили кардіотокографію (КТГ), оцінку внутрішньоутробного стану плода за Фішером у модифікації В.М. Савельєвої. Оцінювали частоту базального ритму серцебиття плода, варіабельність амплітуди й частоти серцевих скорочень плода (ЧССп), наявність акцелерацій і децелерацій та їх тип. Реєстрацію серцевої діяльності плода проводили в 3 етапи: 1-й етап – за 20–30 хв до проведення ЕДА, 2-й – через 30 хв після початку знеболення та 3-й етап – у кінці І періоду пологів. Визначали кислотно-основний стан (КОС) крові пуповини в новонароджених та їх оцінку за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилини життя, а також перебіг раннього неонатального періоду. Кров з пуповини брали одразу ж після народження дитини. Дослідження КОС проводили на апараті «Medica» (США), визначали показники концентрації іонів водню (pH), парціальний тиск вуглецю (pCO<sub>2</sub>) та кисню (pO<sub>2</sub>), концентрацію гідрокарбонат-аніону (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>) та зсув буферних основ (BE).

Отримані дані були обчислені за допомогою пакета статистичних програм «Statistica 6.0» та Microsoft Excel 97.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення впливу різних методів знеболення на стан плода доводить, що під час проведення ЕДА лідокаїном базальний рівень ЧСС залишався майже незмінним, на відміну від застосування бупівакаїну. Так, на 2-му етапі дослідження (через 30 хв після введення бупівакаїну) спостерігалось достовірне зменшення ЧСС плода до (126,3±10,2) за 1 хв (табл. 1) у порівнянні з контрольною групою. Максимальне зниження ЧСС установлено через 25–30 хв після введення бупівакаїну, а через 45–50 хв від початку знеболення ЧСС поступово збільшилася до вихідного рівня. Після введення

наступних болюсів бупівакаїну тільки у 2 випадках (5,8%) зареєстрована повторна брадикардія в плода до 100 за 1 хв. Вірогідно, зміни що спостерігалися, пов'язані з фармакологічними особливостями бупівакаїну, якому притаманний, в першу чергу, кардіотоксичний вплив [24]. Це закономірно відбивалося і на поступовому зменшенні оцінки за Фішером до 6,75±0,35 (p<0,05) у кінці І періоду пологів у порівнянні з вихідним станом, однак достовірної різниці між групами порівняння на цьому етапі дослідження виявлено не було.

У 1-й групі (контрольній) суттєвих змін рівня ЧСС не спостерігалось, хоча й визначалась явна тенденція до зростання ЧСС у плода. В основному всі коливання базального ритму не виходили за межі норми, однак простежувалась тенденція до погіршення стану плода до кінця І періоду пологів, хоча ці зміни і не мали достовірної різниці.

На відміну від 1-й та 3-й груп у роділь, які отримували епідурально лідокаїн, суттєвих змін у стані плода майже не встановлено, хоча теж відзначалась тенденція до зменшення ЧСС через 30 хв після введення анестетика.

Описані зміни стану плода чітко корелюють з оцінками новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя, яка є більш показовою і є логічним відображенням утробного стану дитини. Стан новонароджених був достовірно кращим у породіль 1-й та 2-й груп, що підтверджується більш високими оцінками за шкалою Апгар на 1-й хвилині після народження – (7,49±0,75) бала та (7,47±0,54) бала відповідно, у той час як після застосування бупівакаїну вона становила (7,08±0,81) бала (P<0,05). На 5-й хвилині життя новонародженого ці розбіжності втрачали достовірність, що, скоріш за все, було зумовлено проведенням первинної допомоги неонатологами.

Одразу ж після народження було проведено порівняння клінічного стану дітей, результати якого представлено в табл. 2.

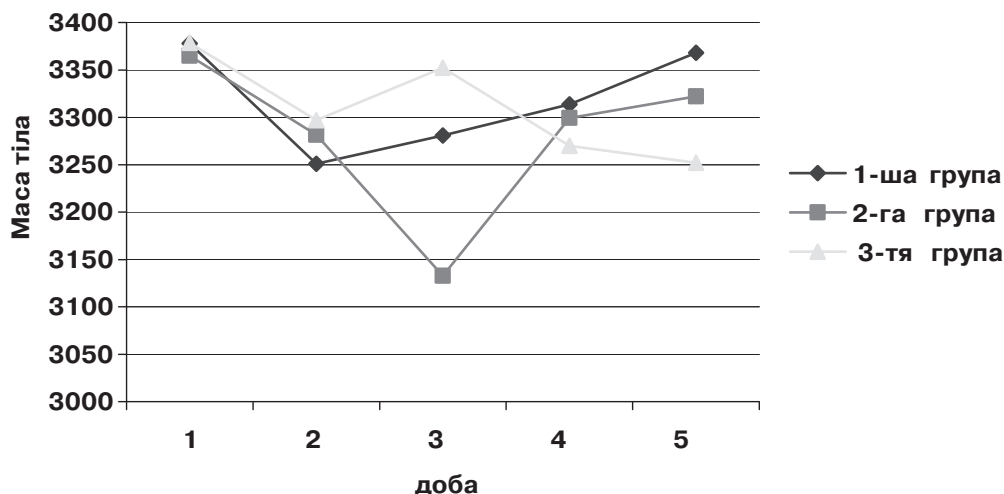
Таблиця 2

Клінічна характеристика стану новонароджених у різних групах

Показники		1-ша група, n=47	2-га група, n=47	3-тя група, n=34	P міжгрупове
Крик	Голосний	34 (72,4%)	37 (78,7%)	22 (64,7%)	P <sub>2-3</sub> <0,05
	Слабкий	13 (27,6%)	10 (21,3%)	12 (35,3%)	P <sub>2-3</sub> <0,05
ЧД за 1 хв		49±2	48±2	46±3	> 0,05
ЧСС за 1 хв		142,5±15,9	136,7±11,6	138,4±10,9	> 0,05
Тонус м'язів	Нормотонус	44 (93,6%)	42 (89,3%)	30 (88,2%)	> 0,05
	Гіпотонія	3 (6,4%)	5 (10,7%)	4 (11,8%)	> 0,05
Потреба в інгаляції кисню		8 (17,0%)	7 (14,8%)	7 (20,5%)	> 0,05
Потреба в ШВЛ		1 (2,1%)	2 (4,2%)	2 (5,9%)	> 0,05
Кефалогематома		1 (2,1%)	1 (2,1%)	4 (11,7%)	P <sub>1-3</sub> <0,05 P <sub>2-3</sub> <0,05

Показники КОС новонароджених у різних групах (M±SD)

Показники	1-ша група, n=17	2-га група, n=14	3-тя група, n=13	P міжгрупове
pH	7,21±0,11	7,28±0,10	7,20±0,11	> 0,05
pCO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	45,9±12,3	38,7±8,8	43,9±13,7	> 0,05
pO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	21,2±10,0	37,0±14,1	17,8±4,01	P <sub>1-2</sub> <0,05 P <sub>2-3</sub> <0,05
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , мекв/л	17,8±2,8	18,1±0,7	16,5±1,5	> 0,05
BE, мекв/л	-9,76±3,48	-8,07±2,87	-11,31±2,28	> 0,05



#### Динаміка маси тіла новонароджених різних груп

Майже в усіх дітей одразу ж після народження з'явився самостійне дихання. У проведенні реанімаційних заходів була необхідність в 1 дитини контрольної групи (2,1%), у 2 дітей 2-ї групи (4,2%) та у 2 дітей 3-ї (5,9%) групи, що було зумовлено розвитком гострої інтранатальної гіпоксії внаслідок тугого подвійного обвиття пуповини навколо шиї, але ці відмінності не мали достовірної різниці між групами. Потреба в проведенні допоміжної кисневої терапії також була майже однакою в усіх групах. Характеристика крику новонароджених у 1-й та 2-й групах була однаковою. Більшість новонароджених цих груп голосно кричали і були активними. У 3-й групі, навпаки, тільки в 64,7% новонароджених спостерігався голосний крик, хоча відмінностей у руховій активності, у порівнянні з іншими групами, не встановлено. Частота дихання та ЧСС новонароджених також були однаковими в усіх групах спостереження.

Цікаві дані були отримані під час огляду новонароджених на предмет наявності кефалогематоми. Так, достовірно вище спостерігалася частота розвитку цього ускладнення (11,7%) у дітей, що народилися від матерів, яким проводили ЕДА бупівакаїном, ніж у новонароджених 1-ї та 2-ї груп (табл. 2). Даний факт можна пояснити тим, що бупівакаїн, на відміну від лідокаїну, має більш подовжену дію, що й призводить до збільшення тривалості періоду вигнання і, таким чином, сприяє більш довгому стоянню головки плода в поперековій площині таза.

Також нами проведено вивчення показників КОС венозної крові пуповини в 44 новонароджених різних груп. Як видно з даних табл. 3, у всіх дітей виявлено метаболічний ацидоз, який найбільш виразним був у новонароджених 1-ї та 3-ї груп, однак достовірної різниці між групами порівняння виявлено не було. Слід зазначити, що причиною розвитку метаболічного ацидозу була гіпоксія, яка спостерігалась у дітей контрольної та 3-ї групи. На відміну від цього в дітей

2-ї групи рО<sub>2</sub> був достовірно вищим – (37±14,1) мм рт.ст. Найбільш низьким цей показник був у дітей 3-ї групи, хоча достовірно не відрізнявся від контрольної групи.

Спостерігаючи за подальшим розвитком новонароджених упродовж перебування в пологовому будинку, було проведено аналіз динаміки маси тіла малюків, що є відображенням їх подальшої адаптації до позаутробного життя. Як видно з малюнку, найбільш суттєва втрата маси тіла в новонароджених контрольної групи спостерігалася на 2-гу добу життя – до (3251±259) г, у подальшому вона поступово зростала до (3368±301) г на 5-ту добу, перевищуючи ці показники в малюків 2-ї та 3-ї груп. Слід зазначити, що максимальна втрата маси тіла на 3-тю добу виявлена в новонароджених 2-ї групи у той самий час як у дітей 3-ї групи спостерігалися найвищі показники маси тіла. У подальшому в дітей 3-ї групи впродовж двох діб відзначалася поступова втрата маси тіла, яка досягала свого піку на 5-ту добу – (3252±341) г і була найнижчою серед груп порівняння. Однак усі вищеписані зміни маси тіла не були достовірними.

#### ВИСНОВКИ

1. Проведення ЕДА під час пологів є безпечним методом як для роділлі, так і для плода і суттєво не впливає на стан новонародженого та перебіг раннього неонатального періоду.

2. Застосування лідокаїну для проведення ЕДА безпечніше, ніж використання бупівакаїну, – після його введення більш високі оцінки за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя, а також встановлено зменшення гіпоксії в новонародженого і протективний вплив на стан плода.

3. Проведення ЕДА бупівакаїном спричинює помірну брадикардію в плода через 30 хв після його введення і супроводжується більш низькими оцінками за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя, а також сприяє збільшенню частоти виникнення кефалогематом у новонароджених.

## Перинатальные аспекты эпидурального обезболивания родов

### Р.А. Ткаченко

Исследовано 128 первородящих с физиологическим течением беременности и родов. В зависимости от метода обезболивания родов все пациентки разделены на 3 группы: в 1-й группе проводили психопрофилактическое обезболивание родов; во 2-й применяли эпидуральную аналгезию (ЭДА) лидокаином и в 3-й группе – ЭДА бупивакакаином. Показано, что применение лидокаина для проведения ЭДА более безопасно, нежели использование бупивакакаина, и сопровождается более высокими оценками по шкале Апгар на 1-й минуте жизни, уменьшает гипоксию у новорожденных и обладает протективным влиянием на состояние плода. Проведение ЭДА бупивакакаином вызывает умеренную брадикардию у плода через 30 мин после его введения и сопровождается более низкими оценками по шкале Апгар на 1-й минуте жизни, а также способствует увеличению частоты возникновения кефалогематом у новорожденных.

**Ключевые слова:** эпидуральная аналгезия, бупивакаин, лидокаин, плод, новорожденный.

## Perinatal aspects of epidural analgesia during labour

Р.А. Tkachenko

Study a 72 women during the first period of labour with the physiological flow of pregnancy and childbirths. Depending on the method of analgesia during the births all patients are parted on 3 groups: in 1-st group it was spent a psychoprophyllactic method; in 2-nd it was applied epidural analgesia (EDA) by lidocaine and 3 group - EDA bupivacaine. It is shown, that application of lidocaine for carrying out EDA is more safe rather than use of bupivacaine and is accompanied by higher estimations on scale Apgar on 1-st mines of life, reduces hypoxia in newborns and has protective influence on a condition of a fetus. Carrying out EDA of bupivacaine causes a moderate bradycardia in a fetus through 30 mines after its introduction and is accompanied by lower estimations on scale Apgar on 1-st mines of life, and also promotes increase in frequency of occurrence cephalohematoma at newborn.

**Key words:** epidural analgesia, bupivacaine, lidocaine, fetus, newborn

## ЛІТЕРАТУРА

1. Eltzschig H.K., Lieberman E.S., Camann W.R. Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery // N. Engl. J. Med. – 2003; 348; 4. – P. 319–332.
2. Melzack R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). – Pain, 1984; 19: 321–337.
3. Чепкий Л.П., Ткаченко Р.А. Обезболивание родов / Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Под ред. Степанковской Г.К. и Венцовского Б.М. К.: Здоров'я. – 2000. – С. 267–279.
4. Кобеляцкий Ю.Ю., Ефремова Л.В. Обезболивание родов (выбор местного анестетика) // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 2000. – № 1(д). – С. 24–26.
5. Пура К.Р. Длительная перидуральная анестезия при родоразрешении // Дальневосточный медицинский журнал. – 2000. – № 3. – С. 18–21.
6. Ткаченко Р.А. Анестезиологическое обеспечение в родах // Doctor. – 2003. – № 6. – С. 58–63.
7. Vincent R.D., Chestnut D.H. Epidural analgesia during labor // Am Fam Physician. – 1998; 58: 1785–1792.
8. Kannan S., Jamison R.N., Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth // Reg Anesth Pain Med. – 2001; 26: 468–472.
9. Энкин М. (ред.) (2003) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Пер с англ. СПб.: Петрополис. – 480 с.
10. Halpern S.H., Leighton B.L., Ohlsson A., Barrett J.F.R., Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis // JAMA. – 1998; 280: 2105–2110.
11. Aveline C., Bonnet F. The effects of peridural anesthesia on duration of labor and mode of delivery // Ann. Fr. Anesth. Reanim. – 2001. – Vol. 20, N 5. – P. 471–484.
12. Halonen P., Sarvela J., Saisto T., Soikkeli A., Halmesmaki E., Korttila K. (2004) Patient-controlled epidural technique improves analgesia for labor but increases cesarean delivery rate compared with the intermittent bolus technique // Acta Anaesthesiol Scand. 48: 732–737.
13. Милыева Н.М., Колесникова Т.Н., Кузнецов Н.Н., Вершинина Г.А., Исаева Г.Н. Перинатальные исходы при активной тактике ведения родов у беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести // Матер. третьего Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». – М., 2001. – С. 134.
14. Wang Y.Q., Guo Q.L., Tan X.J. Study of parturient-controlled epidural blockade for labor analgesia // Human Yi Ke Da Xue Xue Bao. – 2000. – Vol. 25. – № 3. – P. 270–272.
15. Ганковская Э.Л., Пахомова Е.А., Рындыч О.И. Сравнительная характеристика спинальной и общей анестезии при операции кесарева сечения // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». – М.: МИК, 2001. – С. 34–35.
16. Leighton B.L., Halpern S.H. The effect of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review // Am J Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 186, Suppl. 5. – P. 69–77.
17. Head B.B., Owen J., Vincent R.D.Jr. et al. A randomized trial of intrapartum analgesia in women with severe preeclampsia // Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 93. – № 3. – P. 452–457.
18. Reynolds F., Sharma S.K., Seed P.T. Analgesia in labour and fetal acid-base balance: A meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia // BJOG. – 2002. – Vol. 109. – P. 1344–1353.
19. Николаев И.В. Состояние материнской и плодово-плацентарной гемодинамики в условиях эпидуральной анестезии у беременных с плацентарной недостаточностью. – М., 1991. – С. 132.
20. Karatekin G., Kesim M.D., Nuhoglu A.: Risk factors for meconium aspiration syndrome // Int J Gynecol Obstet. – 1999; 65 (3):65.
21. Хаустова М.Ю. Обезболивание родов в регуляции родовой деятельности. Эффективность различных методов эпидуральной анальгезии: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 с.
22. Scanlon J.W., Ostheimer G.W., Lurie A.O. et al. Neurobehavioral responses and drug concentrations in newborns after maternal epidural anesthesia with bupivacaine // Anesthesiology. – 1976. – Vol. 45. – P. 400–405.
23. Abboud T.K., Khoo S.S., Miller F. et al. Maternal, fetal and neonatal responses after epidural anesthesia with bupivacaine, 2-chlorprocaine, or lidocaine // Anesth. Analg. – 1982. – Vol. 61. – P. 638–644.
24. Nystrom E.U.M., Heavner J.E., Buffington C. Blood Pressure Is Maintained Despite Profound Myocardial Depression During Acute Bupivacaine Overdose in Pigs // Anesth. Analg. – 1999; 88: 1143–1148.

## Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми сучасної онкогінекології»

25-26 вересня, м.Київ

Державна установа "Інститут онкології АМН України".  
Тел. (044) 259-01-73