

# Комплексне лікування хвороби зрощень очеревини з використанням препарату Дефенсаль: перший досвід

**Спайкова хвороба очеревини – одна з найскладніших та остаточно не вирішених проблем абдомінальної хірургії, значення якої зростає у зв'язку зі збільшенням кількості та обсягу оперативних втручань на органах черевної порожнини. Незважаючи на значні зусилля щодо розробки ефективних методів профілактики спайкового процесу в черевній порожнині, він залишається частим явищем після абдомінальних операцій. Після повторних лапаротомій кількість пацієнтів із хворобою очеревини та її ускладненнями зростає. За даними низки авторів [2-4], після однієї лапаротомії спайки розвиваються у 10,4% хворих, а після повторних – у 93%.**

Значення спайкової хвороби і її проявів як хірургічної проблеми було визнано в 60-х роках минулого століття завдяки розвитку хірургії, коли вивчення окремих випадків цього патологічного стану набуло системного характеру. З'явилася необхідність більш детального вивчення патологічних чинників, об'єктивної оцінки клінічних проявів захворювання, розробки досконалих методів діагностики та лікувальної тактики [5]. Для кишечнику характерне відносно вільне переміщення в черевній порожнині, що визначається необхідністю постійного пристосування його обсягу та моторної функції до характеру і вмісту. Рухливість кишечнику залежить від фіксуючого апарату, представленого брижою, парієтальною очеревиною і зв'язками [1, 6]. Утворення спайок – реакція очеревини на травму. Однак за певних умов локалізації, поширеності та вираженості спайок формується спайкова хвороба очеревини. Перитонеальні спайки різного ступеня вираження можуть виявлятися у 93-100% пацієнтів, прооперованих на черевній порожнині, хоча більшість з них мають безсимптомний перебіг. Утворення спайок – це основна причина післяопераційних ускладнень (гострого чи хронічного абдомінального і тазового болю, безпліддя, спайкової кишкової непрохідності) в абдомінальній хірургії та гінекології [7-9]. Крім того, перитонеальні спайки можуть спричинити збільшення тривалості оперативного втручання та підвищити ризик ятрогенних пошкоджень кишечнику при повторних операціях [10, 11]. За даними різних авторів, спайкова хвороба очеревини у 32% випадках призводить до гострої кишкової непрохідності [12, 13], у 75% випадків – до тонкокишкової непрохідності [14]. Однак при спайковому процесі очеревини не завжди розвивається спайкова кишкова непрохідність, і в таких випадках основними проявами захворювання є больовий синдром та диспепсія. Це пов'язано зі зміною функціональних можливостей кишечнику при появі додаткових (вроджених чи набутих) ділянок його фіксації. Ці фактори лежать в основі розвитку симптомокомплексу, характерного для спайкової хвороби очеревини. У 5-18% прооперованих хворих спостерігаються клінічні прояви різного ступеня вираження, пов'язані зі спайковим процесом у черевній порожнині, близько 3,8% таких пацієнтів потребують повторної госпіталізації та оперативних втручань [13]. У 5,0-23,2% випадків операцій з приводу спайкової хвороби виникає потреба в резекції ділянки кишечнику [4]. Ентероліз при клінічно маніфестованій спайковій хворобі очеревини – необхідна і рутинна процедура, але він спричиняє формування нових спайок, при цьому 12-19% пацієнтів потребують повторних операцій [9].

При розділенні перитонеальних спайок у разі розкриття травного каналу немінуча мікробна контамінація, яка суттєво збільшує ступінь вираження спайкового процесу та пов'язаних з ним ускладнень [4, 5, 9]. Тому профілактика спайкової хвороби є надзвичайно важливою. Оскільки ані вдосконалення методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, ані поява нових ендохірургічних технологій не зменшують частоти розвитку спайок, важливим аспектом вирішення проблеми залишається розроблення комплексу лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

Доведено дію 6 основних механізмів, які запобігають утворенню спайок:

- 1) зниження пошкодження очеревини;
- 2) зменшення первинної відповіді на запалення;
- 3) попередження утворення фібрину;
- 4) активація фібринолізу;
- 5) запобігання скупченню фібрину і розвитку фібропластичних процесів;
- 6) використання бар'єрів, які попереджають утворення спайок.

Хірургічні втручання залишаються основною причиною формування спайок. Одним із шляхів профілактики утворення післяопераційних спайок є не тільки розробка сучасних методів оперативних втручань, інтактних шовних матеріалів та сучасних імплантатів, а й пошук нових методів запобігання післяопераційним зрощенням за допомогою протиспайкових препаратів.

Найефективнішими протиспайковими препаратами є сполуки на основі карбоксиметилцелюлози та гіалуронової кислоти, полісахаридів, які утворюють бар'єр між органами черевної порожнини, запобігаючи випадінню на них фібрину та склеюванню.

Властивості гіалуронової кислоти:

- механічний вплив: бар'єр/лубрикація;
- зволожуючі властивості: високий ступінь зв'язування води;
- загоювальні властивості: нормалізація міграції і проліферації клітин;
- заповнення простору дефектів;
- допоміжна функція: переривання запального каскаду.

Показання для використання протиспайкових препаратів нечіткі, відсутні зрозумілі алгоритми та інструкції для застосування в загальній хірургії, і через це більшість хірургів уникають їх призначення [3, 5, 7, 8].

**Мета дослідження:** вивчити безпосередні результати лікування пацієнтів із

спайковою хворобою очеревини, яким проведено ентероліз і використано препарат Дефенсаль.

Дефенсаль – стерильна апірогенна прозора безбарвна або блідо-жовта рідина на основі гіалуронової кислоти нетваринного походження для одноразового застосування. Використовується у процесі хірургічного лікування в якості інстиляту з метою зменшення утворення зрощень після операцій на органах черевної порожнини, малого таза, плевральної порожнини та ін. Складається з трьох компонентів, які впливають на основні ланки патогенезу спайок: гіалуронової кислоти (полісахариду, що входить до складу позаклітинної рідини сполучної тканини, забезпечує роз'єднання листків очеревини у критичний період утворення спайок), декаметоксину (антисептика широкого спектра дії, що чинить протизапальну та антиексудативну дію, забезпечує зниження локальної запальної відповіді в зоні оперативного втручання), сукцинату натрію (має високу буферну ємність, чинить антигіпоксичну та антиоксидантну дію).

**Відповідно, препарат має такі клінічні ефекти:**

- вкриває і зволожує серозні оболонки, забезпечує захист від висихання та інших видів пошкоджень;
- виконує регенераторну біологічну функцію з тривалістю дії до 4 діб;
- чинить виражену бактерицидну і фунгіцидну дію в широкому діапазоні рН, пригнічує синтез протеїнів мікроорганізмів і їх поділ, інактивує їхні екзотоксини.

## Матеріали і методи

За період з 2013 по 2014 р. обстежено та проліковано 26 пацієнтів (жінок – 20) із спайковою хворобою, яким проведено роз'єднання зрощень, віком від 31 до 78 років. Середній вік хворих становив  $55,4 \pm 12,1$  року, 67% пацієнтів були працездатного віку – до 60 років.

Хворих розподілили на такі групи:

- до контрольної групи увійшли 16 пацієнтів із хворобою зрощень очеревини, інцидентними грижами великих розмірів, яким проведено планове оперативне і консервативне лікування з використанням загальноприйнятих методик;
- в основній групі (10 хворих) проведено планове оперативне втручання і роз'єднання зрощень із застосуванням препарату Дефенсаль.

Поширеність спайкового процесу оцінювали згідно із класифікацією О.І. Бліннікова [1]:

- I стадія – локальний спайковий процес, обмежений ділянкою післяопераційного рубця або частиною черевної порожнини, поширених не більше ніж на один поверх, за відсутності спайок на інших ділянках;
- II стадія – локальний спайковий процес у поєднанні з поодинокими спайками на інших ділянках;
- III стадія – спайковий процес, поширений на 1/3 черевної порожнини;
- IV стадія – дифузний спайковий процес, поширений на 2/3 черевної порожнини.

Для отримання достовірних даних в основну і контрольну групу відібрали пацієнтів з III і IV стадіями спайкового процесу.

**Тяжкість спайкового процесу оцінювали згідно з класифікацією Q. Zeng і співавт. [15]:**

- 0 ступінь – відсутність спайок;
- 1-й ступінь – найменш тяжкі: тонкі, аваскулярні, прозорі, легко роз'єднуються тупим шляхом;
- 2-й ступінь – середньої тяжкості: середньої товщини та прозорості, частково васкуляризовані;
- 3-й ступінь – у край тяжкі: дуже щільні та високоваскуляризовані.

До основної і контрольної груп увійшли хворі зі спайками 2 і 3 ступеня тяжкості.

**Коротка схема обстеження і підготовки пацієнта до оперативного втручання, профілактики ускладнень:**

- огляд хірурга (встановлення діагнозу, виявлення супутньої патології);
- загальний план обстеження (лабораторне, інструментальне, консультації суміжних спеціалістів, УЗД, функціональні проби);
- виявлення супутньої терапевтичної патології (проведення консервативного лікування супутньої патології з метою профілактики ускладнень);
- інтерпретація вихідних даних у класифікації наркозного ризику за системою ASA (спільний огляд анестезіолога і хірурга, система заходів для підвищення анестезіологічної безпеки);
- госпіталізація до хірургічного відділення; під час операції – правильний вибір втручання для профілактики абдомінального компартмент-синдрому, гнійних ускладнень;
- у післяопераційному періоді – спостереження анестезіолога-реаніматолога, консультації суміжних спеціалістів, УЗД, ЕКГ, моніторинг лабораторних показників і динамічний нагляд за пацієнтом, профілактика тромботичних ускладнень.

## Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з TASC (2000) результати лікування оцінювали за стандартизованими часовими інтервалами, рекомендованими хірургами і серцево-судинними хірургами: безпосередні результати – протягом 30 днів, короткотермінові результати – від 1 до 6 міс після операції, проміжні результати – від 12 до 24 міс після операції, віддалені результати – від 2 років після операції. Оцінку післяопераційного періоду представлено в таблиці 1.

Продовження на стор. 6.

Таблиця 1. Оцінка післяопераційного періоду у пацієнтів

Критерії	Результат		
	Добрий	Задовільний	Незадовільний
Біль у черевній порожнині	Відсутній	Легкої інтенсивності	Виражений
Нудота	Відсутня	Легкої інтенсивності	Виражена
Відновлення (поява) перистальтики	До 1-ї доби	До 2-ї доби	Після 2-ї доби
Відходження газів	До 2-ї доби	До 3-ї доби	Після 3-ї доби
Перше самостійне випорожнення	До 3-4-ї доби	До 5-6-ї доби	Після 5-6-ї доби



О.В. Пиптюк, С.Б.Телемуха, О.М. Малютін, Л.Б. Телемуха, кафедра хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету

## Комплексне лікування хвороби зрощень очеревини з використанням препарату Дефенсаль: перший досвід

Продовження. Початок на стор. 5.

**Критерії оцінки безпосередніх результатів лікування.** Критеріями оцінки лікування хвороби в період до 30 днів після операції є пасаж кишечника (евакуація контрасту через 24 год – головний критерій), тривалість стаціонарного лікування, відновлення працездатності.

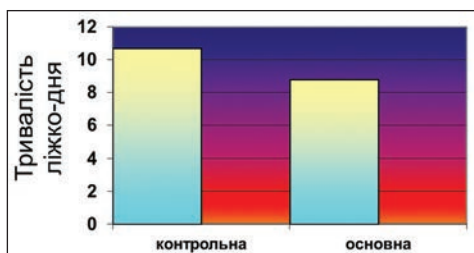


Рис. Середні терміни стаціонарного лікування у різних групах хворих

**Критерії оцінки короткотермінових, проміжних і віддалених результатів лікування.** Безумовними критеріями оцінки лікування хвороби зрощень у проміжному і віддаленому періоді є пасаж кишечника (евакуація контрасту через 24 год), стаціонарне лікування в терапевтичному або хірургічному відділі з приводу спайкової хвороби, відсутність повторних оперативних втручань з приводу спайкових непрохідностей, рецидивних центральних гриж.

Результати лікування груп хворих наведено в таблиці 2.

Результати		Добрий	Задовільний	Незадовільний
У післяопераційному періоді і безпосередні	Основна	9 (90%)	1 (10%)	–
	Контрольна	13 (81,25%)	2 (12,5%)	1 (6,25%)
Короткотермінові	Основна	7 (70%)	3 (30%)	–
	Контрольна	8 (50%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)

У період спостереження тривалістю до 8 міс у контрольній групі добрі результати отримано у 8 (з 16) хворих, в основній – у 7 (з 10) пацієнтів.

**Проблемні питання, на які слід звертати увагу при використанні протиспайкових препаратів.**

• Субфебрильна температура тіла в післяопераційному періоді.

• Під час проведення оперативного втручання слід наносити необхідну кількість гелю тільки для зволоження листків очеревини і серозної оболонки кишечника, уникати застосування надмірної кількості гелю. При надмірному накопиченні гелю в черевній порожнині можуть спостерігатися так звані гелеми, які виявляються і контролюються за допомогою УЗД.

• Необхідно уникати потрапляння препарату в тканини черевної стінки під час пластики. Можливим є розвиток запальної реакції (післяопераційної рани і черевної стінки, сітчастих імплантатів).

**Питання для подальшого вивчення**

• Індивідуальний розрахунок (розробка формули) кількості препарату для введення в черевну порожнину (залежно від об'єму черевної порожнини).

• Можливість використання препарату Дефенсаль при роз'єднанні зрощень і операціях на тонкому й товстому кишечнику. Необхідність проведення експерименту на тваринах.

• Вивчення віддалених результатів лікування.

### Висновки

Досягти стійкого і позитивного результату можна тільки у разі використання комплексного підходу до лікування. Застосування нових сучасних препаратів, таких як Дефенсаль, забезпечує кращі безпосередні і короткотермінові результати і сприяє покращенню віддалених результатів терапії.

### Література

- Блинников О.И., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Лапароскопическая хирургия. – М., 1993. – С. 82-87.
- Васильюк М.Д. Новый подход до лікування спайкової кишкової непрохідності, поєднаної з післяопераційною вентральною грижею / М.Д. Васильюк, І.В. Біцька // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – Ужгород, 2003. – Вип. 20. – С. 104-106.
- Дубонос А.А. Профилактика внутрибрюшного спайкообразования путем применения средства с барьерным действием «Мезогель»: Дис.: канд. мед. наук. – Курск, 2009. – 111 с.
- Гамидов А.Н. Спорные аспекты спаечного синдрома / А.Н. Гамидов, Ю.Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2 (29). – С. 134-136.
- Застосування протиспайкового гелю при резекції тонкої кишки на тлі спайкового процесу в експерименті / В.Г. Мішалов, П.Л. Бик, І.М. Лещинин, В.М. Голінок // Хірургія України. – 2013. – № 4. – С. 107-118.
- Королюк И.П. Современные рентгеноконтрастные методы исследования в диагностике спаечной деформации тонкой кишки / И.П. Королюк, Н.Ф. Поляруш // Медицинская визуализация. – 2005. – № 1. – С. 73-81.
- Лазаренко В.А., Суковатых Б.С., Бежин А.И. и др. Первый опыт применения противоспаечного рассасывающегося полимерного средства «Мезогель» при остром аппендиците // Человек и его здоровье. – 2011. – №1. – С. 51-55.
- Мезогель: показания и противопоказания к применению [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mesogel.ru/prod/mesogel6.htm>.
- Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования / А.Л. Мириногов, В.В. Новиков, Б.С. Суковатых [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2007. – № 6. – С. 34-36.
- Adept instruction for use [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.baxterbiosurgery.com/us/resources/pdfs/adept/ADEPT\\_Instructions\\_For\\_Use.pdf](http://www.baxterbiosurgery.com/us/resources/pdfs/adept/ADEPT_Instructions_For_Use.pdf).
- Brochhausen C., Schmitt V.H., Hollemann D. et al. Current strategies and future perspectives for intraperitoneal adhesion prevention // J. Gastrointest. Surg. – 2012. – Vol. 16. – P. 1256-1274.
- Rajab T.K., Wallwiener M., Talukdar S., Kraemer B., Adhesion Ouassi M., Gaujoux S., Veyrie N. et al. Postoperative adhesions after digestive surgery: their incidence and prevention: review of the literature // J. Visc. Surg. – 2012. – Vol. 149. – P. 104-114.
- Related complications are common, but rarely discussed in preoperative consent: a multicenter study // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33 (4). – P. 748-750.
- Schreinemacher M.H., Ten Broek R.P., Bakkum E.A. et al. Adhesion awareness: A national survey of surgeons // World J. Surg. – 2010. – Vol. 34, № 12. – P. 2805-2812.
- Zeng Q., Yu Z., You J., Zhang Q. Efficacy and safety of Seprafilm for preventing postoperative abdominal adhesion: systematic review and meta-analysis // World J. Surg. – 2007. – Vol. 31, № 11. – P. 2125-2131.

## Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, Харківський національний медичний університет
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцківський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- С.І. Герасименко**, д.м.н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- Ф.С. Глумчер**, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексопатолог МОЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний дитячий нефролог МОЗ України
- В.М. Коваленко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Б.М. Маньковський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний ендокринолог МОЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України
- В.І. Панків**, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасєчнікова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академік НАМН України
- С.С. Страфун**, д.м.н., професор, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Фещенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- П.Д. Фомін**, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- В.І. Цимбалюк**, д.м.н., професор, академік НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

### Медична газета «Здоров'я України».

#### Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво ТОВ «Тематичний проєкт «Здоров'я України 21 сторіччя»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Ігор Іванченко	Свідоцтво КВ № 16471-4943P від 16.03.2010 р.
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ	Людмила Жданова	Передплатний індекс 49561
ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР	Тетяна Черкасова	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко	За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
ШЕФ-РЕДАКТОР	В'ячеслав Килимчук	Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Станіслава Шапошнікова	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич	Адреса для листів: вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035.
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Ірина Назаренко	E-mail: <a href="mailto:zu@health-ua.com">zu@health-ua.com</a> ; <a href="http://www.health-ua.com">www.health-ua.com</a>
	Ірина Сандул	Контактні телефони:
	Аліна Пасльон	Редакція ..... 521-86-98, 521-86-97
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	Відділ маркетингу ..... 521-86-91, 521-86-86
ДИЗАЙНЕРИ	Олена Дудко	Відділ передплати та розповсюдження ..... 521-86-98
	Ірина Лесько	Газету віддруковано у ТОВ «Видавничий дім «Аванпост-Прим», м. Київ-35, вул. Сурикова, 3/3.
	Максим Маліков	Підписано до друку 26.12.2014 р.
	Наталія Дехтяр	Замовлення № ..... Наклад 15 000 прим.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Наталія Семенова	
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Юлія Башкірова	
	Інна Головка	
	Зоя Маймескул	
	Андрій Присяжнюк	
	Мирислава Табачук	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалін Крайчев	
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Сергій Бадеха	