

На следующие сутки с помощью плазмоекстрактора удаляли осадок (50–70 мл) и решали вопрос о реинфузии этой аутоплазмы в качестве плазмозамещающей среды во время последующего сеанса дискретного плазмафереза. Лабораторное исследование крови проводили на 1, 3, 5, 7-е сутки после начала комплексной терапии.

Иммунологические показатели эндотоксикоза у больных с распространенным гнойным перитонитом в динамике терапии (M±m)

Показатель	Группы	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	7-е сутки
ЛИИ по Кальф-Калифу, у.е.	I	8,2±0,71	7,9±0,51	5,1±0,31	3,9±0,42
	II	7,9±0,62	3,9±0,41*	2,6±0,24*	1,9±0,2*
	III	7,3±0,13	3,2±0,2***	2,4±0,16***	1,8±0,13***
МСМ, у.е.	I	0,385±0,06	0,435±0,06	0,313±0,03	0,289±0,05
	II	0,378±0,05	0,298±0,01*	0,244±0,05*	0,224±0,06*
	III	0,372±0,01	0,243±0,03***	0,231±0,02***	0,212±0,03***
ЦИК, у.е.	I	191,6±2,2	189,9±2,1	125,1±4,2	78,4±1,8
	II	180,7±3,1	121,3±2,5*	105,3±1,5*	55,6±2,3*
	III	178,4±3,0	110,2±2,1***	84,6±2,4***	43,1±1,4***

Результаты. Динамику эндотоксикоза и эффективность плазмафереза с экстракорпорально модифицированной аутоплазмой оценивали по клиническим, биохимическим и иммунологическим показателям. Достоверный положительный исход наступал на 2–3 сутки. Температура снижалась на 1–1,6°C.

На 1, 3, 5, 7-е сутки отмечено, что количество общего белка крови у больных всех групп остается ниже нормальных значений, но в пределах компенсированной гипопроотеинемии. На 3-и сутки количество общего белка крови в группах III и II выше на 10,3% по сравнению с группой I. В первые сутки во всех группах выявлена гипоальбуминемия. На третьи-пятые сутки в группе III отмечено увеличение количества альбумина до нормальных значений на 21,6% по сравнению с группой I. На третьи сутки в группе III отмечено снижение общего билирубина на 46,2% по сравнению с группой I и на 11,3% по сравнению с группой II. Снижение уровня АлТ в III группе происходит на 33,3% быстрее по сравнению с группой I и на 9,5% по сравнению с группой II. Снижение уровня в III группе АсТ – на 34,4% по сравнению с группой I. В группе III отмечено снижение уровня мочевины до нормальных значений на 49,3% быстрее по сравнению с группой I и на 5,3% – по сравнению с группой II. Снижение уровня креатинина до нормальных значений в III группе на 23,4% по сравнению с группой I и на 10,9% по сравнению с группой II. На протяжении всех этапов исследования выявлено, что уровень гликемии у больных всех групп остается в пределах нормальных значений, но в III группе количество глюкозы крови постоянно находится на нижней границе нормы, что связано с окислительной функцией гипохлорита натрия. Уже на 3-и сутки отмечено снижение показателей эндотоксикоза: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) на 37 – 50%, молекулы средней массы (МСМ) на 30 – 47%, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) на 23–41%.

В I группе больных, получавших стандартную терапию, летальность составила 37,4%. Во II группе летальность составила 12,8%. В III группе – 9,4%. Процент осложнений во II-III группах снизился в два раза по сравнению с контрольной группой. Количество донорской плазмы, вводимой больным III группы, уменьшилось на 35–52%.

Выводы. Распространенный гнойный перитонит сопровождается высоким уровнем эндогенной интоксикации, требующей включения в комплекс интенсивной терапии современных технологий экстракорпоральной детоксикации. Оптимальное использование на ранних этапах интенсивной терапии плазмафереза с экстракорпорально модифицированной аутоплазмой увеличивает эффективность комплексной терапии послеоперационных эндотоксикозов, обеспечивает значительное плазмасбережение и экономически выгодно. Включение в комплексную терапию больных с перитонитом технологий экстракорпоральной детоксикации ведет к снижению степени тяжести синдрома эндогенной интоксикации, риска возникновения или прогрессирования полиорганной недостаточности, уменьшению летальности и числа осложнений, сокращению сроков лечения пациентов в отделении реанимации.

Литература

1. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции / Гельфанд Б.Р. и др. – М., 2000.
2. Гостицев В.К. // Оперативная гнойная хирургия. – М.: Медицина, 1996.
3. Лужникова Е.А. // Детоксикационная терапия. – СПб.: Лань, 2000. – С. 192.
4. Полонский А.Ю. Непрямая электрохимическая детоксикация крови и ксеноспленоперфузия в комплексном лечении распространенного перитонита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – С. 29.
5. Федоровский Н.М. // Непрямая электрохимическая детоксикация. – М.: Медицина, 2004. – 144 с.
6. Шелестюк П.И. и др. // Перитонит. – Новосибирск: Наука, 2000.
7. McKay C. J. // Brit. J. Surg. – 1999. – Vol. 86. – P. 1302–1306.

УДК 618.146–006.6

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ. ВЛИЯНИЕ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ

С.М.КОЗЫРЕВА, К.М.КОЗЫРЕВ*

Рак шейки матки (РШМ) занимает 2-е место в мире, и 3-е – в структуре онкологической заболеваемости женщин, дающий высокий процент летальности [16]. По статистике ежегодно в мире выявляется около 370000 новых случаев РШМ, из которых 190000 больных умирает [15]; становится очевидной актуальность поиска и разработки новых высокоэффективных диагностических и лечебно-реабилитационных технологий [12–14]. За последние 5 лет, число женщин, с впервые установленным диагнозом РШМ в РФ выросло на 3% [5]. Показатель выявления запущенных форм опухолей этой локализации остается высоким и с момента установления диагноза в течение первого года умирает каждая пятая женщина.

Рядом фундаментальных исследований, показана роль иммунных нарушений в канцерогенезе [4, 7, 9]. Даже в начале развития облигатного прекарциноматоза, отмечаются структурно-функциональные нарушения иммунной системы. Примером функциональных реакций иммунокомпетентной системы организма служат клинические наблюдения, когда в одинаковых возрастных группах, при схожих лечебных мероприятиях, у одних больных РШМ принимал прогрессирующее течение со скоротечной генерализацией процесса, у других – болезнь протекала в затяжном режиме с длительным безрецидивным периодом.

Увеличение частоты и тяжести онкологических заболеваний, коррелирует со снижением функциональной эффективности иммунной системы [6], что способствует широкому применению наряду с традиционными, оригинальных нетрадиционных методов лечения опухолей, основанных, в частности на введении химиопрепаратов в организм на основе собственных биологических жидкостей пациента. Опираясь на различные технологии повышения внутренних резервов человека для реализации задач профилактики и лечения, восстановительная медицина отдает предпочтение не медикаментозным методам [11]. Рассматривая диагностические и лечебно-реабилитационные технологии восстановительной медицины с позиции теории функциональных систем, они направлены, в конечном итоге, на мобилизацию защитных сил организма, восстановление его функциональных резервов и здоровья в целом, поскольку развитие патологического процесса, его течение и исход зависят в большей степени не от

* Республиканский онкологический диспансер РСО-Алания, 362002 г. Владикавказ, ул. Зортова, 2; Северо-Осетинская государственная медицинская академия, 362019 г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40

повреждающего болезнетворного фактора, а от резистентности организма, состояния его систем адаптации [10].

С помощью новых лечебных технологий делается попытка решения ряда задач – таких, как снижение фактора токсичности проводимой химиотерапии, укорочение длительности курса химиотерапии и получение иммуномодулирующего и протекторного эффекта от введения больному химиопрепаратов на основе вырабатываемых его же организмом жидкостей [3, 8].

Цель работы – оценка иммунологического состояния больных РШМ при различных способах его лечения. Влияние аутогемохимиотерапии.

Материал и методы. За последние 15 лет в РОД РСО-Алания, на предмет иммунодефицита обследованы и пролечены 110 пациентов II-III стадии РШМ, из которых 52 представляли группу первичных больных и 58 – группу с рецидивом заболевания, подвергшихся химиотерапии. Пациентки были разделены на 3 возрастные группы. Первая – от 25 до 35 лет (15); вторая – от 36 до 45 лет (35); третья – от 46 до 55 лет (60). Морфологически диагноз РШМ ставился с использованием современных морфометрических методов исследования [1] и ориентацией на классификацию ВОЗ [2]. В первой возрастной группе у 12 пациентов гистологически диагностировался плоскоклеточный рак влагалищной части шейки матки, у 2 больных – аденокарцинома цервикального канала и у одной больной – эндометриодная карцинома. Во второй возрастной группе у 30 больных выявлялся плоскоклеточный рак, у 3 – аденокарцинома цервикального канала и у 2 пациентов – железисто-плоскоклеточный рак. В третьей возрастной группе у 55 больных идентифицирован плоскоклеточный РШМ, у 3 – аденокарцинома цервикального канала и у 2 пациентов – железисто-плоскоклеточный РШМ. Для эффективности АГХТ при РШМ весьма важным представлялся исходный уровень показателей иммунитета, в связи с чем, до- и после проведения данного способа лечения, определялись количественно-качественные значения клеточного звена иммунитета, позволяющие раскрыть некоторые звенья влияния АГХТ.

Количество Т-лимфоцитов определяли в известной реакции спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана, производили подсчет общего числа Т-клеток и определяли значения популяции функционально активных Т-клеток. ТФ-резистентные и ТФ-чувствительные (ТФ⁺) клетки выявляли методом нагруженного тестирования с теофилином (ТФ) и Т-активином в дозе 1 мкг/мл. С эритроцитами мыши определяли количество В-лимфоцитов, оценку субпопуляционного клеточного состава вели непрямым иммунофлюоресцентным методом с использованием моноклональных антител. В реакции бласттрансформации (РБТЛ) с Т-митогенами (ФГА в дозе 5 мкг/мл и КонА в дозе 2 мкг/мл) и В-митогеном (пирогеналом в дозе 50 ЕД /мл) оценивали функциональную активность лимфоцитов. В тесте макрофагальной трансформации моноцитов (ПМТМ) изучали их функциональную активность. Число больших гранулярных лимфоцитов (БГЛ) определяли в мазках крови, окрашенных по Паппенгейму.

Результаты. В наших исследованиях [5] отмечена возможность усугубления иммунодефицитного состояния больных РШМ частым применением цитостатиков, сопровождавшимся прогрессированием опухолевого роста и из-за высокой токсичности цитостатиков нередко ограничивалась возможность проведения полных курсов лечения.

Одним из важных путей достижения уменьшения токсичности способа полихимиотерапии при РШМ является применение лекарственных форм, обеспечивающих адресную доставку химиопрепаратов непосредственно к опухолевым клеткам, или введение больной веществ, вырабатываемых в самом организме и обладающих аутоиммуномодулирующими свойствами. С этой целью для лечения РШМ нами рекомендована и успешно применяется АГХТ – испытанный способ иммунной коррекции путем введения больным химиопрепаратов на собственной крови и лимфе [7–9]. Иммунологическая оценка больных РШМ до начала лечения в контрольной и основной группах больных выявила исходную иммуносупрессию, выражавшуюся в снижении количества Т- и В-лимфоцитов, БГЛ, ТФ+ клеток, и функциональной активности Т- и В-клеток. В основной группе больных, по сравнению с контрольной, прослеживались функциональные признаки более глубокого их угнетения, подтверждением служат показатели

основной группы с применением АГХТ, где отмечалась тенденция увеличения абсолютного содержания Т- и В-лимфоцитов. В контрольной группе эти показатели оказались значительно ниже нормы, функциональная активность макрофагального звена иммунитета находилась также на низком уровне. При сочетано-лучевом лечении без АГХТ, у больных имелась тенденция угнетения иммунологических показателей, что выражалось в снижении уровня активных Т-лимфоцитов, в основном за счет ТФ⁻. Это вело к снижению индекса ТФ- /ТФ+, абсолютного количества В- лимфоцитов и функциональной пассивности моноцитарно-макрофагального звена иммунитета.

У пациентов, получавших комбинированное лечение в сочетании с АГХТ, в отличие от контрольной группы, отмечалась положительная иммунологическая динамика, проявляющаяся в существенном увеличении значений относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (табл. 1–2), что при сохранении индекса ТФ-/ТФ+ свидетельствует о положительном влиянии АГХТ на Т-клеточное звено иммунитета. Отмечена тенденция роста количества ФГА-индуцированных бластов при снижении КонА- индуцированных. Биотерапевтический эффект АГХТ заключается в качественно новом функциональном метаморфозе свойств переливаемых клеток и плазменных белков, проявляющиеся в иммуномодулирующем и гемопозитическом действиях, способствующих снижению токсичности и частоты осложнений химиотерапии, активации адаптационных механизмов и неспецифической резистентности организма, увеличению сроков выживаемости и улучшению качества жизни.

При РШМ происходит значительное ослабление гуморального и клеточного иммунитета, проявляющееся в уменьшении количества Т-лимфоцитов в периферической крови, снижении их функциональной активности и блокировании эффекторных Т-клеток. В процессе прогрессирования опухоли, происходит нарушение отдельных звеньев иммунной системы, возникает дисбаланс популяций и субпопуляций лимфоцитов и макрофагов, сопровождающийся нарушением продукции цитокинов, падением титра тимического сывороточного фактора. Показатели клеточного иммунитета при РШМ находятся в прямой зависимости от стадии заболевания, степени дифференцировки опухоли и возраста больных. В контрольной группе больных РШМ некоторые показатели имели отрицательные отличия от данных основной группы. После применения АГХТ абсолютное количество Т-лимфоцитов стало достоверно выше, чем после сочетано-лучевого лечения без АГХТ преимущественно за счет ТФ-клеток. Число В-лимфоцитов у лиц основной группы также превышало показатели контрольной группы, аналогичным образом складывались различия и по ПМТМ. Если в контроле отмечена тенденция к снижению количества Т-клеток за счет ТФ-резистентных и ТФ-чувствительных лимфоцитов, то в основной группе после проведения курса АГХТ статистически достоверно возросло количество ТФ-чувствительных клеток по сравнению с исходно низкими фоновыми значениями. При этом показатели БГЛ в обеих группах больных оставались без существенных изменений.

Таблица 1

Динамика иммунологических показателей в контрольной группе больных РШМ

Показатели	Относительные %		Абсолютные (x10 ⁹ /л)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Т-лимфоциты (общ.)	58,4±1,4	52,8±1,2 *	0,89±0,06	0,33±0,03 *
Т-лимфоциты (акт.)	22,1±1,7	29,5± 1,9 *	0,38±0,04	0,25±0,035
ТФ-	20,4±1,5	16,9±1,2	0,33±0,04	0,19±0,03 *
ТФ+	7,5±0,4	14,9±0,8 *	0,13±0,03	0,11±0,01
ТФ- /ТФ +	3,3±0,55	1,12±0,5	-	-
В- лимфоциты	16,2±0,6	18,4±0,8 *	0,34±0,05	0,17±0,08
РБТЛ: спонт.	16,5±0,7	21,3±1,9	0,236±0,03	0,249±0,005 *
КонА	27,1±0,5	30,2±0,7	0,47±0,004	0,46±0,003
ФГА	36,6±1,2	42,1±1,4	0,56±0,01	0,59±0,02
Пир.	36,8±0,5	40,2±0,6 *	0,57±0,02	0,43±0,01*
ПМТМ	45,9±1,4	34,8±1,8 *	-	-
БГЛ	2,2±0,1	2,7±0,2	0,03±0,001	0,037±0,003 *

Примечание: * – Достоверность различия по сравнению с группой контроля p<0,05

Сравнение иммунологических показателей основной и контрольной групп выявило ряд положительных существенных отличий у больных основной группы. Больные, получавшие комплексное лечение с применением предоперационной АГХТ, имели более благоприятные показатели Т- и В-звеньев иммунитета по сравнению с пациентами, получавшими только сочетанно-лучевое лечение. В обеих группах количественно-качественные цитологические показатели иммунитета РШМ до и после применения АГХТ, способствовали положительной динамике иммунного статуса не только у операбельных больных, но и при распространении опухолевого процесса, исключающего возможность проведения радикального вмешательства.

Динамика иммунологических показателей в основной группе больных РШМ

Показатели	Относительные (%)				Абсолютные (x10 ⁹ /л)			
	комбиниров. лечение без АГХТ	комбиниров. лечение с АГХТ	сочетанно-лучевое лечение без АГХТ	сочетанно-лучевое лечение с АГХТ	комбиниров. лечение без АГХТ	комбиниров. лечение с АГХТ	сочетанно-лучевое лечение без АГХТ	сочетанно-лучевое лечение с АГХТ
Т-лимф. (общ.)	40,9±4,6	60,2±6,5 *	39,1±2,9	47,1±3,0	0,65±0,02	0,93±0,4	0,73±0,003	0,78±0,006 *
Т-лимф. (акт.)	17,9±1,9	24,6±2,8	15,9±0,8	18,3±0,9 *	0,2±0,04	0,38±0,02*	0,31±0,01	0,33±0,02
ТФ-	19,3±1,3	24,4±1,4	17,6±0,2	18,3±1,6	0,28±0,003	0,34±0,04	0,27±0,03	0,31±0,005
ТФ+	8,1±0,7	12,4±1,1*	6,7±0,04	7,2±0,05 *	0,29±0,004	0,33±0,05	0,21±0,002	0,24±0,003 *
ТФ-/Ф+	6,6±0,3	9,4±0,5	5,2±0,01	5,4±0,2	-	-	-	-
В-лимфоциты	16,5±1,7	65,6±6,8 *	13,9±0,2	14,9±0,3 *	0,21±0,003	0,23±0,04	0,23±0,005	0,27±0,05
РБТЛ (спонт.)	17,8±1,6	26,0±2,3	15,2±0,8	16,2±1,3	0,27±0,002	0,29±0,003 *	0,25±0,02	0,29±0,004
КонА	24,9±1,5	29,2±1,8	20,6±0,3	22,1±0,4	0,42±0,003	0,47±0,004	0,35±0,02	0,39±0,005 *
ФГА	34,6±0,8	40,3±1,2 *	29,1±1,3	26,1±1,1	0,59±0,003	0,73±0,05	0,56±0,02	0,61±0,04
Пир.	23,7±1,3	28,3±2,5	17,7±0,2	19,4±0,3 *	0,34±0,03	0,49±0,06 *	0,44±0,05	0,48±0,008 *
ПМТМ	41,5±1,5	46,3±1,7	34,5±0,3	35,8±1,4	-	-	-	-
БГЛ	2,9±0,1	26,0±1,2 *	2,3±0,1	7,3±0,3 *	0,04±0,001	0,07±0,007 *	0,03±0,001	0,05±0,003 *

Примечание: * – Достоверность различия по сравнению с группой контроля p<0,05

Выводы. По важнейшим иммунологическим показателям у больных РШМ обеих групп наблюдалась взаимоисключающая динамика. Если комбинированное лечение без АГХТ и, особенно, с применением АГХТ способствовали существенному улучшению количественных и функциональных характеристик иммунологического статуса больных, то сочетанно-лучевая терапия приводила лишь к незначительной активации этих показателей. Иммунологическая эффективность АГХТ при РШМ вытекает из каскада положительных сдвигов в организме больных после проведенного курса лечения, способствующего достоверному повышению иммунитета, снижению токсического воздействия химиопрепаратов, улучшению жизненного оптимизма, особенно тяжелых больных и, что крайне важно, увеличению сроков их выживаемости. Предложенный способ иммунной коррекции АГХТ позволит обеспечить наиболее рациональный подход к назначению сочетанного традиционного и нетрадиционного методов лечения больным РШМ. Результаты способа могут быть экстраполированы и на другие формы опухолей женских половых органов для оптимального, с экономической точки зрения, способа лечения при достаточной клинической его эффективности.

По сути, речь идет о новом направлении оценки клиники и подбора способа лечения, базирующихся на принципах доказательной медицины и позволяющим оптимизировать уровень материальных затрат на лекарственное обеспечение пациентов с онкогинекологической патологией. Кроме того, станет возможным значительно улучшить качество жизни пациентов и при этом уменьшить материальные затраты для практического здравоохранения, которое получит дополнительную и уточненную информацию относительно высокоэффективных способов лечения РШМ.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Основы количественной патологической анатомии. – М.: Медицина, 2002. – 240 с.
2. Автандилов Г.Г. Опухоли молочной железы и женских половых органов. Классификация опухолей ВОЗ – 2003. – РМАПО. – М., 2004. – 28с.

3. Бордюшков Ю.Н. / В кн. Новое в решении проблемы онкологии / Под ред. Ю.С.Сидоренко. – М., 1990. – С.122–131.
4. Бохман Я.В. и др. Функциональная онкология. – М., 1992.
5. Козырева С.М., Козырев К.М. // ВНМТ.–2006.– Т.ХІІІ, № 3.– С.61–63.
6. Олиферук Н.С. и др. //Иммунология.– 2005.– №1.– С. 10.
- 7.Сидоренко Ю.С. Аутогемохимиотерапия.– Ростов-на-Дону, 2002.–303 с.
8. Сидоренко Ю.С. Лимфохимиотерапия.– Ростов-на-Дону.–2003.– 319 с.
9. Сидоренко Ю.С.и др. // Мат-лы VI Всерос. съезда онкологов.– Ростов-на-Дону.– 2005.– С.203–204.

Таблица 2

Диагностические и лечебно-восстановительные технологии при сочетанной патологии внутренних органов и систем.– Тула, 2003.– 172 с.

11. Хадарцев А.А. и др. Теория и практика восстановительной медицины / Под ред. А.А. Хадарцева.– Тула–Москва, 2006.– Т. VI.– 152 с.

12. Cataltepe S. et al. // Tumor Biol.–2002.– Vol.23.– P.439–444.

13. Duk J. et al. // Gynecol.– Oncol.– 1990.– Vol.39.– №2.– P.186–.

14. Gaarenstroom K. et al. // Anticancer Res.–1997.– Vol.17.– №4.– P.2955–2958.

15. Pras E. et al. // Int-J-Radiat-Onc-Biol-Phys.– 2002.– № 1.– P. 23–32.

16. Wollenberg B. et al. // Anticancer – Res.–1996.– Vol.16.– № 5 – P.3117–3124.

THE ESTIMATION OF THE IMMUNE SYSTEM IN PATIENTS WITH CERVICAL CARCINOMA BY MEANS OF DIFFERENT METHODS OF TREATMENT. INFLUENCE OF AUTOHEMOCHEMOTHERAPY

S.M. KOZYREVA, K.M. KOZYREV

Summary

Qualitative and quantitative cytological indices of immunity in patients with cervical carcinoma were determined after a course of autochemotherapy. These indices show a positive dynamics of the immune states both among the patients to be operated and in patients having a wide- spread tumor process with no possible operation. Immunologic effective using criteria in cervical carcinoma therapy were determined. These criteria are the results of positive progress in patients' organism. This progress is characterized by the immunity rise, a considerable fall of the toxic influence produced by chemo medicines, by the rise of the patients' optimism, and, what is extremely important, by prolonging the patients' lives.

Key words: autochemotherapy, cytological indices

УДК 618.9

ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ч.К. МУСТАФИН*

Выявление рака и других заболеваний молочной железы (МЖ) связано с целым рядом сложных организационных задач, связанных с внедрением целостной системы организационных мер и технических мероприятий. Разработано множество диагностических методов. Наиболее эффективным является комплексное использование клинического, рентгенологического и цитологического методов исследования, дополненных при необходимости УЗ-диагностикой, но с преобладанием

* ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Кафедра радиологии, Москва, 2-ой Боткинский пр-д д.7, Москва, 125284, Тел.(095) 643-89-77 Факс (095) 945-76-24