



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 43271

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОПЕРЕРВАНОЇ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

(21) 2001053327

(22) 17.05.2001

(24) 15.11.2001

(33) UA

(46) 15.11.2001, Бюл. № 10, 2001 р.

(72) Чайка Андрій Володимирович, Носенко Олена
Миколаївна, Суслікова Лідія Вікторівна(73) ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІ-
ДАЛЬНІСТЮ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ЧАЙКА", UA

(57) 1. Спосіб ендокхірургічного лікування гостро-
перерваної трубної вагітності шляхом встановлен-
ня трьох троакарних портів, введення оптичної си-
стеми та маніпуляторів в троакарні порти, візуаль-
не виявлення через оптичну систему гемоперито-
неуму та/або спайного процесу, видалення аква-
пуратором перитонеальної рідини та крові, захоп-
лення маткової труби затискачем, виділення зі
спайок та цілковитої мобілізації маткової труби, ко-
агуляції мезосальпінксу та проксимального відділу
маткової труби біполярним електрокоагулятором,
відсікання маткової труби, видалення її з черевної
порожнини затискачем, видалення плідного яйця,
виконання туалету та дренування черевної порож-
нини, виведення троакарів з маніпуляторами з че-
ревної порожнини, зашивання троакарних ран,
який **відрізняється** тим, що додатково встанов-
люють четвертий боковий троакарний порт діаме-
тром 10 мм, після візуального виявлення через оп-
тичну систему гемоперитонеуму та/або спайного
процесу четвертий боковий троакар діаметром

10 мм замінюють на трубку вакуумного електроре-
інфузора з таким же діаметром та забирають кров
з черевної порожнини, яку використовують для ін-
траопераційної реінфузії, після чого замінюють
трубку електрореінфузора на троакар діаметром
10 мм з аквапуратором, виділення зі спайок та ціл-
ковиту мобілізацію маткової труби, захоплення ма-
ткової труби затискачем, коагуляцію мезосальпінк-
су та проксимального відділу маткової труби біпо-
лярним електрокоагулятором здійснюють при од-
ночасному зрошенні, змиванні крові з тканин, що
коагулюються, та аспірації промивної рідини і крові
аквапуратором, а перед відсіканням маткової тру-
би її розсікають біполярним електрокоагулятором
в зоні найбільшого потовщення, замінюють троа-
кар діаметром 10 мм з аквапуратором на вакуумну
аспіраторну трубку діаметром 16 мм, з її допомо-
гою видаляють плідне яйце з маткової труби через
розріз в останній, відсікають маткову трубу біполяр-
ним електрокоагулятором у режимі різання, туа-
лет черевної порожнини та аспірацію усіх кров'я-
них згустків виконують вакуумною аспіраторною
трубкою, після чого вакуумну аспіраторну трубку
замінюють на троакар з аквапуратором і з його до-
помогою накладають гідроперитонеум водним роз-
чином антисептика.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при
накладанні гідроперитонеуму розчином антисепти-
ка використовують водний розчин фурациліну
об'ємом 500 мл.

Винахід відноситься до галузі медицини, зокре-
ма, до гінекології та ендоскопічної хірургії, і мо-
же бути використаний в клініках, що мають ендос-
копічне обладнання, для лікування гостро пере-
рваної трубної вагітності з помірною або масивною
кровотечею в черевну порожнину.

Доступ і тактика лікування гостро перерваної
трубної вагітності залежить від конкретної клінічної
ситуації. Але в усіх випадках лікування повинно
бути екстремним хірургічним. Серйозним ускладне-
нням гостро перерваної трубної вагітності є помір-
на або масивна крововтрата. Кров через маткову
трубу поступає в черевну порожнину і через матку
назовні. Всі відомі науково-практичні джерела та
посібники з хірургії гостро перерваної трубної вагі-
тності в разі помірної або масивної кровотечі в че-

реву порожнину рекомендують операційний до-
ступ - череворозтин (лапаротомію) з подовжнім
розрізом передньої черевної стінки (див., напри-
клад, Адамьян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В.,
Данилов А.Ю. Современные подходы к хирургиче-
скому лечению внематочной беременности // Эн-
доскопия в диагностике, лечении и мониторинге
женских болезней / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В.
Адамьян. — М.: Пантори, 2000. - С. 544).

Відомий спосіб хірургічного лікування гостро
перерваної трубної вагітності (Кулаков В.И., Ада-
мьян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология
- хирургические энергии. — М.: Медицина, 2000. -
С. 662-686), який полягає в здійсненні лапаро-
томного доступу, накладанні затискача на мезоса-
льпінкс, потім другого затискача - на проксимальну

(19) UA (11) 43271 (13) A

частину маткової труби, зближенні кінців першого та другого затискача таким чином, щоб судини мезосальпінксу були повністю захоплені та затиснуті, забору крові з черевної порожнини для реінфузії в разі помірної або масивної крововтрати, відсікання маткової труби скальпелем, лігівуванні культі, туалету та дренування черевної порожнини, зашивання передньої черевної стінки.

Недоліками відомого способу є завелика травмованість хворої через необхідність безперервного розсікання на великому протязі (до 10-12 см) усіх шарів передньої черевної стінки, широке застосування шовного матеріалу для гемостазу, проведення оперативного втручання та забору крові для реінфузії в умовах відкритої черевної порожнини, що в сукупності потребує в післяопераційному періоді застосування наркотичних анальгетиків, стимуляторів кишечника, антибактерійної терапії. Застосування відомого способу часто приводить до розвитку спайного процесу в черевній порожнині та наступного безпліддя. Недоліком відомого способу є також довгий період перебування хворої після операції в стаціонарі – до 8-12 діб.

Відомий спосіб оперативного лікування гостро перерваної трубної вагітності (Адамян Л.В., Зурابيани З.Р., Козаченко А.В., Данилов А.Ю. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: Пантори, 2000. – С. 545-546), який є найближчим до способу, що заявляється, по суті та досягнутому технічному результату, вибраний за прототип, включає здійснення ендоскопічного (лапароскопічного) доступу встановленням 3 троакарних портів (в спеціальній літературі зустрічається в тому ж значенні термін "лапароскопічні гілзи"), введення оптичної системи та маніпуляторів в троакарні порти, візуалізацію черевної порожнини з метою виявлення та оцінки гемоперитонеуму або спайного процесу, видалення перитонеальної рідини та крові аквапуратором, візуалізацію враженої труби, виділення маткової труби із спайок та повну її мобілізацію, захоплення маткової труби затискачем, коагуляцію мезосальпінксу та проксимального відділу маткової труби біполярним електрокоагулятором, відсікання маткової труби монополярним коагулятором, видалення маткової труби з плідним яйцем з черевної порожнини затискачем, здійснення туалету та дренування черевної порожнини, виведення троакарів з маніпуляторами з черевної порожнини, зашивання троакарних ран.

Перевагами відомого способу ендоскопічного (лапароскопічного) лікування гостро перерваної трубної вагітності (прототип) перед відомим способом з лапаротомним доступом (вищеописаний аналог) є значно менша травмованість хворої, скорочення тривалості операції та терміну перебування хворої в стаціонарі (3-5 днів).

Недоліком відомого способу-прототипу є неможливість його застосування для лікування гостро перерваної трубної вагітності при помірній та масивній кровотечі в черевну порожнину внаслідок:

1) застосування для здійснення лапароскопічного доступу лише 3 троакарних портів (один троакарний порт використовують для введення в

черевну порожнину оптичної системи, два інших – для маніпуляторів: затискача та біполярного електрокоагулятора або ножиць). При ендоскопічному лікуванні гостро перерваної трубної вагітності, яка супроводжується тривалою кровотечею, біполярний коагулятор швидко забруднюється коагульованими елементами крові, а кров постійно прибуває у черевну порожнину і не дає можливості візуалізувати маткову трубу та виконувати оперативне втручання;

2) за відомим способом швидко видалення крові із згустками з черевної порожнини у хворої з гостро перерваною трубною вагітністю та нестійкою гемодинамікою внаслідок розвитку геморагічного шоку звичайним аквапуратором неможливе, тому що трубчастий корпус його має діаметр 5 або 10 мм і швидко забивається згустками крові та тканинними елементами плодового яйця і потребує частого очищення під час операції. Це призводить до подовження терміну операційного втручання, небезпечно для хворої крововтрату, ускладнює роботу хірурга;

3) видалення крові з черевної порожнини звичайним аквапуратором не дає змоги здійснити реінфузію крові під час операції і тому поповнення крові здійснюють за рахунок донорської крові та білкових розчинів;

4) виникнення труднощів при видаленні маткової труби з плодовим яйцем з черевної порожнини при розмірах плодового яйця діаметром 1,5-2 см.

В основу винаходу поставлено задачу в способі ендоскопічного лікування гостро перерваної трубної вагітності шляхом забору з черевної порожнини крові для реінфузії трубкою вакуумного електрореінфузора, введеної через додатковий троакарний порт, видалення великих згустків крові та плідного яйця вакуум-аспіраторною трубкою з широким діаметром, відрізання труби біполярним електрокоагулятором забезпечити можливість реалізації кровозберігальної ендоскопічної технології в умовах помірної та масивної кровотечі в черевну порожнину. Даний спосіб дає можливість підвищити ефективність оперативного втручання за рахунок:

- швидкої аспірації крові із згустками з черевної порожнини без необхідності постійно очищати від них інструменти;

- проведення інтраопераційної реінфузії автокріві з майже цілковитою відсутністю інтраопераційної крововтрати і поповнення доопераційної крововтрати;

- швидкого та зручного видалення рихлих частин плодового яйця, навіть такого, що має 1,5-2 см в діаметрі, з маткової труби та черевної порожнини;

- швидкого оперативного втручання в умовах нестійкої гемодинаміки при ургентному стані, що загрожує життю жінки;

- швидкого і зручного (без заміни мікрохірургічних інструментів) відсікання маткової труби з паралельним швидким забезпеченням гемостазу;

- створення зручніших умов для роботи хірурга;

- скорочення тривалості операції та терміну перебування хворої в стаціонарі;

- запобігання розвитку спайного процесу у черевній порожнині.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі ендоскопічного лікування гостро перерваної трубної вагітності шляхом встановлення трьох троакарних портів, введення оптичної системи та маніпуляторів в троакарні порти, візуальне виявлення через оптичну систему гемоперитонеуму та/або спайного процесу, видалення аквапуратором перитонеальної рідини та крові, захоплення маткової труби затискачем, виділення зі спайок та цілковитої мобілізації маткової труби, коагуляції мезосальпінксу та проксимального відділу маткової труби біполярним електрокоагулятором, відсікання маткової труби, видалення її з черевної порожнини затискачем, видалення плідного яйця, виконання туалету та дренування черевної порожнини, виведення троакарів з маніпуляторами з черевної порожнини, зашивання троакарних ран, новим є те, що додатково встановлюють четвертий боковий троакарний порт діаметром 10 мм, після візуального виявлення через оптичну систему гемоперитонеуму та/або спайного процесу четвертий боковий троакар діаметром 10 мм замінюють на трубку вакуумного електрореінфузора з таким же діаметром та забирають кров з черевної порожнини, яку використовують для інтраопераційної реінфузії, після чого замінюють трубку електрореінфузора на троакар діаметром 10 мм з аквапуратором, виділення зі спайок та цілковитої мобілізації маткової труби, захоплення маткової труби затискачем, коагуляцію мезосальпінксу та проксимального відділу маткової труби біполярним електрокоагулятором здійснюють при одночасному зрощенні, змиванні крові з тканин, що коагулюються, та аспірації промивної рідини і крові аквапуратором, а перед відсіканням маткової труби її розсікають біполярним електрокоагулятором в зоні найбільшого потовщення, замінюють троакар діаметром 10 мм з аквапуратором на вакуумну аспіраторну трубку діаметром 16 мм, з її допомогою видаляють плодове яйце з маткової труби через розріз в останній, відсікають маткову трубу біполярним електрокоагулятором у режимі різання, туалет черевної порожнини та аспірацію усіх кров'яних згустків виконують вакуумною аспіраторною трубкою, після чого вакуумною аспіраторною трубкою замінюють на троакар з аквапуратором і з його допомогою накладають гідроперитонеум водним розчином антисептика.

Ще однією відмінністю способу, є те, що при накладанні гідроперитонеуму розчином антисептика використовують водний розчин фурациліну об'ємом 500 мл.

Між сукупністю ознак винаходу і технічним результатом, якого можна досягти при його реалізації, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Додаткове встановлення четвертого бокового троакарного порту з діаметром 10 мм дає можливість одночасного введення в черевну порожнину затискача, біполярного електрокоагулятора та аквапуратора, зрощування та змивання крові з тканин під час коагуляції, що попереджає швидке забруднення біполярного коагулятора та необхідність частого його очищення від коагульованих елементів крові, поліпшує візуалізацію тканин, які оперуються. При роботі з трьома троакарними по-

ртами доводиться вести постійну зміну інструментів, що значно продовжує термін операції та ускладнює роботу хірурга.

Введення вакуумної аспіраторної трубки в черевну порожнину дає можливість швидкого асептичного збору крові в черевній порожнині за допомогою вакуумного електрореінфузора, яку підключено до вакуумного електровідсмоктувача, та реінфузії її під час оперативного втручання, що допомагає швидко стабілізувати гемодинаміку при геморагічному шоці, запобігти переливанню донорської крові, тим самим зменшити ризик інфікування ВІЧ, вірусом гепатиту, виникнення реакцій несумісності, а також має економічний ефект. Така процедура не передбачена технологією за відомим способом-прототипом.

За відомою ендоскопічною технологією відсічену маткову трубу, в якій знаходиться плідне яйце, поміщають в контейнер з поліетиленової плівки, видаляють троакар з черевної порожнини і через одержаний в ній отвір виводять контейнер з маточною трубою та плідним яйцем. Коли плідне яйце завелике (1,5-2 мм), його доводиться розсікати на частини і повторювати маніпуляцію з поліетиленовим контейнером необхідне число разів. Рихле та слизьке за консистенцією плідне яйце (або його шматочки) може вислизнути з затискача в черевну порожнину. Це ще більше ускладнює та продовжує операцію, бо доводиться здійснювати додаткові спроби захоплення та видалення яйця. При спробі видалення згустків крові та плідного яйця, що вислизнуло в черевну порожнину, за допомогою аквапуратора його вузька силіконова трубка (5 мм) забивається. В способі, здійснюють попереднє розсікання маткової труби в зоні її найбільшого потовщення та видалення (відсмоктування) з неї плідного яйця вакуумною аспіраторною трубкою з діаметром 16 мм. Це надає можливість швидко, зручно, надійно видалити з маткової труби плідне яйце та значно скоротити тривалість видалення вагітної маткової труби з черевної порожнини. Видалення відсіченої маткової труби та плідного яйця за способом, що заявляється, здійснюється швидше, надійніше, простіше, зручніше, ніж за прототипом.

Відсікання маткової труби шляхом використання біполярного електрокоагулятора у режимі різання прискорює хід операції, бо дає можливість паралельно швидко здійснити гемостаз цим же електрокоагулятором і не потребує заміни інструментів (біполярного електрокоагулятора на монополярний і знову на біполярний, як це робиться за прототипом). При відсіканні маткової труби монополярним електрокоагулятором (за прототипом) паралельна зупинка цим же електрокоагулятором кровотечі в разі її виникнення, небезпечна для здоров'я пацієнтки через проникнення електричного струму від монополярного електрокоагулятора на неконтрольовану глибину в біологічні тканини. Цей недолік зумовлений конструкцією монополярного електрокоагулятора. Тому відсікання маткової труби за даним способом, здійснюється швидше, надійніше, простіше, зручніше, безпечніше, ніж за прототипом.

Попереднє здійснення туалету черевної порожнини вакуумною аспіраторною трубкою діаметром 16 мм дає змогу видалити достатньо швидко

всі згустки крові з черевної порожнини. За способом-прототипом за допомогою лише аквапуратора з тонкою трубкою (5 мм) таку маніпуляцію здійснити неможливо.

Накладений наприкінці операції гідроперитонеум водним розчином антисептика (фурациліну) проявляє антибактеріальну дію та перешкоджає розвитку спайного процесу у черевній порожнині. Така стадія ендокхірургічної технології за прототипом не передбачена.

Спосіб ендокхірургічного лікування гостро перерваної трубної вагітності, реалізують наступним чином.

Після накладання пневмоперитонеуму виконують лапароскопічний доступ за допомогою чотирьох троакарів: двох з діаметром по 10 мм - центрального пупкового і правого бокового та двох з діаметром по 5 мм - лівого бокового та надлобкового. Вводять оптичну систему в центральний троакальний порт, в лівий боковий порт вводять затискач, у надлобковий порт - біполярний електрокоагулятор. Через оптичну систему візуалізують малий таз та черевну порожнину з метою оцінки об'єму та характеру гемоперитонеуму. Для забору крові для реінфузії замінюють правий боковий троакар на трубку вакуумного електрореінфузора, яку через контейнер з фільтром підключено до вакуумного електровідсмоктувача, швидко виконують максимальний забір крові для реінфузії з черевної порожнини. Замінюють трубку електрореінфузора на троакар діаметром 10 мм з аквапуратором. Виділяють маткову трубу із спайок та цілком її мобілізують. Захоплюють маткову трубу затискачем, коагулюють мезосальпінкс та проксимальний відділ маткової труби біполярним електрокоагулятором з одночасним змиванням крові з тканин, що коагулюються, та аспірацією промивної рідини та крові в малому тазі аквапуратором. Розсікають маткову трубу в зоні найбільшого потовщення біполярним електрокоагулятором у режимі різання. Замінюють троакар діаметром 10 мм з аквапуратором, на вакуумну аспіраторну трубку з діаметром 16 мм. Кінець вакуумної аспіраторної трубки вводять у розріз в матковій трубці та з її допомогою відсмоктують тканини плідного яйця. Відсікають маткову трубу шляхом використання біполярного електрокоагулятора у режимі різання, видаляють маткову трубу з черевної порожнини затискачем. Здійснюють туалет черевної порожнини вакуумною аспіраторною трубкою зі збиранням усіх згустків крові. Замінюють вакуумну аспіраторну трубку на троакар діаметром 10 мм з аквапуратором. З його допомогою відмивають малий таз та черевну порожнину від залишків крові. Накладають гідроперитонеум з розчину фурациліну об'ємом 500 мл. Приблизно через 2 години дренують черевну порожнину через лівий боковий троакар. Виводять троакари з маніпуляторами з черевної порожнини. Зашивають троакальні рани, кожну однією шовковою лігатурою. Для здійснення способу, користувались ендоскопічним обладнанням фірми "Wiest" (ФРН). Для створення гідроперитонеуму користувались водним розчином фурациліну з концентрацією 0,02% (див. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Медицина, 1993. - Ч. 2. - С. 359).

Конкретні приклади виконання способу, що пропонується.

Приклад 1. Хвора Б., 32 років, історія хвороби № 3229/00, поступила до клініки в ургентному порядку з діагнозом: гостро перервана правостороння трубна вагітність. Геморагічний шок III ступеня. Вторинна анемія.

При першому огляді хворої в клініці установили: загальний стан хворої тяжкий. Артеріальний тиск 60/40 мм рт. ст., пульс 110 ударів на хвилину. Шкірні покрови та видимі слизові оболонки бліді. Гемоглобін крові 82 г/л.

Хворій провели ендокхірургічне лікування за даним способом, в обсязі правосторонньої сальпінгоектомії під місцеводіючою анестезією розчином новокаїну. Здійснили лапароскопічний доступ з застосуванням чотирьох троакальних портів. При візуалізації черевної порожнини в ній виявили до 2000 мл крові із згустками. Права маткова труба потовщена на всьому протязі ампулярного відділу до 3 см, в зоні її найбільшого потовщення є перфораційний отвір, з якого витікає кров. Виявили також виразні спайки між ампулярним відділом маткової труби та правим яєчником. Правий боковий троакар замінено на трубку електрореінфузора. Зібрали 850 мл рідкої крові для реінфузії. Електрореінфузор замінили на троакар діаметром 10 мм з аквапуратором. Праву маткову трубу захопили затискачем та виділили із спайок. Наступним кроком операції була біполярна електрокоагуляція проксимального відділу маткової труби та мезосальпінксу під постійним зрошенням тканин, що коагулювалися. Маткову трубу додатково розсікли в зоні перфораційного отвору. Потім троакар з діаметром 10 мм замінили на вакуумну аспіраторну трубку з діаметром 16 мм. Кінець вакуумної аспіраторної трубки ввели в розріз в матковій трубці. Виконали аспірацію плідного яйця. Маткову трубу відсікли біполярним коагулятором в режимі різання та видалили з черевної порожнини затискачем. Провели туалет черевної порожнини вакуумною аспіраторною трубкою зі збором усіх згустків крові. Вакуумну аспіраторну трубку замінили на троакар діаметром 10 мм з аквапуратором. Провели додатковий туалет черевної порожнини та наклали гідроперитонеум з 500 мл 0,02%-ного водного розчину фурациліну. Через 2 години здійснили дренаж черевної порожнини. Зашили 4 троакальні рани, кожну однією шовковою лігатурою. Тривалість операції склала 35 хвилин. Дренаж видалили наступної доби. Хвору виписали зі стаціонару через 5 діб. Рівень гемоглобіну крові на момент виписки з клініки дорівнював 92 тл. Шви зняли на п'яту добу. Загоєння троакальних ран відбулося первинним натягом.

Приклад 2. Хвора В., 20 років, історія хвороби № 1643/00 поступила в клініку в ургентному порядку з діагнозом: гостро перервана лівостороння трубна вагітність. Геморагічний шок II ступеня.

При надходженні хворої в стаціонар загальний стан хворої тяжкий. Артеріальний тиск 80/40 мм рт. ст., пульс 116 ударів на хвилину. Шкірні покрови та видимі слизові оболонки бліді. Гемоглобін крові 65 г/л.

Хворій провели ендокхірургічне лікування за способом, в обсязі лівосторонньої сальпінгоектомії під місцеводіючою анестезією розчином новокаїну. Здійснено лапароскопічний доступ з застосуванням чотирьох троакальних портів. При візуалізації

черевної порожнини в ній виявлено до 1500 мл крові із згустками. Ліва маткова труба потовщена на всьому протязі ампулярного відділу до 4 см, з фімбріального відділу витікала кров. Правий бічний троакар замінено на трубку електрореінфузора. Зібрано 900 мл крові для реінфузії. Далі ендоскопічні маніпуляції на лівій матковій трубці проводили аналогічно прикладу № 1. Хвору виписали із стаціонару на п'яту добу з рівнем гемоглобіну крові 90 г/л. Шви знято на п'яту добу. Загоєння троакарних ран відбулося первинним натягом.

В обох випадках, застосовуючи спосіб ендоскопічного лікування гостро перерваної трубної вагітності (правосторонньої та лівосторонньої), що заявляється, вдалося провести оперативне втручання при геморагічному шоці II та III ступеня за малоінвазивною кровозберігальною методикою, без застосування трансфузії донорської крові. Інтраопераційна реінфузія крові надала можливість скорішого виведення хворої з геморагічного шоку і нормалізації показників червоної крові.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
