



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42128 (13) A

(51) 6 A61B5/00, A61B5/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПОЛІТРАВМИ

(21) 99042340

(22) 26 04 1999

(24) 15 10 2001

(33) UA

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р.

(72) Лисенко Борис Пилипович, Шейко Володимир Дмитрович

(73) Лисенко Борис Пилипович, UA, Шейко Володимир Дмитрович, UA

(57) Спосіб оцінки тяжкості політравми, що включає проведення відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення тяжкості анатомічних уражень (АІ), віку постраждалих (С), який відрізняється тим, що до-

датково, на підставі комплексу клініко-діагностичних досліджень, визначають тяжкість синдрому взаємного обтяження поєднаних уражень (АО), ступінь тяжкості стану постраждалого з поєднаною травмою і травматичним шоком шляхом вимірювання систолічного артеріального тиску (Е) та фіксації рівня свідомості (D), при цьому враховують час до початку лікування (В), і потім, за формулою  $T(пт) = 3,5AO + 0,4AI - 2,2B - 0,2C + 1,6D + 0,8E - 3,0$ , визначають тяжкість політравми (Т(пт)), при значенні Т(пт) до 5 - політравма є середньої тяжкості, в межах 6-25 - тяжка, в межах 26-50 - вкрай тяжка, в межах 51-80 - критична, більше 80 - поза межня

Запропонований винахід відноситься до галузі медицини, зокрема, до хірургії уражень і може бути застосовано як в загальнохірургічних стаціонарах, так і в спеціалізованих центрах політравми

Відомі засоби оцінки тяжкості уражень за стандартизованими шкалами ISS (США) і ВПХ-МП (Санкт-Петербург, Росія)

(Baker S P, O'Neill B, Haddon W et al. Scale of determination of weight of a trauma (ISS) // J. Trauma, 1974, vol. 19, p. 187-196, Гуманенко Е К, Бояринцев В В, Ващенко В В, Супрун Т Ю. Методология объективной оценки тяжести травм Ч I Оценка тяжести механических повреждений // Вестн. хирургии - 1997 - № 2 - С 55-59)

Недоліками способів є відсутність оцінки тяжкості стану і синдрому взаємного обтяження анатомічних уражень у постраждалого із поєднаною травмою і травматичним шоком (тобто при політравмі)

Найбільше близьким до запропонованого є спосіб оцінки тяжкості політравми PTS (Німеччина), що включає комплекс клініко-діагностичних заходів, спрямованих на визначення тяжкості уражень за допомогою стандартизованої шкали

(Цибуляк Г Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений - СПб. Гиппократ, 1995 - С 193-197)

Спосіб оцінки тяжкості політравми (PTS) дозволяє визначити ступень тяжкості політравми на підставі тяжкості окремих видів анатомічних уражень і віку постраждалого з прогнозуванням ймовірної летальності

Недоліком способу є неадекватно узагальнена оцінка тяжкості можливих анатомічних уражень, відсутність оцінки тяжкості синдрому взаємного обтяження поєднаних уражень, що лежить в основі патогенезу політравми, і ступеня тяжкості стану постраждалого з поєднаною травмою і травматичним шоком, в результаті оцінка тяжкості політравми є у абсолютній більшості випадків невірною, що сприяє визначенню неадекватної тактики лікування і може привести до погіршення результатів лікування

В основу винаходу поставлено задачу створити спосіб оцінки тяжкості політравми на підставі відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень з урахуванням всіх можливих критеріїв, що визначають тяжкість травми, і включає тяжкість кожного з анатомічних уражень, з урахуванням синдрому взаємного обтяження, віку постраждалого, часу до початку лікування і тяжкості його стану внаслідок отриманої травми, в результаті чого досягається значне підвищення точності оцінки тяжкості політравми, прогнозування перебігу травматичної хвороби, забезпечує визначення адекватного комплексу лікувальних заходів і сприяє поліпшенню результатів лікування

Поставлена задача досягається тим, що в способі оцінки тяжкості політравми, що включає проведення відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення тяжкості анатомічних уражень (АІ), віку постраждалих (С), і згідно винаходу додатково, на підставі комплексу клініко-діагностичних досліджень, ви-

(19) UA (11) 42128 (13) A

значають тяжкість синдрому взаємного обтяження поєднаних уражень (АО), ступень тяжкості стану постраждалого з поєднаною травмою і травматичним шоком, шляхом вимірювання систолического артеріального тиску (Е) та фіксації рівня свідомості (D), при цьому враховують час до початку лікування (В), і потім, за формулою  $T(пт) = 3,5AO + 0,4AI - 2,2B - 0,2C + 1,6D + 0,8E - 3,0$ , визначають тяжкість політравми (Т(пт)) при значенні Т(пт) до 5 – політравма є середньої тяжкості, в межах 6-25 – тяжка, в межах 26-50 – вкрай тяжка, в межах 51-80 – критична, більше 80 – позамежна

Спосіб здійснюється таким чином. У постраждалого з політравмою шляхом первинного огляду, вивчення об'єму і характеру наявних уражень визначають шість критеріїв, що визначені при проведенні факторного аналізу: кількість уражених анатомічних областей тіла (АО), індекс тяжкості анатомічних уражень (AI), стан свідомості (D), систолический артеріальний тиск (Е), час до початку протишокової терапії (В) і вік постраждалого (С). Оцінку тяжкості політравми проводять на підставі бальної оцінки цих шести критеріїв. Для зручного використання способу в повсякденній практичній діяльності отримані дані фіксують у спеціальному бланку стандартизованої шкали (фиг. 1)

При огляді послідовно визначають кількість уражених анатомічних областей (голова, шия, хребет, груди, живіт, таз, кінцівки) і значення вписують у стандартний бланк шкали (квадратне поле АО у правому верхньому куту шкали переліку анатомічних уражень)

Кожному наявному анатомічному ураженню присвоюють відповідний бал, що визначають за колонкою "Травма" і вписують у квадратне поле конкретної анатомічної області. Бальні значення кожного з наявних уражень дозволяють визначити індекс тяжкості анатомічних уражень (AI). Останній є результатом множення коефіцієнта  $k_{ao}$  і суми балів усіх наявних уражень, де  $k_{ao}$  дорівнює 1,0, 1,5, 2,0 – відповідно ураженню 2-х, 3-х, 4-х і більш анатомічних областей із домінуванням одного з них, або  $k_{ao}$  дорівнює 2,0 – при конкурентних тяжких ураженнях. Значення індексу вписують у квадратне поле "AI=".

Бал, що визначає параметри стану свідомості (D), систолического артеріального тиску (Е), часу до початку протишокової терапії (В) і віку постраждалого (С) відмічають у відповідній шкалі.

Результуючі бальні значення всіх шести критеріїв вписують у формулу  $T(пт) = 3,5AO + 0,4AI - 2,2B - 0,2C + 1,6D + 0,8E - 3,0$ , що розташована в окремому полі стандартного бланку. Обчислене значення тяжкості політравми - "Т(пт)" співвідносять із прогностичною таблицею у правому нижньому куті стандартного бланка і визначають прогнозовану ймовірність летальності і загрози розвитку поліорганної дисфункції.

Спосіб дозволяє оцінити тяжкість політравми з прогнозуванням розвитку поліорганної дисфункції та летальності з точністю до 95%.

Клінічний приклад

Хворий Л., 37 років, и б № 6968. Доставлений у приймальне відділення побіжним транспортом через 40 хвилин після автокатастрофи 06.10.1998.

Стан хворого вкрай тяжкий. У свідомості, але різко загальмований. На питання відповідає з за-

тримкою. Копір шкірних покривів блідо-сірий, липкий. ПТ Пульс 120 у 1 хв., слабкий. АТ 90/60 мм рт.ст. На грудній клітині і черевній стінці множинні осадни шкіри. З боку органів грудної клітини патології не виявлено. Черевна стінка напружена, різко хвороблива у лівій реберній дугі. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. При огляді тазу визначається різка болючість і кістковий хрускіт у лонного зчленування. Є рвані скальповані рани волосистої частини голови, і передньої поверхні правого стегна. Обстежений клінічно і лабораторно. Зроблено лапароцентез – у черевній порожнині рідка кров.

Екстрена операція: лапаротомія, спленектомія, лаваж і дренування черевної порожнини. На операції виявлена велика позаочеревенна гематома внаслідок перелому кісток таза.

Діагноз: Політравма. Тяжка поєднана травма голови, живота, тазу, хребта і правої нижньої кінцівки. Закрита ЧМТ, ушиб головного мозку легкого ступеня. Закрита травма живота, розрив селезінки, внутрішньочеревна кровотеча, позаочеревенна гематома. Закрита травма таза з переломом обох лонних і сідничних кісток і бічної маси крижі справа. Закрита травма хребта, перелом поперечного відростка п'ятого поперекового хребця. Закритий підвертільний перелом правої стегнової кістки. Рвані скальповані рани волосистої частини голови і передньої поверхні правого стегна. Травматичний шок III ступеня.

Тяжкість політравми – критична (бал – 51), загроза поліорганної дисфункції – 100%, можливість летального кінця – 95%. Дані відображені у стандартному бланку (фиг. 2).

Перебіг післяопераційного періоду тяжкий. У ранньому постшоківому періоді діагностовані двобічна гіпостатична пневмонія, динамічна кишкова непрохідність, остання розв'язалася консервативними заходами. Інтенсивна терапія і парентеральне харчування протягом 7 днів. Потім на ентеральному харчуванні, але продовжується консервативна терапія з уведенням крові і плазмозамінників, сольових розчинів, масивна антибактеріальна терапія. Дренажі видалені на 4-6 дні, шви зняті на 7-8 добу.

Через 25 днів перебування в клініці став відзначати зростаючий біль у нижніх відділах животу, з'явилися ознаки парезу кишечника й інтоксикації. Спочатку біль трактувався як наслідок переломів кісток таза і внутрішньотазової гематоми, що розсмоктується, але протягом спостереження запідозрений осередок деструкції в черевній порожнині з розвитком перитоніту.

На 27 добу перебування в клініці при зростаючих явищах перитоніту хворий оперований. На операції виявлена перфорація гострої виразки препілоричного відділу шлунка, був крапковий отвір із м'якими краями навколо. Зроблено зашивання виразки. У післяопераційному періоді клініка перитоніту зберігалася, що стало підставою для релапаротомії. Виявлено ще дві перфорації гострих виразок антрального відділу шлунка й цибулини дванадцятипалої кишки. Зроблено резекцію шлунка за Гофмейстером-Фінстерером.

Подальший клінічний перебіг вкрай тяжкий. Знадобилися ще 3 операції для дренування внутрішньочеревних абсцесів і усунення евентерації.

Діагностований сепсис із розвитком двобічної абсцедуючої пневмонії та ендотоксикозу. Проводилася масивна антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія. Проте, 17.01.1994 у хворого розвивається масивна ерозивна шлунково-кишкова кровотеча, що стала безпосередньою причиною смерті, що, незважаючи на проведення комплексної інтенсивної терапії, наступила на 103 добу перебування в клініці.

Продемонстрований прогнозований тяжкий перебіг травматичної хвороби у хворого після тяжкої автомобільної політравми, що ускладнилася

розвитком гострих рецидивних перфоративних виразок шлунка, сепсису з вираженою ендотоксемією і пневмонією, що абсцедує, наступним розвитком термінальної гострої шлунково-кишкової кровотечі.

Таким чином, спосіб, що пропонується, значно підвищує точність оцінки тяжкості політравми, дозволяє прогнозувати перебіг травматичної хвороби, забезпечує можливість визначення адекватного комплексу лікувальних заходів і сприяє поліпшенню результатів лікування.

## ТЯЖКІСТЬ ПОЛІТРАВМИ (Хв го , І.к. № )

АО		ТРАВМА	Бал
ГОЛОВА	Легк	Обмежені рани м'яких тканин голови, обличчя	0,5
	Сер. тяж	Легка закрита ЧМТ, ушкодження ока	5
	Тяж	Ушкодження очей, лиця скелету легкого і серйозні ушкодження мозку	7
		Тяжка закрита і відкрита ЧМТ	12
	Вкр. тяж	Вкрай тяжка закрита та відкрита ЧМТ	15
Шия	Легк.	Обмежені рани м'яких тканин шиї	0,5
	Тяж.	Ушкодження стравоходу, магістр судин, гортані	5-8
ХРЕБЕТ	Легк.	Паравертебральні рани	0,5
	Сер. тяж	Переломні хребців без ушкодження спинного мозку	1
	Тяж.	Переломні тіла хребців без ушкодження спинного мозку	3
		Часткове ушкодження спинного мозку	5
		Повне ушкодження спинного мозку у поперековому відділі	7
	Вкр. тяж	Повне ушкодження спинного мозку у шийному відділі	10 15
ГРУДНА КІЛКА	Легк	Обмежені рани м'яких тканин груді	0,5
	Сер. тяж	Одиничні переломи ребер (до 3-х)	1
		Поширені рани м'яких тканин груді	3
		Незначні пневмо- і гемоторакс	3
	Тяж.	Множинні односторонні переломи ребер грудної клітки	3-5
		Ушкодження діафрагми, легень, ушкодження серця	5
ЖИВІТ		Множинні двосторонні переломи ребер, ушкодження легень	5-8
		Відкритий, вибуховий пневмоторакс	5-12
	Вкр. тяж	Нестабільна грудна клітка	8
		Тяжкі ушкодження легень, стравоходу, кровоносних судин	8-12
		Тяжкі двосторонні легень, гемопневмоторакс	10-15
		Ушкодження магістральних судин, серця	15
ЖИВІТ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин живота	0,5
	Сер. тяж	Проникнучі - без ушкодження внутрішніх органів	1-3
		Дотичні органи - без кровотеч і перфорант	3
	Тяж.	Ізольовані - печінки, селезінки, нирки, тонкої кишки	5
		Ушкодження товстої кишки	5-10
	Вкр. тяж	Ушкодження двох паренхіматозних органів	7-12
ТАЗ		Множинні ушкодження тонкої і/або товстої кишки	8-12
		Тяжкі печінки, нирки, селезінки// + кровотечення	10-15
		Ушкодження ДПК і/або НШЗ	8-12
		Ушкодження більш трьох органів черевної порожнини	12-15
		Ушкодження великих судин	12-15
	Легк	Обмежені рани м'яких тканин тазу	0,5
ТАЗ	Сер. тяж	Переломи кісток тазу без ссаву	3
		Поширені рани м'яких тканин, незначні - статевих органів	3
	Тяж.	Поширені рани м'яких тканин тазу з кровотечами	5
		Тяжкі ушкодження статевих органів	5
		Переломи кісток тазу з порушеннями тазового кільця	7
		Ушкодження одного з тазових органів нервового сплетіння	8
Вкр. тяж		Перелом кісток тазового кільця з ушкодженнями органів	10
		Руйнування кісток з ушкодженнями декількох тазових органів	12
		Ушкодження великих тазових судин	10-15

КІНЦІВКИ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин кінцівок	0,5
	Сер. тяж	Ізольовані закриті переломи коротких кісток	1
		Поширені рани м'яких тканин, ушкодження великих нервів	3
	Тяж	Закриті переломи середніх кісток, ушкодження суглобів	3
Вкр. тяж		Множинні закриті переломи кісток кінцівок, голені	5-6
		Поширені рани м'яких тканин + кровотеча. З/перелом стегна	6
		Відкриті кістки, стопи, передпліччя і/або кисті	6-8
		Ізольовані відкриті ушкодження переломів довгих кісток, суглобів	6-8
Вкр. тяж		Ушкодження магістральних судин кінцівок	6-10
		Множ. відкриті, ушкодження переломів довгих кісток, суглобів	8-10
		Відкриті кістки, голені	8-10
		Відкриті стегна	10-15
Відкриті декількох різних сегментів кінцівок			15
Анатомічний індекс політравми (АІ) $\Sigma$ балів $\times K_{\text{ан}}$			АІ =
де $K_{\text{ан}}$ = 1,0; 1,5 2,0 (відповідно до ушкодження 2-х, 3-х, 4-х і більше анатомічних областей, з домінуванням одного з них)			
або де $K_{\text{ан}}$ = 2,0 при конкурентних тяжких ушкодженнях			

Час до настання ГТ (годин)	Бал (В)	Вік (роки)	Бал (С)	Свідомість	Бал (D)	Сист. АІ	Бал (E)
До 1	1	До 45	0	Ясна	0	100	1
1-3	2	46-60	3	Оголює	5	85	3
3-6	3	61-70	8	Сонор	8	60	8
> 6	4	> 71	10	Кома	10	< 60	10

## Визначення тяжкості політравми

$$T(\text{пт}) = 3,5AO + 0,4AI - 2,2B - 0,2C + 1,6D + 0,8E - 3,0$$

$$T(\text{пт}) = 3,5 \square + 0,4 \square - 2,2 \square - 0,2 \square + 1,6 \square + 0,8 \square - 3,0$$

T(пт) =

Тяжкість ПТ	Бал T(пт)	Летальність, %	Перв. ПОД, %
Сер. тяжка	До 5	До 3,5	До 25
Тяжка	6-25	До 40	До 65
Вкрай тяжка	26-50	До 85	До 90
Критична	51-80	До 95	100
Позамежна	> 80	100	100

Дата заповнення

Лікар

# ТЯЖКІСТЬ ПОЛІТРАВМИ (Хв-го ЛЛ, 37 р. Іх.Л№ 6968)

АО	ГЛАВА	ТРАВМА	Бал
ГОЛОВА	Легк	Обмежені рани м'яких тканин голови, обличчя	0,5
	Сер. тяж	Легка закрита ЧМТ, ураження ока	5
	Тяж	Ураження очей, лиц, скелету, легкія і сер.тяж. ушкод. мозку	7
	Вкр. тяж	Тяжкі закрита і відкрита ЧМТ	12
	Вкр. тяж	Вкр. тяж. закрита та відкрита ЧМТ	15
ШЫ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин шиї	0,5
	Тяж	Ураження стравоходу, магістр. судин, гортані	5-8
ХРЕБЕТ	Легк	Паривертебральні рани	0,5
	Сер. тяж	Переломи хребців без ураження сп. мозку	3
	Тяж	Переломи тп. хребців без ураження сп. мозку	5
	Тяж	Часткове ураження спинного мозку	5
	Тяж	Повне ураження сп. мозку у поперековому відділі	7
	Вкр. тяж	Повне ураження сп. мозку у грудному відділі	10
ГРУДНА КЛІТКА	Легк	Обмежені рани м'яких тканин груді	0,5
	Сер. тяж	Одиночні паракостні ребер (до 3-х)	1
	Сер. тяж	Поширені рани м'яких тканин груді	3
	Сер. тяж	Нетяжкі пневмо- і гемоторакс	3
	Тяж	Множинні одностор. переломи ребер, груднини	3-5
	Тяж	Ураження діафрагми, легень, ушкод. серця	5
	Тяж	Множинні двостор. переломи ребер, ушкод. легень	5-8
	Вкр. тяж	Відкритий, напружений пневмоторакс	5-12
	Вкр. тяж	Нестабільна грудна клітка	8
	Вкр. тяж	Тяжкі ураження легень, стравоходу/кровонос. Тяжкі двостор. легень, гемопневмоторакс	8-12
ЖИВІТ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин живота	0,5
	Сер. тяж	Прониключі - без ураження внутрішніх органів	1-3
	Сер. тяж	Дотичні органи - без кровотеч і перфорат.	3
	Тяж	Ізолювані - печінки, селезінки, нирки, тонкої кишки	5
	Тяж	Ураження товстої кишки	5-10
	Тяж	Ураження двох паренхіматозних органів	7-12
	Вкр. тяж	Множинні ураження тонкої і/або товстої кишки	8-12
	Вкр. тяж	Тяжкі - печінки, нирки, селезінки// + кровотечення	10-15
	Вкр. тяж	Ураження ДПК і/або ППШ	8-12
	Вкр. тяж	Ураження двох органів через порожнину	12-15
ТАЗ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин тазу	0,5
	Сер. тяж	Переломи кісток тазу без оссузу	3
	Сер. тяж	Поширені рани м'яких тканин, нетяжкі - статевих органів	3
	Тяж	Поширені рани м'яких тканин тазу з кровотечею	5
	Тяж	Тяжкі ураження зовнішніх статевих органів	5
	Тяж	Переломи кісток тазу з порушенням тазового кільця	7
	Тяж	Ураження одного з тазових органів, перивагінального простору	8
	Вкр. тяж	Перелом кісток тазового кільця з ураженням органу	10
	Вкр. тяж	Руйнування кісток з ураженням дрібних тазових органів	12
	Вкр. тяж	Ураження великих тазових судин	10-15

КІНЦІВКИ	Легк	Обмежені рани м'яких тканин кінцівок	0,5
	Легк	Ізолювані закрита переломи коротких кісток	1
	Сер. тяж	Поширені рани м'яких тканин, ураження великих нервів	3
	Сер. тяж	Закрита переломи середніх кісток, ураження суглобів	3
	Тяж	Множинні закрита переломи кісток в/кінцівок, гомаши	5-6
	Тяж	Поширені рани м'яких тканин + кровотеча. Зіперекос стегна.	6
	Тяж	Відкриті, стопи, передпліччя й кровотеча.	6-8
	Тяж	Ізолювані, відкриті, ускладнені переломи довгих кісток, суглобів	6-8
	Тяж	Ураження м'язів, сухожиль, судин кінцівок	6-10
	Вкр. тяж	Множ. відкриті, ускладнені переломи довгих кісток, суглобів	8-10
КІНЦІВКИ	Вкр. тяж	Відкриті, стопи, передпліччя й кровотеча.	8-10
	Вкр. тяж	Відкриті, стопи, передпліччя й кровотеча.	10-15
Анатомічний індекс політравми (АІ) $\Sigma$ балів $\times K_{\text{ан}}$			АІ =
де $K_{\text{ан}} = 1,0; 1,5; 2,0$ (відповідно до ураження 2-х, 3-х, 4-х і більше анатомічних областей, з домінуванням одного з них), або де $K_{\text{ан}} = 2,0$ при конкурентних тяжких ураженнях			62

Час до початку ТП (годин)	Бал (Н)	Вис (градуси)	Бал (С)	Свідомість	Бал (D)	Сист. АТ	Бал (E)
до 1	1	до 45	0	Ясн	0	100	1
1-3	2	46-60	3	Сонор	2	80	3
3-6	3	61-70	8	Сонор	8	60	8
> 6	4	> 71	10	Кома	10	< 60	10

Визначення тяжкості політравми:							T(пт) =
$T(пт) = 3,5AO + 0,4AI - 2,2B - 0,2C + 1,6D + 0,8E - 3,0$							51
$T(пт) = 3,5 \cdot 6 + 0,4 \cdot 62 - 2,2 \cdot 4 - 0,2 \cdot 0 + 1,6 \cdot 5 + 0,8 \cdot 3 - 3,0$							

Тяжкість ПТ	Бал T(пт)	Летальність, %	Перв. ПОД, %
Сер. тяжка	До 5	До 3,5	До 25
Тяжка	6 - 25	До 40	До 65
Вкр. тяжка	26 - 50	До 85	До 90
Критична	51 - 80	До 95	До 100
Позамежна	> 80	100	100

Дата заповнення 6.10.1998 Лікар: Шейко В.Д.

Фіг. 2

---

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, 03880, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180  
(044) 268-25-22

---