



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **109763** (13) **C2**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(21) Номер заявки:	<b>а 2015 03242</b>	(72) Винахідник(и):	<b>Рибальченко Василь Федорович (UA), Рибальченко Інна Геннадіївна (UA), Питула Василь Петрович (UA), Русак Петро Степанович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки:	<b>07.04.2015</b>	(73) Власник(и):	<b>Рибальченко Василь Федорович, вул. Березняківська, 12, кв. 156, м. Київ, 02152 (UA), Рибальченко Інна Геннадіївна, вул. Березняківська, 12, кв. 156, м. Київ, 02152 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на винахід:	<b>25.09.2015</b>	(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою:	<b>RU 2519365 C2, 10.06.2014 UA 36337 A, 16.04.2001 UA 36530 A, 16.04.2001 UA 77685 U, 25.02.2013 RU 2460469 C1, 10.09.2012 RU 2313289 C1, 27.12.2007 UA 18394 U, 15.11.2006</b>
(41) Публікація відомостей про заяву:	<b>10.08.2015, Бюл.№ 15</b>		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	<b>25.09.2015, Бюл.№ 18</b>		

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ХЛОПЧИКІВ МОЛОДШОГО ВІКУ

### (57) Реферат:

Винахід належить до медицини, а саме до дитячої хірургії, та може бути використаний в плановій та ургентній хірургії для лікування пахвинних та пахвинно-мошонкових гриж у хлопчиків молодшої вікової групи, в тому числі у новонароджених. Спосіб відрізняється тим, що відділення грижового мішка від компонентів судинно-нервового пучка, яєчка і сім'явиносної протоки здійснюють шляхом гідралічного препарування м'яких тканин поміж стінками грижового мішка та судинами і сім'явиносною протокою 0,25 % розчином новокаїну.

UA 109763 C2



Винахід належить до медицини, а саме до дитячої хірургії, та може бути використаний в плановій та ургентній хірургії для лікування пахвинних та пахвинно-мошонкових гриж у хлопчиків молодшої вікової групи, в тому числі у новонароджених.

Пахвинна грижа у дітей - це патологічне випинання в пахвинній області. Грижа складається з гризового мішка, гризового вмісту, а також гризових воріт, з яких виходить гризовий мішок з вмістом. Найчастіше вміст гризового мішка являє собою петлі кишечника.

Основною небезпекою пахвинної грижі є її утиск, який являє собою "застрявання" вмісту гризового мішка, яке може гостро виникнути, наприклад, петлі кишечника або яєчка з наступним їх перетисканням вузькими гризовими воротами. Наслідком такого патологічного стану є порушення кровопостачання та втрата життєздатності органа протягом короткого періоду часу.

Незважаючи на відносну простоту, операція потребує від хірурга особливого вміння та обережності, оскільки гризовий мішок знаходиться в безпосередній близькості до елементів сім'яного канатику та сім'явиносної протоки, порушення яких може привести до серйозних наслідків аж до безпліддя.

Пахвинні грижі складають 70-95 % від всіх видів гриж у дітей. Частота утиснених гриж, які можуть супроводжуватись тяжкими ускладненнями, як і раніше висока і досягає 10,5 %.

Відмічені вище статистичні дані свідчать про необхідність вдосконалення відомих способів хірургічного лікування пахвинних гриж у дітей і пошуку нових прийомів та підходів до їх лікування.

Відомим в дитячій хірургії є спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж, одним з основних етапів якого є виділення гризового мішка від елементів сім'яного канатику і яєчка з наступним відсіканням гризового мішка (Исаков Ю.Ф., Лопцхин Ю.М.. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. - М: Медицина, 1977. - С. 438-441).

Значним недоліком вказаного способу є велика вірогідність травмування елементів сім'яного канатику та яєчка під час оперативного втручання, та виникнення можливого безпліддя.

Відомий деклараційний патент на винахід UA 36530 - спосіб хірургічної корекції вроджених пахвинних гриж у дітей першого року життя виконують наступним чином: пошарово розсікають м'які тканини пахвинної області на боці грижі, здійснюють підхід до пахвинного каналу через його широкий зовнішній отвір, серед елементів сім'яного канатику знаходять гризовий мішок, виділяють його на протязі приблизно 2 см максимально близько біля шийки. Після оцінки стану гризового мішка на предмет наявності в ньому внутрішніх органів, які легко продивляються крізь його тонкі стінки, мішок прошивають в місці його мобілізації біля шийки атравматичною голкою і перев'язують на обидва боки. Перев'язаний мішок не відсікають, а залишають на місці. Його тільки розсікають по довжині для опорожнення від внутрішньо-очеревинної рідини. Широкий зовнішній отвір пахвинного каналу звужують одним, двома окремими вузловими швами так, щоб він вільно протикав палець. Операційну рану зшивають пошарово, на шкіру - інтрадермальний шов.

Вказаний спосіб має перевагу, яка полягає в його адаптації до раннього віку дитини. Тим не менш, ступінь зменшення післяопераційних ускладнень, в першу чергу, пов'язаних з травмуванням елементів сім'яного канатику і яєчка недостатня і потребує подальшого вдосконалення.

Відомий ще один деклараційний патент UA36337A на спосіб хірургічної корекції пахвинних гриж у дітей, який виконують наступним чином: пошарово розсікають м'які тканини пахвинної області на боці грижі, здійснюють розтин передньої стінки пахвинного каналу. Серед елементів сім'яного канатику знаходять гризовий мішок, стінки якого мають характерний вигляд. Весь мішок, в тому числі і його шийку, визволяють від елементів сім'яного канатику, які інтимно до нього прилягають, за допомогою тупфера. Після розтину гризового мішка шийку його прошивають атравматичною голкою і перев'язують на обидва боки. Гризовий мішок відсікають і видаляють. Зверху в поперечному напрямку накладають атравматичною голкою і ниткою 4/0 шви, які утворюють дуплікатуру очеревини над гризовими воротами. Передня стінка пахвинного каналу зшивається край-в-край, без формування дуплікатури апоневрозу. Отвір зовнішнього пахвинного кільця повинен пропускати кінчик пальця. Операційна рана зшивається пошарово.

Основне ускладнення в ранньому післяопераційному періоді - гематома та крововилив в області рани і мошонки.

В більш пізні терміни - рецидив пахвинної грижі, це може бути зв'язано з недоліками в роботі хірурга при обробці шийки гризового мішка (лігатура не повністю перекрила просвіт мішка, не достатньо міцно затягнута петля).

Спосіб, що розглядається, є топографо-анатомічно обґрунтований, має профілактичну спрямованість відносно можливого розвитку чоловічого безпліддя. Однак, він не є достатньо

ефективним в плані виникнення рецидивів пахвинних гриж. Крім того, не в повній мірі запобігає виникненню побічних ефектів і ускладнень підчас хірургічного втручання.

Крім того, відомий патент RU 2519365, в якому запропонований "Способ хирургического лечения паховых грыж у детей", що включає в себе поперечний розтин шкіри, підшкірної клітковини та апоневроз зовнішнього косого м'язу живота на 1,0-1,5 см вище проекції глибокого пахового кільця, визначеної сонографічно, розшарування внутрішнього косого та поперечного м'язів по ходу м'язових волокон до поперечної фасції, розсічення поперечної фасції, виділення гризового мішка в передочеревинній клітковині, відділення судин і сім'явивідної протоки від його шийки протягом 1,5-2,0 см, прошивання та перетин її, пошарове зашивання операційної рани, причому розкривають поперечну фасцію і відшаровують від неї очеревину в межах латеральної пахової ямки нижче проксимального краю операційної рани, оголюють гризовий мішок і частково прилегли до нього судинно-нервовий пучок яєчка та сім'явивідну протоку, відділяють гризовий мішок від вказаних компонентів сім'яного канатика перед їх входом в глибоке пахове кільце.

Всі дії і прийоми відомого способу направлені на зниження, в першу чергу, можливих ускладнень після операційного втручання. Але ефективність лікування пахвинної грижі у дітей характеризується одиничними показниками, наприклад, спрощенням і атравматичністю, але не відображають комплексного підходу до всіх вимог вказаного лікування.

Задачею цього винаходу є вдосконалення способу хірургічного лікування пахвинної грижі у дітей молодшого віку, включаючи новонароджених, шляхом оптимального поєднання прийомів і дій здійснення лікування у відповідності з анатомічними особливостями організму дитини, в результаті чого досягається максимальне зниження побічних ускладнень хірургічного втручання, таких як гематоми, сероми, нагноєння, та можливих післяопераційних рецидивів, небезпека можливого безпліддя.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування пахвинно-мошонкових гриж у новонароджених та хлопчиків молодшого віку, згідно з винаходом, включає доступ до пахвинного каналу через його широкий зовнішній отвір, визначений за допомогою ультразвукового дослідження, відділення гризового мішка від компонентів судинно-нервового пучка, яєчка і сім'явиносної протоки шляхом гідралічного препарування м'яких тканин поміж стінками гризового мішка та судинами і сім'явиносною протокою 0,25 % розчином новокаїну на рівні зовнішнього пахового кільця, після чого відділяють гризовий мішок, мобілізують його і прошивають на рівні зовнішнього кільця пахового каналу, перев'язують та пересікають дистальніше місця перев'язки.

Авторами цього винаходу передбачені дії та прийоми хірургічного лікування пахвинної грижі у хлопчиків молодшого віку, включаючи новонароджених, які в своїй сукупності дозволяють досягнути заявленого технічного результату.

Одним з прийомів вказаного хірургічного втручання є встановлення анатомічних особливостей пахового каналу за допомогою УЗД. Такі дослідження дозволяють визначити параметри пахового каналу у дітей, що, в кінцевому рахунку, є об'єктивним показником для вибору місця утистки грижі без будь-яких додаткових хірургічних дій.

Значним внеском технічного рішення, що розглядається, є проведення внутрішнього або зовнішнього відносно гризового мішка гідралічного препарування 25 % розчином новокаїну. Вказаний захід направлений на пошарове видалення гризового мішка від можливого його наповнення сусідніми органами та їх утистка. Вказаний прийом практично виключає травматичну дію і тим самим сприяє зниженню до мінімуму можливих ускладнень.

Що стосується інших ознак винаходу, то особливо звертає увагу надійність швів, що є результатом особливого їх накладання.

В свою чергу, надійність швів визначає ще одну перевагу рішення, що заявляється, а саме - відсутність рецидиву грижі.

Дії, які направлені на прошивання, перев'язування і перетин гризового мішка, є обов'язковими і однаково обґрунтованими як для цілого гризового мішка, так і для випадку, коли він має просвіт (рваний мішок). Але в тому та іншому випадку вони виконуються по-децю різними технічними схемами.

Крім того, попереднє гідропрепарування органів, що прилягають до гризового мішка, для обох ситуацій - цілий або з просвітом гризовий мішок, має абсолютно однакову направленість, але децю відрізняється по технічному виконанню.

Відмінність в технічних прийомах гідралічного препарування полягає в тому, що в першому випадку - це зовнішнє відносно гризового мішка препарування, а в другому випадку - внутрішнє.

На фіг. 1-4 показана техніка виконання способу, що заявляється.

Як зазначено на фіг. 1: 1 - зовнішнє пахвинне кільце, 2 - медіальна ніжка пахвинного каналу, 3 - латеральна ніжка пахвинного каналу, 3 - зовнішнє пахове кільце, 4 - грижовий мішок, 5 - латеральна стінка пахвинного каналу, 6 - шприц та гідропрепаровка з зовнішньої сторони, 7 - затискач на передній стінці грижового мішка, 8 - шприц та гідропрепаровка з медіального боку, 9 - медіальна стінка пахвинного каналу, 10 - просвіт грижового мішка.

На фіг. 2. зазначено: проведення ревізії вмісту грижового мішка як через стінку так і 11 - місце розтину просвіту грижового мішка з метою ревізії, 12 - відділення грижового мішка та взяття його на затискач, 13 - прошивання зовні з виолом 14, 15 - зав'язування вузла з зовнішнього боку, 16 - обхід однією ниткою по переду мішка, 16 - обхід ниткою з заднього боку мішка, 17 - зав'язування вузла, 19 - пунктир відсічення мішка, 20 - нитки відсікають після зняття затискача - 12.

На фіг. 3. зазначено: 21 - дефект у грижовому мішку, 22 - затискач на зовнішньому боці дефекту грижового мішка, 23 - шприц з розчином та проведення внутрішньої гідропрепаровки, 24 - затискач на медіальній стінці грижового мішка, 25 - внутрішня гідропрепаровка з медіальної сторони.

На фіг. 4. зазначено: накладення стібків нитки - 26 - вкол нитки зовні та проведення стібків з внутрішньої сторони і виолом на зовні, 28 - відділена стінка та взята на затискач, 29 - відсічена стінка грижового мішка, 30 - просвіт відсіченої ділянки грижі, 31 - проведення після прошивання нитки по задній поверхні та зав'язування її, 32 - вузол нитки, 33 - проведення однієї нитки навколо грижового мішка - по його периметру та по передній частині - 34, 35 - зав'язування вузла, 36 - нитки відсікаються та вузол піднімається уверх до внутрішнього кільця.

Виконання запропонованого способу хірургічного лікування вроджених пахвинних гриж у новонароджених дітей.

Доступ до пахвинного каналу через його широкий зовнішній отвір визначено за допомогою ультразвукового дослідження. Як зазначено на фіг. 1, очищаються волокна зовнішнього косоного м'язу та візуалізуються: 1 - зовнішнє пахвинне кільце, 2 - медіальна ніжка пахвинного каналу, 3 - латеральна ніжка пахового каналу, 4 - грижовий мішок мобілізується тупферами з медіальної та латеральної сторони, 5 - очищена латеральна стінка пахового каналу інфільтрується 6 - шприцом та виконується гідропрепаровка з зовнішньої сторони судин та сім'явиносної протоки, а наступним моментом є накладення для фіксації затискача на її передню частину - 7 - затискач на передній стінці грижового мішка, в подальшому проводиться гідропрепаровка з медіального боку за допомогою розчину як показано - 8, та 9 - медіальна стінка пахового каналу, 10 - просвіт грижового мішка.

На фіг. 2. зазначено: проведення ревізії вмісту грижового мішка як через стінку так і 11 - місце відкриття просвіту грижового мішка з метою ревізії, після гідропрепаровки - 12 - відділення грижового мішка та взяття його на затискач, наступним моментом є - 13 - прошивання зовні з виолом та виолом 14, та 15 - зав'язування вузла з зовнішнього боку, в подальшому один кінець нитки - 16 - обводиться по периметру з передньої стінки мішка, а в подальшому - 17 - з заднього боку мішка, та зав'язування вузла зовні - 18. Наступним моментом є зняття затискача - 12 та відсічення мішка - 19, що позначено пунктиром. На кінець нитки - 20 - відсікається та вузол піднімається на рівень внутрішнього кільця. Широке зовнішнє кільце пахвинного каналу звужують до 0.4-0.5 см. (пропускав кінець пальця) двома вузловими швами (накладені два шва на ніжки - 1 та - 2). Операційну рану зашивають пошарово, з інтрадермальним швом на шкіру.

Поміж тим при виділенні мішка можливо його пошкодження, що потребує декілька іншої методики виділення.

На фіг. 3. зазначено: 21 - дефект в грижовому мішку, стінки якого з двох сторін фіксуються на затискачах - 22 - затискач на зовнішньому боці дефекту грижового мішка, та 24 - затискач на медіальній стінці грижового мішка, наступним етапом є проведення внутрішньої гідропрепаровки, як зазначено, - 23 - шприц з розчином та проведення внутрішньої гідропрепаровки ззовні грижового мішка та 25 - внутрішня гідропрепаровки з медіальної сторони.

Наступним етапом, як зазначено на фіг. 4, є накладення стібків нитки - 26 - вкол голки з ниткою зовні та проведення стібків з внутрішньої сторони і виолом на зовні - 27, в подальшому відділена гідропрепаровкою стінка грижового мішка мобілізується та фіксується затискачем - 28 і піднімається до верху з метою для більш зручного обходу одним кінцем нитки по задній її частині. Наступним етапом є відсічення мобілізованої задньої стінки гідропрепарованого грижового мішка - 29, а після відсічення - 31 - проведення одного кінця нитки по задній поверхні та зав'язування її - 32 - вузол нитки. Наступним етапом є проведення одного кінця нитки навколо грижового мішка по його периметру по задній - 33 та по передній частині - 34, а в подальшому - 35 - зав'язування вузла, 36 - нитки відсікаються та вузол піднімається уверх до

внутрішнього кільця. Широке зовнішнє кільце пахвинного каналу звужують до 0.4-0.5 см. (пропусків кінець пальця) двома вузловими швами (накладені два шва на ніжки - 1 та - 2). Операційну рану зашивають пошарово, з інтрадермальним швом на шкіру. Винахід пояснюється прикладами конкретного виконання.

#### 5 ПРИКЛАД 1

Історія хвороби хлопчика С.О., 2 місяці, який був прийнятий у відділення хірургії новонароджених для хірургічної корекції правобічної пахвинно-мошонкової грижі. Була проведена операція. Витяг з протоколу операції: поперечним доступом в правій пахвинній ділянці пошарово відкриті м'які тканини до зовнішнього пахвинного кільця. Вихід до пахвинного каналу здійснений через його широкий зовнішній отвір. З латерального боку верифікований грижовий мішок, який відділений від елементів сім'яного канатика та судин шляхом зовнішньої гідропрепаровки 0.25 % розчином новокаїну (4.5 мл), який виділений тільки біля шийки. Через стінку грижового мішка - очередину встановлена відсутність вмісту (кишки чи хробакоподібного відростка) в просвіті. Грижовий мішок взятий на затискач, прошитий і перев'язаний з двох сторін, пересічений в поперековому напрямку, відсічена нитка та кукса грижового мішка піднялась до внутрішнього пахвинного кільця. Дистальна частина мішка розсічена по довжині на 1.5-2.0 см. Широкий зовнішній отвір пахвинного каналу звужений 2-ма вузловими швами до 0.5 см. під контролем пальця. Пошарові шви на операційну рану. Гематом та інших ускладнень під час операції не було. В післяопераційному періоді набряку мошонки не було, проведено УЗД та доплерографія мошонки в динаміці яєчка розвиваються відповідно віку. Дитина оглянута через 1 міс., 6 міс., 1 рік після операції. Результат лікування відмінний.

#### 20 ПРИКЛАД 2

Хворий П., 2 місяці, діагноз: вроджена двобічна пахвинно-мошонкова грижа. Госпіталізований у відділення недоношених, за терміновими показаннями з скаргами на підвищення температури тіла до 37,6 °С, відсутність самостійного випорожнення, блювоту. Клінічно грижа значних розмірів, які виповнюють пахвинний канал та мошонку справа та зліва, різко збільшуючи її об'єм. Над пахвинними ділянками та порожниною мошонки вислуховується знижена за інтенсивністю перистальтика, яєчка пальпаторно зменшені, кремастерний рефлекс відсутній з обох сторін. Грижовий вміст не вправляється в черевну порожнину із-за значних розмірів петель кишечника. Явищ кишкової непрохідності не виявлено. Обстеження: УЗД мошонки, яєчка візуалізуються у зовнішніх кілець пахвинного каналу, розміри та ехоструктура вікові. Місцева температура з обох сторін мошонки 32,6 °С, між яєчкова температура - 32,7 °С. При доплерографії органів мошонки кровообіг в яєчках збережений, але знижений. Ураховуючи вади розвитку та зниження кровообігу в судинах яєчок, виконано оперативне втручання під каудальною анестезією: грижосічення з накладанням модифікованого внутрішнього касетного шва на шийку крилевого мішка з двох сторін. При ревізії пахвинної ділянки виявлено значно розширене зовнішнє пахвинне кільце, через яке пролабує грижовий мішок значних розмірів, через які просвічуються петлі кишечника. Грижовий мішок розсічено за методикою клініки, петлі кишечника занурені в черевну порожнину. По задньо-медіальній поверхні грижового мішка просвічуються сім'явиносна протока та судини, кремастерний м'яз розпластаний по задньо-медіальній поверхні грижового мішка. Проведена гідропрепаровка 0.25 % розчином новокаїну грижового мішка з внутрішньої сторони. Атраumaticною голкою з ниткою 4/0 на рівні гідравлічного препарування з внутрішньої сторони шляхом 3-4 стібків, але вкол голки з ниткою ззовні одного боку та з виколом назовні з іншого боку і перев'язали його спочатку зовні на боці відділеного грижового мішка від судинно-нервового пучка, яєчка і сім'явиносної протоки, після чого грижовий мішок обійшли по периметру і знову перев'язали. Дефектів закриття шийки грижового мішка не виявлено. Операційна рана зашита пошарово. Набряк мошонки в першу добу після операції відсутній, яєчка - м'якоеластичної консистенції. Після операції ускладнень відсутні. Через місяць проведено УЗД та доплерографія мошонки в динаміці кровообіг в яєчках в межах норми, яєчка вікового розміру. Дитина оглянута через 1 міс., 6 міс., 1 рік після операції. Результат лікування відмінний.

Таким чином, спосіб, що заявляється, є найбільш адаптований до новонароджених та хлопчиків молодшої вікової групи.

55 Значною перевагою способу є зменшення до мінімуму травматичних і набрякових ускладнень, як під час, так і після хірургічного втручання. Хірургічне втручання у відповідності зі способом, що заявляється, є ефективним в плані запобігання виникнення рецидиву гриж, як у близькому, так і у віддаленому періоді.

Крім того, рішення, що розглядається, має соціальну та профілактичну спрямованість відносно збереження чоловічого безпліддя у майбутньому.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

1. Спосіб хірургічного лікування пахвинно-мошонкових гриж у новонароджених та хлопчиків молодшого віку, який **відрізняється** тим, що включає доступ до пахвинного каналу через його широкий зовнішній отвір, визначений за допомогою ультразвукового дослідження, відділення грижового мішка від компонентів судинно-нервового пучка, яєчка і сім'явиносної протоки шляхом гідравлічного препарування м'яких тканин поміж стінками грижового мішка та судинами і сім'явиносною протокою 0,25 % розчином новокаїну на рівні зовнішнього пахвинного кільця, після чого відділяють грижовий мішок, мобілізують його і прошивають на рівні зовнішнього кільця пахвинного каналу, перев'язують та пересікають дистальніше місця перев'язки.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при цілому грижовому мішку проводять зовнішнє гідравлічне препарування 0,25 % розчином новокаїну навколо грижового мішка з медіального боку та з нижнього боку - з боку судин та сім'явиносної протоки.
3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при грижовому мішку з просвітом проводять внутрішнє гідравлічне препарування 0,25 % розчином новокаїну з медіального боку та нижнього боку відносно зовнішнього пахвинного кільця.
4. Спосіб за п. 1 або п. 2, який **відрізняється** тим, що прошивають наскрізь цілий грижовий мішок, після чого його перев'язують з однієї сторони та по периметру з протилежного боку.
5. Спосіб за п. 1 або п. 3, який **відрізняється** тим, що грижовий мішок з просвітом прошивають на рівні гідравлічного препарування з внутрішнього боку шляхом 3-4 стібків, причому вколювання голки з ниткою виконують ззовні одного боку та з виходом назовні з іншого боку, і перев'язують його спочатку зовні на боці відділеного грижового мішка від судинно-нервового пучка, яєчка і сім'явиносної протоки, після чого грижовий мішок обходять по периметру і знову перев'язують.

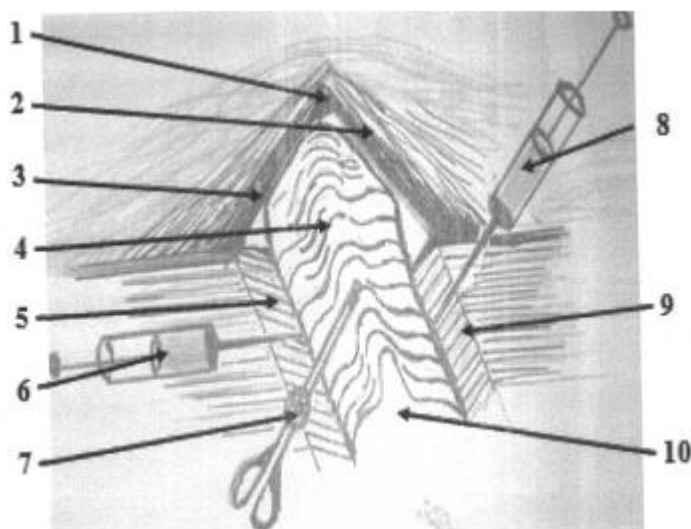


Fig. 1

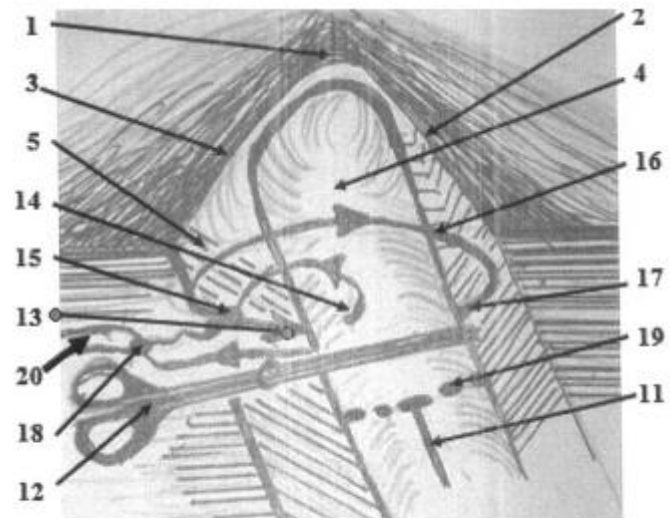


Fig. 2

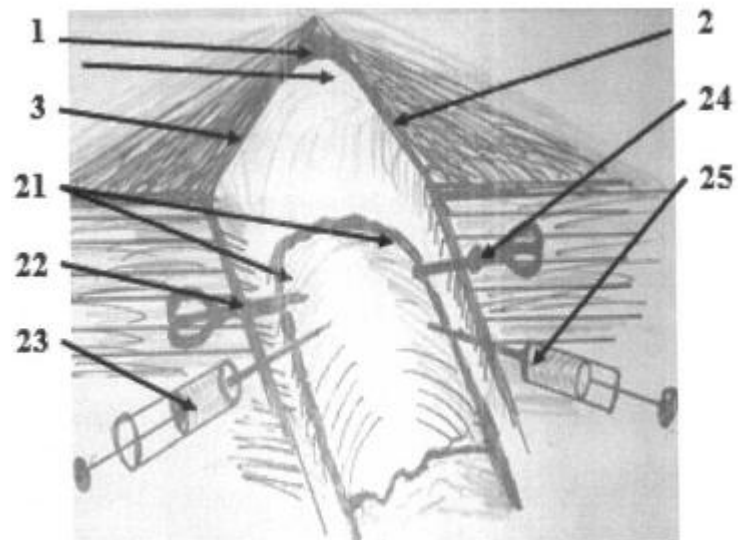


Fig. 3



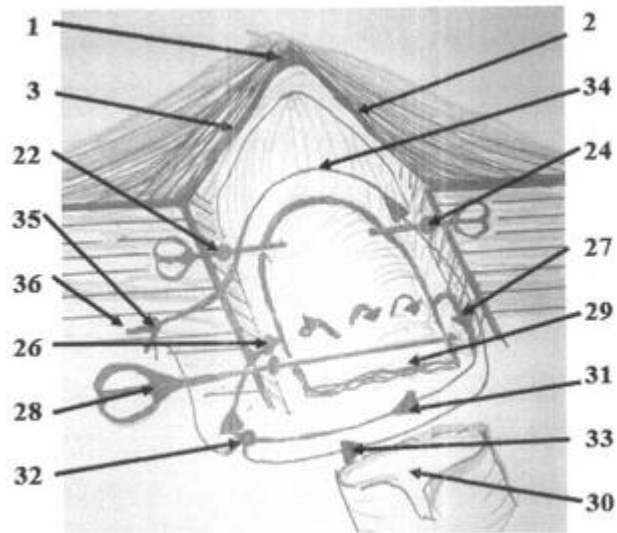


Fig. 4

---

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601