

*Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка
Хмельницький національний університет
Чернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка
Дрогобицький фаховий коледж нафти і газу*

**МАТЕРІАЛИ
VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**ШЛЯХИ РОЗВИТКУ
РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ
МОЛОДІ УКРАЇНИ**

09 травня 2024 р.

УДК 796.012-053.67(477)(08)

Ш70

Організаційний комітет:

Кондрацька Галина Дмитрівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я факультету здоров'я людини та природничих наук Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (голова оргкомітету);

Лук'янченко Микола Іванович – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету здоров'я людини та природничих наук Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Павлюк Євген Олександрович – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету здоров'я, психології, фізичної культури та спорту Хмельницького національного університету;

Шандригось Віктор Іванович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, декан факультету фізичного виховання Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка;

Чепелюк Анна Вікторівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту факультету здоров'я людини та природничих наук Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Піць Богдан Миколайович – керівник фізичного виховання Дрогобицького фахового коледжу нафти і газу.

Шляхи розвитку рухової активності молоді України: матеріали

Ш 70 VI Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Дрогобич, 09 травня 2024 р. Дрогобич : Посвіт, 2024. 396 с.

У збірнику представлено виклад статей (результати дослідження), поданих на VI Всеукраїнську науково-практичну конференцію «Шляхи розвитку рухової активності молоді України».

УДК 796.012-053.67(477)(08)

теоретико-прикладний аспект.....	253
Скальські Даріуш В., Цигановська Н. Медична освіта як складова профільного напрямку фізичної культури.....	265
Проць Р., Плахов О., Лукач І. Інновації в арбітражі футболу та фут залу.....	275

НАПРЯМ ІV

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ

Закаляк Н., Кушина М. Засоби відновного лікування дітей з ожирінням.....	283
Волошин О., Сушицький Н., Дембота С. Вивчення варіабельності функціональних показників у хворих на цукровий діабет II типу на фоні застосування засобів фізичної терапії	291
Фещак К., Лучковський В. Оптимізація реабілітації дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями.....	298
Закаляк Н., Масний О., Матерацька Н. Фізична терапія в реабілітації хворих на бронхіальну астму.....	306
Ружило С., Шишак С. Реабілітаційне санаторно-курортне лікування тунельних нефропатій.....	313
Кондрацька Г., Кореневич Г. Фізична терапія при остеохондрозі шийного відділу хребта.....	319
Закаляк Н., Герасименко О., Саламіна І. Реабілітація хворих дитячим церебральним паралічем з вираженими порушеннями рухів.....	327
Фігура О., Семенишин Ю. Сучасні тенденції застосування ерготерапевтичних засобів у пацієнтів з черепно-мозковою травмою.....	336
Ружило С., Шинкар С., Бойсин Г. Фізіобальнеотерапія і кінезотерапія при захворюваннях	

використання методик лікувальної фізичної культури у фізичній терапії хворих на цукровий діабет 2 типу. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2017. № 1. С.10-15.

Катерина Фещак¹, Василь Лучковський²

¹викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії

²студент другого (магістерського) рівня вищої освіти

^{1,2}Дрогобицький державний педагогічний

університет імені Івана Франка

Дрогобич, Україна

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПРОГРЕСЮЮЧИМИ М'ЯЗОВИМИ ДИСТРОФІЯМИ

***Анотація.** В дослідженні описано шляхи оптимізації реабілітаційного процесу для дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями. Висвітлено уявлення щодо даних захворювань. Зібранота вивчено літературні джерела, в яких описується клінічна картина та класифікація прогресуючих м'язових дистрофій. Проаналізовано особливості протікання різних форм прогресуючих м'язових дистрофій. Закцентовано увагу на тих формах, які мають широке поширення та починають проявлятися в дитячому віці. Виокремлено основні завдання реабілітації дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями. Описано основні моменти реабілітації таких дітей, в залежності від стадій перебігу м'язодистрофічного процесу. Оцінено функціональний стан дітей за трьома уніфікованими шкалами, враховуючи вихідні та кінцеві дані дослідження, а також підведено підсумки щоб запропонованої програми реабілітації. На основі отриманих в процесі дослідження даних, зроблено відповідні висновки та окреслено перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.*

***Ключові слова:** прогресуючі м'язові дистрофії, реабілітація, фізична терапія, ерготерапія, оптимізація, міопатії.*

***Abstract.** The research describes ways to optimize the rehabilitation process for children with progressive muscular dystrophies. The concept of these diseases is highlighted. Literature sources describing the clinical picture and classification of progressive muscular dystrophies were collected and studied. The peculiarities of*

the progression of various forms of progressive muscular dystrophy have been analyzed. Attention is focused on those forms that are widespread and begin to manifest in childhood. The main tasks of rehabilitation of children with progressive muscular dystrophies are highlighted. The main points of rehabilitation of such children are described, depending on the stages of the myodystrophic process. The functional state of children was evaluated on three unified scales, taking into account the initial and final data of the study, and the results of the proposed rehabilitation program were summarized. Based on the data obtained in the research process, appropriate conclusions were drawn and prospects for further research in this direction were outlined.

Key words: *progressive muscular dystrophies, rehabilitation, physical therapy, occupational therapy, optimization, myopathies.*

Вступ. Частота захворюваності на прогресуючі м'язові дистрофії становить близько 30 на 100 тисяч хлопчиків, які народжуються в рік. Так, як дана група захворювань призводить до часткової чи повної інвалідизації дітей, то питання їх діагностики, лікування та реабілітації стоїть дуже гостро. В наш час, велика кількість науковців у процесі своїх досліджень вивчають дане питання та існує багато абсолютно різних думок з цього приводу [2]. Деякі науковці дуже скептично ставляться до включення лікувальної фізичної культури в процес допомоги дітям з прогресуючими м'язовими дистрофіями, так як вважають, що дані методи до кінця не вивчені та малоефективні, а деякі вправ, що більше, можуть усугубити стан і без того ослаблених м'язів. Але існує й інша думка, яка полягає в тому, що фізична реабілітація може у значній мірі покращити якість життя хворого, та є ряд науковців, які працюють над розробкою програми фізичної реабілітації осіб з прогресуючими м'язовими дистрофіями та іншими нервово-м'язовими захворюваннями. До них належить: Гордієно О.В. [1], Чернишова І.М. [3], Малахов В.О. [2] та інші вчені, в тому числі і закордонні.

Не зважаючи на те, що вивчення даної проблеми триває та за останні роки було проведено досить багато досліджень ефективності тих чи інших методів фізичної реабілітації для дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями, існує ще значна кількість невирішених питань, які потребують уваги науковців.

Мета дослідження – оптимізувати реабілітацію дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями.

Завдання дослідження:

1. Зібрати та вивчити літературні джерела, в яких описується симптоматика та класифікація прогресуючих м'язових дистрофій.
2. Проаналізувати особливості протікання різних форм прогресуючих м'язових дистрофій.
3. Виокремити основні завдання реабілітації дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями.
4. Описати основні моменти реабілітації дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями, в залежності від стадій перебігу м'язової дистрофічної процесу.
5. Оцінити ефективність запропонованого плану реабілітації, оцінивши стан дітей зауніфікованими шкалами.
6. На основі отриманих в процесі дослідження даних, зробити відповідні висновки.

Матеріали і методи дослідження. Наше дослідження мало теоретичний і практичний етапи. На теоретичному етапі ми збрали та проаналізували літературні джерела, в яких описується симптоматика та класифікація прогресуючих м'язових дистрофій. Далі ми структурували і систематизували отриману інформацію та перейшли до практичного етапу дослідження. Практичний етап нашого дослідження проходив на базі Бальнеологічного відділення Дрогобицької міської лікарні №1. В дослідженні взяли участь 8 дітей віком від 7 до 15 років з прогресуючими м'язовими дистрофіями різної стадії м'язової дистрофічної процесу. Протягом 2 тижнів, ми брали участь в проведенні реабілітаційних заходів та на основі спостереження і проведеного експерименту, зробили відповідні висновки щодо ефективності запропонованого плану реабілітаційних втручань.

У процесі дослідження застосовувалися наступні методи: аналіз літературних джерел, збір анамнезу, спостереження та експеримент. Стан хворих оцінювався за наступними шкалами: Medical Research Council Paralysis Scale (mRS), Скотта (Muscular Dystrophy Score (MDS)) та шкала Vignos (Vignos Scale).

Результати дослідження та їх обговорення. Прогресуючі м'язові дистрофії – це спадкові захворювання, які, зазвичай, починають себе проявляти ще в дитинстві. Характеризується ця

група захворювань м'язовою слабкістю, яка веде до повної атрофії [9].

Існує дуже багато форм та видів прогресуючих м'язових дистрофій. Окрім цього, сучасна наука пропонує нам і багато різних класифікацій прогресуючих м'язових дистрофій. Найбільш легку та зручну у використанні класифікацію запропонував професор Бадалян Л.О. у 1974 році. Згідно з нею, виділяють 4 основні групи захворювань. До I групи належать первинні міопатії, до II групи – вторинні аміотрофії. III група – це змішані форми, а IV група – міопатичні синдроми. Цей же професор розробив також класифікацію стадій перебігу міодистрофічного процесу, згідно з якою всіх хворих можна умовно розділити на 3 категорії. Пацієнти з помірно вираженими руховими порушеннями, які можуть виконувати легку роботу, але з ознаками загальної слабкості, належать до I категорії. II категорія – це хворі, у яких рухові труднощі виникають навіть під час ходьби чи підйому по сходах. А до III категорії належать пацієнти, які не можуть самостійно пересуватися. У них наявні грубі контрактури та деформації. Таку стадію перебігу міодистрофічного процесу також називають паралітичною[4].

Не зважаючи на велике різноманіття форм, існують певні спільні клінічні ознаки прогресуючих м'язових дистрофій: проксимальна м'язова слабкість (симетрична та з різним ступенем вираженості, яка з часом призводить до повної атрофії м'язів), симптом Говерса (для того, щоб пацієнт піднявся з положення навпочіпки, він мусить спочатку опертися ногами об підлогу, а тоді об свої власні коліна), підняття по сходах лише з допомогою рук, «качина хода» (хворий йде, перевалюючись), поперековий гіперлордоз, лопатки «крилоподібної» форми, псевдогіпертрофія литкових м'язів, ходьба навшпиньки через контрактури ахіллового сухожилля, а також збереження сили м'язів обличчя[10].

Проаналізувавши особливості протікання різних форм прогресуючих м'язових дистрофій, ми дійшли висновку, що у дитячому віці найчастіше проявляється псевдогіпертрофічна міопатія Дюшенна або Беккера, так як велика кількість форм проявляється вже у старшому віці, а багато з них зустрічаються надзвичайно рідко. Саме тому у своєму дослідженні ми зробили акцент на цих формах. Слід пам'ятати, що ці дві форми є досить подібними між собою, проте міопатія Дюшенна є значно

складнішою та небезпечнішою. Хворіють на неї хлопчики, патологічний ген яким передається від матерів, які є носіями гена. Перші прояви захворювання починають спостерігатися у віці від 2 до 5 років. Небезпека даного захворювання полягає в тому, що до 12 років хворі діти втрачають здатність самостійно ходи, а у віковий період від 20 до 30 років стрімко ростуть показники смертності. Враховуючи все, що сказано вище, стає зрозумілим, що прогноз при лікуванні даного захворювання є досить таки невтішним. Проте дуже важливо розвивати комплексну реабілітацію для таких дітей щоб покращити якість їхнього життя та дещо сповільнити процес виникнення парезів, паралічів і розвитку контрактур [6]. Псевдогіпертрофічна міопатія Беккера, в свою чергу, характеризується значно легшим перебігом та пізнішим прогресуванням. Такі пацієнти можуть зберігати здатність ходити і до 60 років. Тому прогноз при лікуванні та реабілітації буде значно оптимістичнішим [5].

Основними завданнями реабілітації при прогресуючих м'язових дистрофіях є збереження, підтримка та розвиток сили м'язів, попередження виникнення контрактур, а також запобігання розвитку сколіозу і деформацій грудної клітки. Хворого навчають всім видам дихальних вправ, елементам розслаблення та виконують диференційований масаж. Під час проведення реабілітації велике значення має залучення у процес мультидисциплінарної команди. В залежності від стадії перебігу м'язодистрофічного процесу, як вже було сказано раніше, ми умовно розділили хворих на 3 категорії та описали особливості реабілітаційного процесу для кожної з них [10].

Для роботи з першою категорією пацієнтів, розвиток захворювання яких перебуває на ранніх етапах, а дитина ще здатна керувати своїм тілом, використовують активні вправи, які підбирають в залежності від загального самопочуття пацієнта. Важливо довгий час підтримувати, на скільки це можливо, активний спосіб життя, що дозволить на довший час зберегти силу м'язів та буде служити профілактикою контрактур. В процес реабілітації корисно включати ходьбу. Лікувальні вправи, зазвичай, виконують з положення стоячи або лежачи з допомогою різноманітних тренажерних пристроїв та гімнастичних пристосувань. Для збереження гнучкості суглобів корисно виконувати вправи на координацію та вправи на збільшення

амплітуди рухів у м'язах. Якщо дитині важко виконувати зазначені вправи, то не варто відкрито показувати жалість до дитини, а краще залучити її до ігор та зменшити навантаження [8].

До другої категорії ми включили хворих, у яких найчастіше страждають м'язи плечей, стегон та колінні суглоби. В процес реабілітації в даному випадку включають прості вправи з опором на згадані групи м'язів для того, щоб підтримати їх силу та зберегти рухливість. До таких вправ, до прикладу, відносять штовхання нерухомого об'єкта. Опір має бути таким, що дитина була здатною виконати зазначену вправу у повній мірі. В комплекс реабілітації мають бути включені вставання зі стільці, ходьба та інші вправи, при яких в роботу включаються м'язи, які скорочуються одночасно. Складений комплекс вправ має виконуватися кілька разів на день по 5-10 хвилин. Вправи слід виконувати в повільному темпі, поступово розгинаючи суглоби, збільшуючи амплітуду та утримуючись в одній позі по 20-30 секунд. Обов'язковим є також виконання дихальних вправ, так як вони мають велике значення. Можна використати спів, свист на надування повітряних кульок [5].

До третьої категорії відносять хворих на пізніх (паралітичних) стадіях захворювання, при яких через слабкість м'язів порушується поза дитини. Дуже важливим у цьому випадку є підбір правильного крісла колісного для попередження виникнення сколіозів та розвитку контрактур. Важливою є також правильна поза пацієнта: стопи мають бути розміщені під кутом 90 градусів, а стегна зігнуті не більше, як на 90 градусів. Спинка крісла має бути прямою або з незначним відхиленням назад, а ручки мають бути на достатній висоті, щоб хворому не доводилося сутулитися. Для того, щоб правильно посадити дитину у крісло колісне можна скористатися додатковими валиками. А в процесі сидіння вага має рівномірно розділятися між обома сідницями. Якщо так не виходить, то можна розмістити валик між колінами. Дитину слід залучати до різних занять в положенні лежачи на животі: читання, писання, малювання або перегляд телевізійних програм по 2 години в день. Можна додатково розмістити валик або подушку під стегна, а ноги в колінних суглобах слід розігнути [7].

На завершальному етапі дослідження, ми проаналізували отримані дані, оцінивши стан хворих за такими уніфікованими

шкалами: Medical Research Council Paralysis Scale (mRS), Скотта (Muscular Dystrophy Score (MDS)) та Vignos (Vignos Scale).

Таблиця 1.

Результати дослідження

	Шкала mRS	Шкала Скотта (MDS)	Шкала Vignos
Хворі першої категорії			
Пацієнт 1	ВД – 4 бали КД – 5 балів	ВД – 29 балів КД – 31 бал	ВД – 2 клас КД – 1 клас
Пацієнт 2	ВД – 4 бали КД – 5 балів	ВД – 28 балів КД – 29 балів	ВД – 3 клас КД – 2 клас
Пацієнт 3	ВД – 4 бали КД – 5 балів	ВД – 27 балів КД – 28 балів	ВД – 3 клас КД – 2 клас
Хворі другої категорії			
Пацієнт 4	ВД – 3 бали КД – 4 бали	ВД – 20 балів КД – 22 бали	ВД – 4 клас КД – 3 клас
Пацієнт 5	ВД – 3 бали КД – 4 бали	ВД – 18 балів КД – 19 балів	ВД – 5 клас КД – 5 клас
Пацієнт 6	ВД – 3 бали КД – 4 бали	ВД – 16 балів КД – 18 балів	ВД – 5 клас КД – 4 клас
Хворі третьої категорії			
Пацієнт 7	ВД – 1 бал КД – 2 бали	ВД – 12 балів КД – 14 балів	ВД – 8 клас КД – 7 клас
Пацієнт 8	ВД – 1 бал КД – 2 бали	ВД – 10 балів КД – 13 балів	ВД – 9 клас КД – 8 клас

Де ВД – це вихідні дані, а КД – це кінцеві дані дослідження.

Дуже важливим є момент у реабілітаційному процесі, який стосується навчання батьків елементарних вправ, виконання яких має продовжуватися та постійно тривати вдома. Так як будь-які вправи приносять свій позитивний ефект саме при регулярності їх виконанні [2].

Висновки. Оцінивши отримані результати дослідження, ми зробили висновок, що запропонована схема реабілітаційного процесу призводить до позитивних змін з боку функціонального стану м'язів у дітей, а також впливає на якість їхнього життя та слугує профілактикою розвитку сколіозів і виникнення контрактур. В легших випадках діти могли більше рухів виконувати самостійно, що підтримує їх силу м'язів ще на досить таки довготривалий період. Щодо важких форм прогресуючих м'язових

дистрофій, то діти навіть у кріслі колісному після реабілітаційного процесу змогли стати більш самостійними та в них розвинулася мотивація до виконання елементарних завдань по самообслуговуванню самостійно.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. В межах одного невеликого дослідження неможливо в повній мірі висвітлити таке обширне та важке питання як оптимізація реабілітації дітей з прогресуючими м'язовими дистрофіями, особливо враховуючи їх різноманіття. В подальшому слід більш детально зупинитися на реабілітаційному процесі тих чи інших форм прогресуючих м'язових дистрофій та довести їх ефективність на практиці роботи з дітьми.

Список використаних джерел.

1. Гордієнко О.В., Писанка В.В. Фізична терапія та ерготерапія осіб з нервово-м'язовими захворюваннями. *Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині: збірник наукових праць Всеукраїнської конференції.* Харків, 2022. С. 104-106.

2. Малахов В.О., Кошелева Г.М., Петренко В.Ю. Лікувальна фізкультура у разі м'язових дистрофій. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки: збірник наукових праць, №4.* Харків, 2015. С. 69-74.

3. Чернишова І.М., Луценко О.В., Данильчук А.В., Логвін Г.Б. Систематизація заходів фізичної реабілітації дітей зі спадковими нервово-м'язовими захворюваннями. *Актуальні проблеми сучасної медицини: збірник наукових праць, Випуск 6.* Харків, 2020. С. 60-65.

4. Carlier P.G., Marty B., Scheidegger O., Loureiro de Sousa P., Baudin P.Y., Snezhko E., Vlodayets D. Skeletal Muscle Quantitative Nuclear Magnetic Resonance Imaging and Spectroscopy as an Outcome Measure for Clinical Trials. *J Neuromuscul Dis*, 2016. P: 78-91.

5. Finanger E.L., Russman B., Forbes S.C., Rooney W.D., Walter G.A., Vandebornе K. Use of skeletal muscle MRI in diagnosis and monitoring disease progression in Duchenne muscular dystrophy. *Phys Med Rehabil Clin N: Am.*, 2012. P: 34-41.

6. IJis J.A., Vroom E., Muntoni F. 195th ENMC International Workshop: newborn screening for Duchenne muscular dystrophy 14-16th December. *Naarden, the Netherlands: Neuromuscul Disord*, 2013. P: 67-78.

7. Mostacciuolo M.L., Pastorello E., Vazza G., Miorin M., Angelini C., Tomelleri G., Galluzzi G., Trevisan C.P. Facioscapulo humeral muscular dystrophy. *Epidemiological and molecular study in a north-east Italian population sample*: Clin Genet Black well Publishing Ltd, 2009. P: 215-222.

8. Straub V., Murphy A., Udd B. LGMD workshop study group. 229th ENMC international workshop. *Limb girdle muscular dystrophies*: Nomenclature and reformed classification Naarden, 2018. P: 89-97.

9. Theadom A., Rodrigues M., Roxburgh R., Balalla S., Higgins C.R., Jones K., Krishnamurthi R., Feigin V. Prevalence of Muscular Dystrophies: *A Systematic Literature Review*. Neuroepidemiology, 2014. P: 178-185.

10. Yu M., Zheng Y., Jin S., Gang Q., Wang Q., Yu P., Lv H., Zhang W., Yuan Y., Wang Z. Mutational spectrum of Chinese LGMD patients by targeted next-generation sequencing. *PLoS One*, 2017. P: 67-78.

Наталія Закаляк¹, Олег Масний², Наталія Матерацька³

¹доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

²викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

³студентка другого (магістерського) рівня вищої освіти

^{1,2,3}Дрогобицький державний педагогічний

університет імені Івана Франка

Дрогобич, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Анотація. Підтверджено і доповнено наукові дані про ефективність процедур в кімнаті штучного сольового мікроклімату і фізичних вправ в реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму. Експериментально встановлено, що ефективність комплексного лікування дітей з бронхіальною астмою на поліклінічному етапі реабілітації є значно вищою при застосуванні процедур в кімнаті штучного сольового мікроклімату в поєднанні з фізичними вправами. Розроблено методiku застосування поєднаних процедур в кімнаті штучного сольового мікроклімату і фізичних вправ в комплексній

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

**МАТЕРІАЛИ
V ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**ШЛЯХИ РОЗВИТКУ
РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ
МОЛОДІ УКРАЇНИ**

09 травня 2024 р.

Макетування та верстка
Василь Герман

Дизайн обкладинки
Олег Лазебний

Здано до набору 17.05.2024 р. Підписано до друку 27.05.2024 р.
Гарнітура Times. Формат 60x84/16.
Друк офсетний. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 10,03. Зам. № 3058
Наклад 300примірників

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК № 2509 від 30.05.2006 р.

Друк ПП «П'О СВІТ»
Адреса: вул. І. Мазепи, 7, м. Дрогобич, 82100 Україна
тел. (03244) 2-23-35, 3-38-50.
E-mail: posvitdruk@gmail.com