

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Trịnh Thị Thanh Bình¹, Ngô Thị Linh¹,
Đỗ Tất Thành^{1,2}, Vũ Thu Hà¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật với mục tiêu mô tả thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư thực quản. Kết quả cho thấy: 36,7% bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ sau mổ. Mức năng lượng cung cấp trung bình đạt 1067,0 kcal/ngày. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị đạt 60%, đáp ứng nhu cầu protein theo khuyến nghị đạt 13,3%. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, phẫu thuật, dinh dưỡng, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF PATIENT'S NUTRITION AFTER ESOPHAGEAL CANCER SURGERY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

The study was conducted on 30 esophageal cancer patients scheduled for surgery. The goal of study is describing the patient's nutrition current after surgery for esophageal cancer. Results showed: 36,7% of patients received enteral nutrition within 48 hours after surgery. The average energy supply reaches 1066,9kcal/day. The rate of patients meeting recommended energy needs reached 60%, and meeting recommended protein needs reached 13,3%.

Keywords: Esophageal cancer, surgery, nutrition, Viet Duc University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) có tiên lượng xấu, bất chấp những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, người bệnh ung thư thực quản có thời gian sống sót sau 5 năm có tỷ lệ thấp 15-25% các ca mắc trên toàn thế giới và Hoa Kỳ [1]. Cùng với phẫu thuật và các phương pháp điều trị không dùng thuốc khác, việc hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản đã được chứng minh là có tác dụng củng cố hiệu quả điều trị, đem lại chất lượng cuộc sống và kết quả lâu dài cho bệnh nhân. Do đó, việc cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho bệnh nhân UTTQ là công việc quan trọng và cấp thiết. Tuy nhiên, việc nuôi ăn qua đường tiêu hóa cho

người bệnh vẫn là một thách thức cho phẫu thuật viên, người chăm sóc và cả người bệnh.

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, nuôi dưỡng sau phẫu thuật thực quản thường được thực hiện thông qua mở thông hồng tràng. Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh mở thông hồng tràng đã được thực hiện tuy nhiên việc đáp ứng nhu cầu năng lượng chưa được quan tâm đúng mức do việc đánh giá thực trạng nuôi dưỡng chưa được tiến hành đầy đủ nhằm đưa ra các khuyến nghị nuôi dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản có mổ thông hồng tràng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh Ung thư thực quản có mổ thông hồng tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2022-2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật có thực hiện mở thông hồng tràng. Người bệnh có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ≥ 7 ngày.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh trưởng thành tuổi từ 18 trở lên, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Người bệnh nhập viện để phẫu thuật có chuẩn bị

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh rối loạn ý thức, người bệnh tâm thần.
- Đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh phổi hợp như suy thận, suy tim, suy gan, COPD

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang
Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi đã lấy được 30 người bệnh đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

Biến số/chỉ số nghiên cứu: Nhóm biến số/chỉ số thông tin chung: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, BMI

Nhóm biến số/chỉ số về thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh: Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Linh

Email: linhlinh28691@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

đường tiêu hóa, Năng lượng và protein cung cấp theo các đường nuôi dưỡng, mức đáp ứng về năng lượng và protein cung cấp sau phẫu thuật.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và thông qua cân đo, phỏng vấn bệnh nhân.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch sau đó được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0. Các kết quả được trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của bệnh viện thông qua. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	17	56,7
	≥60	13	43,3
	Trung bình	59,6 ± 6,9	
Giới	Nam	30	100
	Nữ	0	0
Số ngày điều trị sau phẫu thuật trung bình		11,3 ± 6,0	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của người bệnh là 59,6 ± 6,9, trong đó tỷ lệ người ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 43,3%. 100% người bệnh là nam giới. Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật là 11,3 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân

Đặc điểm nhân trắc	X ± SD
Cân nặng trước phẫu thuật (kg)	55,6 ± 7,1
Chiều cao (m)	1,6 ± 0,1
BMI trước phẫu thuật	20,5 ± 1,9

Nhận xét: Về đặc điểm nhân trắc: cân nặng trung bình trước phẫu thuật của người bệnh là 55,6 kg, chiều cao trung bình là 1,6m, BMI trước phẫu thuật trung bình là 20,5

Bảng 3. Thời gian người bệnh bắt đầu được nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trong vòng 48h	11	36,7
Sau 48h	19	63,3

Nhận xét: Có 11 người bệnh được bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa trong vòng 48h sau mổ chiếm 36,7%, sau 48h chiếm 63,3%

Bảng 4. Các đường nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật

Thời gian	Đường tĩnh mạch		Đường miệng		Đường sonde	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Ngày 1	30 (100)	0 (0)	0 (0)	30 (100)	0 (0)	30 (100)
Ngày 2	29 (96,7)	1 (3,3)	0 (0)	30 (100)	12 (40)	18 (60)
Ngày 3	26 (86,7)	4 (13,3)	0 (0)	30 (100)	22 (73,3)	8 (26,7)
Ngày 4	25 (83,3)	5 (16,7)	0 (0)	30 (100)	24 (80,0)	6 (20,0)
Ngày 5	25 (83,3)	5 (16,7)	0 (0)	30 (100)	23 (76,7)	7 (23,3)
Ngày 6	24 (80,0)	6 (20,0)	28 (93,3)	2 (6,7)	25 (83,3)	5 (16,7)
Ngày 7	25 (83,3)	5 (16,7)	25 (83,3)	5 (16,7)	26 (86,7)	4 (13,3)

Nhận xét: Ngày đầu tiên sau phẫu thuật: 100% người bệnh được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch. Sau phẫu thuật ngày 2, người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch phối hợp với nuôi ăn qua sonde. Tối ngày thứ 6, 2/30 bệnh nhân bắt đầu được nuôi ăn qua đường miệng.

Bảng 5. Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Ngày	Tĩnh mạch (kcal)	Đường miệng (kcal)	Đường sonde (kcal)	Tổng số (kcal)
Ngày 1	1075,3	0,0	0,0	1075,3
Ngày 2	910,0	0,0	108,4	1018,4
Ngày 3	685,3	0,0	325,7	1011,0
Ngày 4	602,2	0,0	447,9	1050,0
Ngày 5	599,0	0,0	514,2	1113,2
Ngày 6	509,2	10,3	587,5	1106,9
Ngày 7	411,7	26,2	649,0	1086,8
Trung bình	684,7	5,2	377,1	1067,0

Nhận xét: Năng lượng nuôi qua đường tĩnh mạch giảm dần từ ngày 1 tới ngày 7, năng lượng nuôi qua sonde tăng dần từ ngày 2 tới ngày 7. Trung bình năng lượng cung cấp trong 7 ngày là 1067,0 kcal, trong đó: năng lượng từ đường tĩnh mạch: 684,7 kcal, năng lượng từ đường miệng: 5,2 kcal, năng lượng từ đường sonde: 377,1 kcal

Bảng 6. Protein trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Ngày	Tĩnh mạch (g)	Đường miệng (g)	Đường sonde (g)	Tổng (g)
Ngày 1	41,3	0,0	0,0	41,3

Ngày 2	29,9	0,0	4,6	34,5
Ngày 3	21,2	0,0	14,0	35,2
Ngày 4	19,2	0,0	19,8	39,0
Ngày 5	16,7	0,0	24,3	40,9
Ngày 6	15,2	0,4	24,5	40,1
Ngày 7	10,1	1,0	27,7	38,8
Trung bình	22,0	0,2	16,5	38,7

Nhận xét: Từ ngày 1 tới ngày 7: tổng số protein cung cấp theo đường tĩnh mạch giảm dần, đường tiêu hóa (miệng+ sonde) tăng dần. Trong 7 ngày sau mổ, lượng protein trung bình cung cấp là 38,7g.

Bảng 7. Đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein sau phẫu thuật

Ngày		Năng lượng		Protein	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ngày 1	Đạt	20	66,7	5	16,7
	Không đạt	10	33,3	25	83,3
Ngày 2	Đạt	16	53,3	5	16,7
	Không đạt	14	46,7	25	83,3
Ngày 3	Đạt	14	46,7	4	13,3
	Không đạt	16	53,3	26	86,7
Ngày 4	Đạt	15	50,0	5	16,7
	Không đạt	15	50,0	25	83,3
Ngày 5	Đạt	21	70,0	7	23,3
	Không đạt	9	30,0	23	76,7
Ngày 6	Đạt	19	63,3	6	20,0
	Không đạt	11	36,7	24	80,0
Ngày 7	Đạt	19	63,3	6	20,0
	Không đạt	11	36,7	24	80,0
Trung bình	Đạt	18	60,0	4	13,3
	Không đạt	12	40,0	26	86,7

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng trung bình về mặt năng lượng từ ngày 1 đến ngày 7 là 60%, cao nhất ở ngày 5 đạt 70%; tỷ lệ đáp ứng trung bình về số lượng protein cung cấp là 13,3%, không đạt là 86,7%

IV. BÀN LUẬN

Ung thư thực quản là loại ung thư phổ biến thứ 7 ở nam giới. Đây là loại ung thư thường khó phát hiện sớm do không có triệu chứng ở giai đoạn đầu. Nghiên cứu trên 30 người bệnh sau phẫu thuật ung thư thực quản cho thấy độ tuổi trung bình là $59,6 \pm 6,9$ tuổi và toàn bộ người bệnh ung thư thực quản là nam giới. Kết quả của chúng tôi tương đồng với 1 số kết quả nghiên cứu khác của các tác giả Bùi Thị Trà Vi và tương đồng với đặc điểm dịch tễ của người bệnh UTTQ [2]

Theo hướng dẫn của ESPEN – Hội dinh dưỡng tĩnh mạch và đường tiêu hóa châu Âu năm 2017, nuôi dưỡng đường miệng sẽ được tiếp tục ngay sau khi phẫu thuật mà không có bất kỳ một sự trì hoãn nào. Bất kỳ sự chậm trễ

nào khi tiếp tục chế độ ăn uống bình thường sau khi phẫu thuật đều liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng và chậm hoặc trì hoãn quá trình hồi phục [3]. Với bệnh nhân phẫu thuật thực quản có mở thông hồng tràng, Dinh dưỡng qua đường ruột được cung cấp qua ống sonde hồng tràng có thể được bắt đầu ngay sau phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh ung thư thực quản được nuôi dưỡng sớm trong vòng 48 giờ qua đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ còn tương đối thấp (36,7%). Tỷ lệ người bệnh được nuôi qua sonde tăng dần qua các ngày đến ngày thứ 7 đạt tới 86,7%; vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật đã có 83,3% người bệnh được tập ăn qua đường miệng. Có thể thấy, mặc dù có nhiều lợi ích của việc cho ăn qua đường tiêu hóa, nhưng việc cho ăn đường miệng sớm vẫn bị trì hoãn do các bác sĩ phẫu thuật do dự các biến chứng sau mổ như rò miệng nổi, hít sặc. Tuy nhiên, so sánh với nghiên cứu của Bùi Thị Trà Vi năm 2018 cũng trên đối tượng người bệnh phẫu thuật ung thư thực quản cho kết quả người bệnh chỉ được bắt đầu ăn sonde sau 72h và không có người bệnh nào được ăn đường miệng trong vòng 7 ngày sau hậu phẫu thì có thể thấy rằng các bác sĩ phẫu thuật đã đồng thuận với việc nuôi dưỡng sớm theo các khuyến cáo, cần thêm thời gian để đưa vào thực hành thường quy [2].

Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi là 1067,0 kcal, tỷ lệ người bệnh đáp ứng nhu cầu năng lượng đạt 60%; trong đó năng lượng nuôi dưỡng từ tĩnh mạch chiếm chủ yếu 684,7 kcal so với 377,1 kcal và 5,2 kcal từ các đường sonde hồng tràng và đường miệng. Tổng năng lượng trung bình trong các ngày là tương đương nhau do các bác sĩ phẫu thuật cũng đã tính toán khi thay thế giảm năng lượng từ nuôi dưỡng tĩnh mạch sang nuôi dưỡng đường tiêu hóa. Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của Trần Hiếu Học cũng trên người bệnh sau phẫu thuật là 1146,3 kcal và nghiên cứu của Sara Movahed là 1064,4 kcal trên đối tượng sau phẫu thuật không can thiệp [4], [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Phạm Văn Bình là 1343,9 kcal và Teus J.Weijts là 1205 kcal [6], [7]. Mặc dù tỷ lệ đáp ứng năng lượng trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 60% nhưng tỷ lệ đáp ứng protein rất thấp. Chỉ có 13,3% người bệnh đạt được nhu cầu protein theo khuyến nghị. Trung bình tổng số Protein được cung cấp trong 7 ngày là 38,7g thấp hơn so với các nghiên cứu của Trần Hiếu Học với trung bình số Protein động vật

là 32,1g, trung bình số Protein thực vật là 21,2g. Phần lớn năng lượng người bệnh được nuôi dưỡng là qua đường tĩnh mạch trong 7 ngày, trong các ngày đầu người bệnh được nuôi tĩnh mạch bằng dung dịch túi ba ngăn, tuy nhiên các ngày tiếp theo việc nuôi dưỡng qua tĩnh mạch chủ yếu dùng dung dịch đơn phân đường 10%. Nguyên nhân do các chế phẩm đơn phân thường có trong danh mục bảo hiểm và người bệnh được chỉ trả nên được bác sĩ lâm sàng ưu tiên dùng hơn. Chính vì vậy, mặc dù việc tính toán nuôi dưỡng cho thấy tỷ lệ đáp ứng năng lượng đạt 60%, nhưng tỷ lệ các chất dinh dưỡng chưa đạt, nhất là tỷ lệ đáp ứng cung cấp Protein không đạt sẽ dẫn đến tình trạng dị hóa, mất khối cơ và tình trạng dinh dưỡng sẽ trầm trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật ung thư thực quản có độ tuổi trung bình là $59,6 \pm 6,9$ cho thấy: Tỷ lệ nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa trong vòng 48h sau phẫu thuật còn thấp đạt 36,7%. Khẩu phần ăn chưa đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị: Mức năng lượng cung cấp trung bình đạt 1067,0 kcal/ngày trong 7 ngày đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng nhu cầu về năng lượng theo khuyến nghị của Bộ y tế đạt 60%. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng nhu cầu protein ở mức rất thấp đạt 13,3%. Từ các kết quả này cho thấy cần tăng cường đào tạo, tập huấn, tư vấn để

thay đổi nhận thức của phẫu thuật viên trong thực hành nuôi dưỡng sớm, nuôi dưỡng đủ đáp ứng nhu cầu các chất dinh dưỡng cho bệnh nhân, đặc biệt là nhu cầu protein.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Enzinger P.C. và Mayer R.J.** (2003). Esophageal cancer. *N Engl J Med*, 349(23), 2241–2252.
2. **Đỗ Tất Thành & cs** (2021). Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật ung thư thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018-2019. *Tạp chí Nghiên cứu y học*.
3. **Weimann A., Braga M., Carli F. và cộng sự.** (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*, 36(3), 623–650.
4. **Trần Hiếu Học & cs.** Nutritional status of patients undergoing upper gastrointestinal cancer surgery: A cross-sectional study at a single centre. *Journal of Medical Research*.
5. **Movahed S., Norouzy A., Ghanbari-Motlagh A. và cộng sự.** (2020). Nutritional Status in Patients with Esophageal Cancer Receiving Chemoradiation and Assessing the Efficacy of Usual Care for Nutritional Managements. *Asian Pac J Cancer Prev*, 21(8), 2315–2323.
6. **Phạm Văn B., Nguyễn Thị Thanh H., Lê Thị H. và cộng sự.** (2021). Nutritional Status and Feeding Regimen of Patients with Esophagus Cancer—A Study from Vietnam. *Healthcare (Basel)*, 9(3), 289.
7. **Weijs T.J., Berkelmans G.H.K., Nieuwenhuijzen G.A.P. và cộng sự.** (2016). Immediate Postoperative Oral Nutrition Following Esophagectomy: A Multicenter Clinical Trial. *Ann Thorac Surg*, 102(4), 1141–1148.

THỰC TRẠNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÀNH VI CHĂM SÓC SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG VỚI BỆNH SÂU RĂNG Ở HỌC SINH 6 TUỔI TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiêu¹, Nguyễn Mạnh Cường²

TÓM TẮT

Bệnh sâu răng là bệnh khá phổ biến, gây hậu quả ở nhiều mức độ về sức khoẻ răng miệng và sức khoẻ chung. Bệnh do nhiều yếu tố gây nên, trong đó hành vi chăm sóc khoẻ răng miệng của trẻ đóng vai trò quan trọng. Vì vậy, **mục đích** của nghiên cứu là mô tả thực trạng và mối liên quan giữa hành vi chăm sóc sức khoẻ răng miệng với bệnh sâu răng ở học sinh lớp 1. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 191 học sinh 6 tuổi (lớp 1), đang học tại Trường Tiểu học Khương Thượng - Đống Đa - Hà Nội. **Kết quả:** Có 90,6% trẻ chải răng 2

lần trong ngày, chủ yếu là chải lên xuống (57,6%) và chải ngang (31,4%). Có 28,8% số học sinh thường xuyên ăn đồ ngọt. Sau bữa ăn, có 51,8% số học sinh chải răng. Đặc biệt, những trẻ không dùng kem đánh răng có fluor có nguy cơ sâu răng cao gấp 8,88 lần so với những trẻ có dùng (OR; 95%CI: 8,88; 1,17-67,39). **Kết luận:** Thực hành chăm sóc sức khoẻ răng miệng của trẻ chưa tốt. Chải răng với kem đánh răng có fluor làm giảm nguy cơ sâu răng ở trẻ nhỏ

Từ khoá: sâu răng, hành vi, yếu tố liên quan

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION AND RELATIONSHIP BETWEEN ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AND TOOTH DECAY IN 6-YEAR-OLD STUDENTS IN HA NOI

Tooth decay is a fairly common disease, causing consequences at many levels for oral health and general health. The disease is caused by many factors, in which children's oral health care behavior plays an

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024