

В.Ю. Приходько, д.м.н., профессор, И.Р. Микроруло, Е.А. Кононенко, Д.Ю. Морева, О.В. Гоголь, кафедра терапии и гериатрии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев

Симптоматическая ноотропная терапия в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией

Согласно последним данным (Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2012), в Украине официально насчитывается 12,2 млн человек с артериальной гипертензией (АГ), что составляет 32,2% взрослого населения страны. Негативная прогностическая роль такого значимого фактора риска кардиоваскулярных осложнений, как АГ, известна еще со времен первых публикаций результатов Фрамингемского исследования. В нашей стране широкая распространенность этого заболевания ассоциируется с большим количеством инсультов (120 тыс. случаев в год) и инфарктов (50 тыс. случаев в год), огромной долей сердечно-сосудистой патологии в общей смертности населения Украины (более 60% случаев).



В.Ю. Приходько

Проблемы с контролем артериального давления (АД) у пациентов возникают практически у каждого врача, занимающегося лечением АГ. И это при огромном выборе антигипертензивных средств, их высокой эффективности (до 50% в виде монотерапии и до 80% при комбинированном лечении). Не всегда снижение АД обуславливает улучшение качества жизни больного – иногда оно может сопровождаться астенией, головокружениями, головной болью.

В ряде случаев при снижении уровня АД активируются контррегуляторные механизмы, направленные на его повышение (в первую очередь, симпатoadренальная система); в этих случаях у больных могут возникать возбуждение, тревога, учащенное сердцебиение, чувство страха. Врач может быть удивлен заявлением пациента, что антигипертензивный препарат с доказанной эффективностью «повышает давление». В данном случае, скорее всего, речь идет о контррегуляторной симпатoadренальной активации. Мы наблюдали такие явления у пациентов с исходно повышенным уровнем тревожности.

Достаточно частым осложнением АГ у пациентов пожилого возраста являются гипертензивные кризы (ГК). ГК – это внезапное значительное повышение уровня АД, которое почти всегда сопровождается появлением или усилением нарушений со стороны органовмишлен или вегетативной нервной системы. Несмотря на данные официальной статистики (Консенсус Асоціації кардіологів України та Української асоціації боротьби з інсультом, 2012), свидетельствующие, что ГК наблюдаются менее чем у 1% больных с АГ, мы можем утверждать, что в старших возрастных группах частота неосложненных ГК с церебральной и вегетативной симптоматикой значительно выше.

Среди обследованных у нас пациентов с АГ в возрасте старше 55 лет до 10% больных указывают на то, что ГК с вегетативной симптоматикой у них случаются, по меньшей мере, 1 раз в месяц. Правда, не все из них обращаются за неотложной помощью в лечебные учреждения, что может исказить официальную статистику. В качестве причин возникновения данного состояния рассматривается неадекватность назначенной антигипертензивной терапии или несоблюдение режима приема препаратов: более 50% пациентов с ГК не принимали рекомендованного лечения в течение как минимум 1 нед до госпитализации. К предикторам неадекватного контроля АД относятся пожилой возраст, использование антигипертензивных средств в монотерапии, декомпенсированный сахарный диабет, гиперлипидемия, сердечная недостаточность и нефропатия (Консенсус Асоціації кардіологів України та Української асоціації боротьби з інсультом, 2012). Мы также относим к предикторам неосложненных ГК тревожно-депрессивные расстройства, ипохондрию, выраженную вегетативную дисфункцию. Влияние на эти сопутствующие факторы зачастую помогает врачу более эффективно контролировать АД, достичь взаимопонимания с пациентом. Поэтому мы полагаем, что в лечении больных с АГ следует уделять внимание и симптоматической терапии, которая позволяет уменьшить явления вегетативной дисфункции, астении, тревоги, подавленности, улучшить когнитивные функции и устранить головную боль напряжения. Следует подчеркнуть, что перечисленные нарушения непосредственно связаны с АГ.

В рамках дисциркуляторной энцефалопатии при АГ рассматривают три стадии. Для

начальной (первой) стадии этого состояния характерна клиника невротоподобных астенических, астенодепрессивных и тревожно-депрессивных расстройств. У этих больных наблюдаются и умеренные нарушения мнестической деятельности (оперативной памяти, объема восприятия). Основной жалобой могут быть полиморфные цефалгии, протекающие чаще по типу головной боли напряжения в связи с психогенным фактором, сочетающиеся с вегетативными расстройствами. Эти явления заметно ухудшают качество жизни больных, могут влиять на переносимость антигипертензивной терапии, но их сложно объективизировать, поскольку на начальных стадиях энцефалопатии еще нет значимых изменений на магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

Прогрессирование цереброваскулярной патологии приводит к ухудшению когнитивных функций, обеспечивающих адаптацию человека в социуме, адекватность его реакций на внешние факторы. К когнитивным функциям относятся восприятие, передача информации (праксис и речь), анализ и обработка информации и ее хранение (память). Чаще всего пациенты жалуются на ухудшение памяти, хотя у них также снижается способность к усвоению нового материала. У большинства больных с АГ отмечается ухудшение когнитивных функций: до 88% пациентов имеют легкое и умеренное когнитивное снижение (Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина, 2005).

Для синдрома умеренных когнитивных нарушений (R. Petersen, 2004) характерны:

- жалобы (пациента и его близкого окружения) на когнитивное снижение;
- признаки ухудшения когнитивных функций в последнее время по сравнению с индивидуальной нормой;
- объективное подтверждение когнитивных нарушений по результатам нейропсихологических тестов (снижение на $\geq 1,5$ стандартных отклонений от среднестатистической возрастной нормы);
- сохранение ежедневной активности в сочетании с трудностями при определенных видах деятельности;
- отсутствие клинических симптомов деменции; показатель по клинической шкале деменции (Clinical Dementia Rating) $< 0,5$;
- показатель MMSE ≥ 24 баллов (деменции нет).

В МКБ-10 имеется рубрика, в которой описано легкое когнитивное расстройство (F06.7). Легкое когнитивное расстройство. Это состояние характеризуется снижением когнитивной продуктивности: имеют место умеренные нарушения памяти, внимания, обуславливающие трудности обучения и работоспособности. Пациент с трудом осваивает новые навыки, его раздражает работа с аппаратурой, компьютером. У больных часто отмечается выраженное субъективное ощущение психической усталости при решении умственных задач, попытках обучения новому (даже при объективно успешной деятельности); их пугает необходимость работать в условиях дефицита времени. Могут наблюдаться церебральные симптомы, ситуационные колебания настроения.

Существенное место в клинической картине дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатии занимает астеническое состояние. Астенические расстройства встречаются почти у 50% больных, которые обращаются за помощью к специалистам по внутренней патологии, наиболее часто отмечаются в популяции пациентов пожилого возраста. Астения – это состояние организма, характеризующееся

общей слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружениями, снижением работоспособности, частой сменой настроения, вегетативными нарушениями, расстройствами сна, мышечными болями. Астению следует отличать от утомления – естественного физиологического состояния, вызванного избыточной физической (или умственной) нагрузкой. Утомление – это возникающее в норме чувство слабости и вялости, вызванное физическим усилием и проходящее после отдыха. Астения – всегда патологическая слабость. Как писал Сенека, это «усталость не от того шага, на котором мы падаем без сил: он только обнаруживает ее».

Астеническое состояние может иметь функциональную или органическую природу. Функциональная астения составляет почти 55% случаев диагностированных расстройств. Она связана с психической расстройством (неврозом, депрессией, ипохондрией, психосоматическими расстройствами). При функциональной астении больной жалуется на слабость в руках, томление в ногах, чувство разбитости, истощение нервной системы, вялое недомогание (схожее с таковым после перенесенной вирусной инфекции), равнодушие к окружающему миру, умственную лень. Ощущения эти очень инертны, больные не отмечают прилива энергии после отдыха и сна. У людей старшего возраста наряду с функциональным компонентом астении могут регистрироваться усугубляющие их различные органические расстройства.

В МКБ-10 представлена рубрика F06.6. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство; для этого состояния характерны церебральный синдром в виде физической и психической слабости; выраженная и постоянная эмоциональная несдержанность или лабильность; утомляемость, истощаемость; чрезмерная болезненная чувствительность к внешним раздражителям, непереносимость шума, яркого света и вегетативные нарушения.

Именно вегетативные расстройства ярко и болезненно окрашивают клинику АГ. Вегетативная дисфункция наблюдается почти у 80% больных с различной внутренней патологией (О.Г. Морозова, 2008; Н.В. Кузьминова, В.К. Серкова, 2009). Вегетативные расстройства – термин, объединяющий различные происхождения и проявления нарушения вегетативных функций организма из-за дисбаланса нейрогенной регуляции (А.М. Вейн, 1998). Причиной вегетативных расстройств является нарушение на уровне лимбико-ретикулярного комплекса, что приводит к дисбалансу симпатической и парасимпатической регуляторных систем, психоэмоциональным проявлениям, нарушениям суточных ритмов сна и бодрствования.

У больных с вегетативной дисфункцией описано около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Наиболее часто встречается кардиалгический синдром без четкой иррадиации боли, который чаще возникает в покое, длится сутками, не усиливается при физической нагрузке и не купируется после приема кардиотропных препаратов. Пациенты ярко реагируют на боль, стонут, вскрикивают, вздыхают. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, часто усиливается в предвечерные часы. Кардиалгии могут сопровождаться учащенным сердцебиением (до 120 уд/мин) в покое и повышением АД. В последнем случае влияние гипотензивных средств незначительно, зато эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. У некоторых больных встречается так

называемый синдром возбужденного сердца (синдром Да Коста), характеризующийся учащенным сердцебиением, одышкой, усталостью и загрудинной болью в состоянии покоя после эмоциональных нагрузок. Часто пациентов беспокоит ощущение «кома в горле», который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарствами. Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным поверхностным дыханием, частыми дополнительными вдохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна.

Синдром вегетативной дисфункции может сопровождаться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические проявления, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания, при этом для них характерны сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, описываемое многими пациентами как «ощущение натянутого нерва внутри». Больные могут отмечать безотчетный страх (смерти, тяжелого осложнения), злиться и вести себя неоправданно агрессивно по отношению к окружающим (родственникам, медикам). Чаще всего агрессия и раздражительность сопровождают симпатoadренальные кризы, для которых характерны возбуждение, озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи, тахикардия, прилив крови к голове, лицу; полиурия и поллакиурия; вагоинсулярные кризы характеризуются головокружением, тошнотой, чувством нехватки воздуха, слабостью, подавленностью, слезами. Наблюдаются и смешанные вегетативные кризы, при которых сочетаются все перечисленные симптомы различной степени выраженности.

При сопутствующей АГ когнитивных, астенических и вегетативных расстройствах большее клиническое значение имеет правильно подобранная симптоматическая ноотропная и анксиолитическая терапия. Лечение АГ, особенно у больных старших возрастных групп, должно быть комплексным с предпочтительным назначением препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, содействующих лучшей переносимости гипоксии и оказывающих стимулирующее влияние на метаболические процессы мозга.

Одним из таких препаратов является фенибут – производное γ -аминоасляной кислоты, который первоначально использовался в космической медицине. Лекарственное средство эффективно снижало уровень стресса у космонавтов, оказывало расслабляющее действие при высокой тревожности, не вызывая седации. Показаниями к назначению фенибута являются астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога, страхи, бессонница, а также тревожность и напряжение перед хирургическим вмешательством и сложными диагностическими процедурами. Фенибуту свойственны ноотропное и транквилизирующее действие, способность усиливать действие снотворных, наркотических, нейролептических и противопаркинсонических препаратов.

Собственные данные

В клинике Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины мы наблюдали 46 пациентов с АГ в возрасте 44-73 лет (средний возраст 64,3 года). Все участники получали антигипертензивную терапию (преимущественно комбинированную) и находились под наблюдением врачей в течение 6-12 мес до включения в исследование. Во время очередного визита пациента к врачу для

оценки эффективности антигипертензивного лечения всем больным были проведены нейропсихологическое тестирование и оценка выраженности вегетативной дисфункции с использованием следующих шкал и опросников.

1. Тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, для самооценки уровня реактивной и личностной тревожности. Личностная тревожность характеризует тревожность как личностную черту. Это устойчивая склонность воспринимать определенные ситуации как угрожающие, реагировать на них состоянием тревоги. Реактивная тревожность представляет собой тревожность как состояние на данный момент и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью (Ю.Л. Ханин, 1978).

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

3. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

4. Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М. Вейн, 1998).

После проведения тестирования всем обследованным к ранее назначенной антигипертензивной терапии добавили фенибут (Бифрен) в дозе 500 мг/сут (250 мг дважды в сутки). Курс лечения составил 30 дней.

Несмотря на эффективную антигипертензивную терапию (уровень АД на фоне приема антигипертензивных препаратов составил в среднем по группе $148,5 \pm 6,1 / 88,2 \pm 3,4$ мм рт. ст.), пациенты отмечали неудовлетворенность своим состоянием здоровья, снижение работоспособности, утомляемость, частые головные боли по типу головной боли напряжения, головокружения, повышенную возбудимость, метеочувствительность и др. Жалобы представлены в таблице 1. У 7 пациентов 1-2 раза в месяц без видимой причины (физической или психоэмоциональной нагрузки) внезапно повышалось АД с появлением преимущественно церебральной симптоматики (головокружения, головной боли, тошноты, шума в голове в такт сердцебиению, возбуждения, ощущения нехватки воздуха).

У обследуемых изучали уровень тревожности, депрессивности и состояния когнитивных функций. При анализе MMSE выявлено, что у 48% больных (22 человека) с АГ отмечается умеренное когнитивное снижение (24-27 баллов по MMSE). Средний возраст пациентов с когнитивным снижением составил $69,7 \pm 2,2$ года, что превышало средний возраст по группе и указывало на роль возрастных изменений в прогрессировании когнитивной дисфункции. Показатель опросника А.М. Вейна продемонстрировал широкую распространенность вегетативных расстройств у обследованных пациентов (93,5%) с преобладанием кардиальной симптоматики (учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка в состоянии покоя, боли в грудной клетке, не зависящие от физической нагрузки, лабильность АД). По шкале HADS субклиническая тревога диагностирована у 32 больных, а клинически значимая – у 4 человек. В целом у 74% пациентов отмечалась повышенная тревожность, у 36 (78,3%) больных была диагностирована субклиническая депрессия; клинически значимая депрессия не зарегистрирована ни у одного из пациентов. Тест Спилбергера-Ханина продемонстрировал наличие умеренной личностной тревожности у 29 пациентов, выраженной – у 4 человек. Всего повышенная личностная тревожность была характерна для 72% больных АГ. Высокая реактивная тревожность наблюдалась чаще – у 82% пациентов (32 человека) имели умеренно повышенную тревожность, 6 – выраженную).

Таким образом, среди больных АГ чрезвычайно распространенными состояниями являются повышенная тревожность, депрессивность, вегетативная дисфункция; у большинства таких пациентов особенности характера предрасполагают к выраженной тревожности (показатель личностной тревожности повышен у 72% больных АГ).

Для сравнения приведем данные обследованных нами практически здоровых людей сопоставимых по возрасту, социально-экономическим и экологическим условиям жизни (проживают в г. Киеве). Ни у одного из обследуемых здоровых лиц не было признаков когнитивного снижения (среднее значение баллов $27,94 \pm 2,3$). Однако у 65% из них выявлена

Таблица 1. Жалобы больных с АГ до и после курсового лечения фенибутом (количество пациентов)

Жалобы	До лечения		Через 1 мес после начала лечения	
	До лечения	Через 1 мес после начала лечения	До лечения	Через 1 мес после начала лечения
Лабильность АД	12	7		
Учащенное сердцебиение	34	11		
Ощущение перебоев в работе сердца, чувство замирания сердца	29	19		
Чувство комка в горле	9	4		
Пристигупообразная одышка в покое	13	8		
Неприятные ощущения, тяжесть за грудиной, не зависящие от физической нагрузки	27	21		
Сухость во рту	18	12		
Периодическая потливость	10	5		
Повышенная утомляемость	44	31		
Сниженная работоспособность	46	34		
Сонливость днем	21	16		
Отсутствие ощущения бодрости по утрам	34	15		
Головная боль (головная боль напряжения)	46	32		
Головокружение	22	14		
Нарушение концентрации внимания	31	17		

умеренная реактивная тревожность, у 20% – умеренная и высокая личностная тревожность. Субклиническая депрессия была обнаружена у 10% участников исследования. Таким образом, показатели психоэмоционального состояния больных с АГ существенно отличаются от таковых у здоровых лиц, что необходимо учитывать в комплексной терапии АГ.

При анализе корреляционных зависимостей мы обнаружили, что отмечается четкая связь психоэмоционального статуса и когнитивных функций. Показатели MMSE отрицательно коррелировали с уровнем личностной тревожности ($r = -0,57$; $p < 0,05$) и реактивной тревожности ($r = -0,37$; $p < 0,05$). Тесная отрицательная корреляция отмечена и между показателями MMSE и данными шкалы HADS ($r = -0,62$; $p < 0,05$). Это подтверждает связь когнитивных расстройств с тревожно-депрессивными изменениями и указывает на необходимость своевременной коррекции психоэмоциональных расстройств. Кроме того, вегетативная дисфункция по опроснику А.М. Вейна коррелирует с проявлениями тревоги по HADS ($r = 0,48$; $p < 0,05$), реактивной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина ($r = 0,55$; $p < 0,05$). Отмечено также, что вегетативные расстройства обусловлены личностной тревожностью ($r = 0,40$; $p < 0,05$). Это указывает на сложные патогенетические связи психоэмоционального состояния больных, вегетативной регуляции функций организма и когнитивного статуса при АГ.

Всем пациентам после проведенного обследования к стандартной терапии АГ был добавлен фенибут (Бифрен) по 250 мг 2 р/сут. После терапии в течение 1 мес больным провели нейропсихологическое тестирование. Следует отметить, что большинство пациентов ($n = 39$) отметили субъективное улучшение самочувствия: увеличение работоспособности; нормализацию сна, чувство бодрости после ночного сна; уменьшение раздражительности, напряженности, метеочувствительности. Снизилась выраженность и частота соматических симптомов (сердцебиений, перебоев в работе сердца, чувства нехватки воздуха, лабильности АД). Динамика субъективных показателей представлена в таблице 1. Пять из 7 больных с частыми ГК отметили, что за 1 мес лечения фенибутом данные состояния в привычном понимании у них не развивались: повышение АД не вызывало у пациентов бурной тревожной и вегетативной реакции и не сопровождалось выраженной церебральной симптоматикой. При повышении уровня АД они принимали дополнительно рекомендованные в таких случаях препараты (метопролол, каптоприл, амлодипин) с целью снижения показателей АД до нормальных; эпизод не воспринимался больными как трагический, угрожающий жизни. Тем не менее у 2 пациентов симптомы сохранились. Мы обратили внимание, что у этих людей был исходно высокий уровень тревожности (> 50 баллов по тесту Спилбергера-Ханина).

Таблица 2. Показатели нейропсихологического тестирования больных АГ до и после курсового лечения фенибутом

Показатель	До лечения, баллы		p
	До лечения, баллы	После лечения, баллы	
Опросник А.М. Вейна	$27,8 \pm 3,1$	$19,5 \pm 2,3$	$< 0,05$
HADS, тревога	$9,23 \pm 0,7$	$7,10 \pm 0,7$	$< 0,05$
HADS, депрессия	$8,84 \pm 0,7$	$7,13 \pm 0,6$	$< 0,1$
Тест Спилбергера-Ханина			
Личностная тревожность	$34,85 \pm 2,8$	$29,63 \pm 3,0$	$< 0,1$
Реактивная тревожность	$39,18 \pm 2,6$	$27,59 \pm 2,8$	$< 0,05$

При оценке частоты вегетативных нарушений по опроснику А.М. Вейна мы отметили уменьшение количества больных с вегетативной дисфункцией (с 93,5 до 56,5%), при этом средний балл по опроснику также снизился с $27,8 \pm 3,1$ до $19,5 \pm 2,3$ ($p < 0,05$). Данные по изменению количественных показателей по нейропсихологическим тестам в процессе лечения фенибутом представлены в таблице 2. Количество больных с субклинической и клинически выраженной тревожностью по шкале HADS уменьшилось с 74 до 43,5%, при этом клинически значимая тревога сохранилась лишь у 1 пациента (исходно диагностировалась у 4 человек). Средний балл по шкале HADS также достоверно уменьшился с $9,23 \pm 0,7$ до $7,10 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). Так же значительно уменьшилось количество лиц с высокой тревожностью по тесту Спилбергера-Ханина: личностной – с 72 до 48%, реактивной – с 83 до 43,5%. Изменения по шкале личностной тревоги мы можем объяснить также тем, что пациенты оценивали свое состояние за последний месяц (период лечения фенибутом). Средний балл личностной тревоги имел недостоверную тенденцию к уменьшению (с $34,85 \pm 2,8$ до $29,63 \pm 3,0$; $p < 0,1$), тогда как балл реактивной тревоги снизился достоверно (с $39,18 \pm 2,6$ до $27,59 \pm 2,8$; $p < 0,05$). В отношении уменьшения депрессивных проявлений мы также отметили позитивную тенденцию: хотя средний балл по шкале HADS для депрессии имел лишь тенденцию

к снижению (с $8,84 \pm 0,7$ до $7,13 \pm 0,6$; $p < 0,1$), количество больных с субклинической депрессией уменьшилось с 78,3 до 54,3%, что сопровождалось снижением явлений астенизации. Таким образом, можно отметить, что добавление в схему терапии больных АГ фенибута в дозе 500 мг/сут оказывало вегетокорректирующее и анксиолитическое действие, способствуя при этом уменьшению симптомов тревоги, сердечно-сосудистых, вегетативных проявлений, улучшению качества жизни пациентов (увеличивались активность, работоспособность; минимизировались симптомы утомляемости; наблюдалась нормализация сна). Препарат хорошо переносится больными. Какие-либо клинически значимые побочные эффекты за 1 мес приема фенибута отмечены не были. Всем обследованным пациентам было рекомендовано продолжить прием Бифрена в дозе 500 мг/сут (по 250 мг 2 раза) еще в течение 2 мес.

Выводы

1. У больных АГ чаще, чем у здоровых лиц аналогичного возраста, отмечаются тревожно-депрессивные и умеренные когнитивные расстройства.

2. Явления вегетативной дисфункции у пациентов с АГ связаны с тревожным типом личности, прямо коррелируют с уровнем реактивной тревожности, которая, в свою очередь, отражается на ухудшении когнитивных функций. Это подтверждается наличием корреляционной зависимости показателей шкал для оценки тревоги (тест Спилбергера-Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и когнитивных функций (MMSE).

3. Курсовое лечение фенибутом (Бифреном) больных АГ, получающих базовую антигипертензивную терапию, способствует уменьшению явлений вегетативной дисфункции, лабильности АД (ГК с церебральной симптоматикой), тревожных проявлений. При выраженном анксиолитическом и вегетотропном действии в меньшей степени препарат влияет на депрессивную симптоматику у больных АГ.

БИФРЕН
БИФРЕН Фенибут 250 мг капсулы

Разорви «порочный круг»

Информация о лекарственном средстве.
Информация для врачей и фармацевтов для использования в профессиональной деятельности.

ООО «Фарма Старт» 03124, г. Киев, бульв. И.Лепсе, 8, т/ф (044) 281 23 33,
Регистр. уд. № UA/12087/01/01

www.health-ua.com