

Фарид Исмагильевич Белялов

Лечение полиморбидного пациента



Иркутск, 28.05.2015

Рекомендации АНА/АСС/АШН

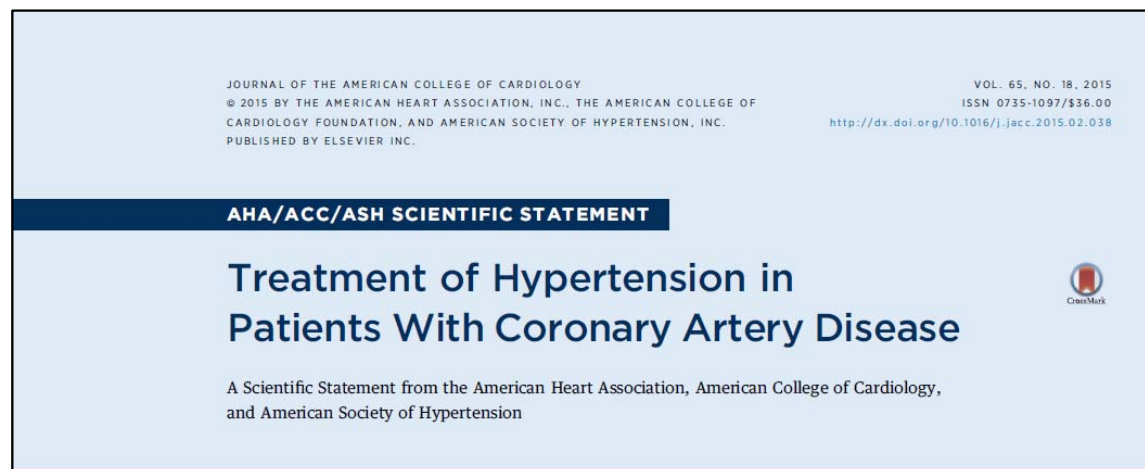


TABLE 2 Summary of Pharmacological Treatment of Hypertension in the Management of Ischemic Heart Disease

	ACEI or ARB	Diuretic	β-Blocker	Non-DHP CCB	DHP CCB	Nitrates	Aldosterone Antagonist	Hydralazine/ Isosorbide Dinitrate
Stable angina	1*	1†	1	2‡	2	1	2	
ACS	1*	1†	1§	2‡	2	2	2	
HF	1	1†	1¶			2	1	2

*Especially if prior myocardial infarction, left ventricular systolic dysfunction, diabetes mellitus, or proteinuric chronic kidney disease is present.

†Chlorthalidone is preferred. Loop diuretic should be used in the presence of HF (New York Heart Association class III or IV) or chronic kidney disease with glomerular filtration rate $<30 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$. Caution should be exercised in HF with preserved ejection fraction.

‡If β-blocker is contraindicated, a non-DHP CCB can be substituted, but not if left ventricular dysfunction or HF is present. Caution should be exercised if combining a non-DHP CCB with a β-blocker.

§Esmolol (intravenous) or metoprolol or bisoprolol (oral).

||Spironolactone or eplerenone if left ventricular dysfunction, HF, or diabetes mellitus is present.

¶Carvedilol, metoprolol succinate, or bisoprolol.

ACEI indicates angiotensin-converting enzyme inhibitor; ACS, acute coronary syndrome; ARB, angiotensin receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; DHP, dihydropyridine; HF, heart failure; 1, drug of choice; and 2, "add-on," alternative drug, or special indications.

Собственный вариант (1990)

Ишемическая болезнь сердца

Стенокардия стабильная

ХОРОШИЙ ЭФФЕКТ: антагонисты кальция, бета-блокаторы.

ВОЗМОЖНЫЙ ЭФФЕКТ: бета-альфа-блокаторы, ИАПФ.

НЕЙТРАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ: альфа₂-агонисты, алискирен, БРА, диуретики.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ: альфа₁-блокаторы, дигидропиридин короткого действия (нифедипин, нисолдипин, никардипин, исрадипин), моксонидин, миноксидил, резерпин.

НЕГАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ:

Ф.И.Белялов

Лечение сочетанных расстройств

Лечение сочетанных расстройств



Ф.И.Белялов

Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией




при поддержке
Российского
кардиологического
общества

Вопросы классификации
и диагностики артериальной
гипертензии

Лечение артериальной
гипертензии

Рекомендации по дальнейшей
тактике ведения пациента после
поставки диагноза гипертоническая
болезнь

Диагностика вторичной
гипертензии

Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом

Общероссийская общественная организация
«Содействия профилактике и лечению артериальной
гипертензии „Антигипертензивная Лига“».
Санкт-Петербург, 2015
Издание первое

рекомендации

5

Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких

(Рекомендации Российского медицинского общества
по артериальной гипертензии и Российского
респираторного общества)

Есть неточности!

Консультация



- Пациент 75 лет.
- При ходьбе в гору останавливается и снимает дискомфорт в груди изокетом.
- Еженедельные приступы сердцебиения по 1-1.5 ч
- При умеренной ФН чувство голода, сердцебиение, слабость, нужно поесть.

ЭКГ



ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №10316.

Пациент(ка): I

Дата рождения: 20.01.36

Даты поступления: 07.12.13. выписки: 18.12.13.

Домашний адрес: Юбилейный 58 -31.

Диагноз основной : ИБС: персистирующая фибрилляция предсердий (ежедневно в течении суток до 1988 эпизодов по ХМЭКГ), часта суправентрикулярная экстрасистолия парная и в виде коротких пароксизмов. .ПМК 07г. Стентирование 12.13.

Осложнение: ХСН2а-2фкл.

Диагноз сопутствующий: ГБ3ст, риск4(возраст, ИБС, глж, пик, дислипидемия). СД2тип ИЦУ<7.5%. ХБП 3ст. Кисты обеих почек. ЦА. ДЭ2ст. Умеренные вестибулокоординаторные нарушения. Хр. гастрит вне обострения Нр(+)..

Вес тела при поступлении: 62 кг, при выписке: 62 кг. 49

Ад при выписке: справа 120\65 , слева 125\60 мм рт. ст.

Отделение: амбулаторно

№ истории болезни:

Эхокардиография

По ЭКГ ритм синусовый.

Акустический доступ не ограничен. Акустическое окно хорошее.

Аорта на уровне клапана 3,4 см., восходящая аорта 3,0 см., стенки аорты уплотнены.

Аортальный клапан 1,7 см. трёхстворчатый, створки кальциноз, на створках патологических образований не выявлено.

PG на аортальном клапане 7 мм Hg.

Регургитация на АК нет.

ЛП 3,6 x 3,5 см., ПП 2,8 x 4,0 см., ПЖ 2,4 см. (В-режим, в приточном отделе)

ЛЖ: КДР 4,2 см, КСР 2,4 см, ФВ (Т) 72 %, УО 55 мл

ТМЖП 1,2 см, ТЗСЛЖ 1,2 см.

Митральный клапан: открытие 2,5 см, дискордантный, створки уплотнены, ЗС ригидна, на створках патологических образований не выявлено.

Регургитация на МК нет.

Трикуспидальный клапан: створки тонкие, не изменены, на створках патологических образований не выявлено.

Регургитация на ТК 1 степени.

Давление в ПЖ 35 мм Hg (по регургитации на ТК)

Лёгочный ствол 1,4 см.

Клапан лёгочной артерии: створки тонкие, не изменены, на створках патологических образований не выявлено.

Регургитация на КЛА нет.

Зоны диссинергии не выявлены.

Септальные дефекты не выявлены.


Тип наполнения ригидный

Тип выброса гиперкинетический 1,3 м/с

Листки перикарда не утолщены, в перикарде жидкость не выявлена.

Дополнительно: в верхушке добавочная хорда.

Заключение: Симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Атеросклероз аорты АК, МК. Начальная Лёгочная гипертензия.



 Эхокалькулятор

Выбор показателя
 Размер ЛЖ (диаметр) ▾

КДРЛЖ, см
 4.5

Масса тела, кг Рост, см
 52 160

Мужчина Женщина

 **Вычислить** 

ЛЖ: нет дилатации
 Индекс ЛЖ: 3.0 см/м²

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ КАМЕР СЕРДЦА

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ КАМЕР СЕРДЦА ¹

Roberto M. Lang, Michelle Bierig, Richard B. Devereux, Frank A. Flachskampf, Elyse Foster, Patricia A. Pellikka, Michael H. Picard, Mary J. Roman, James Seward, Jack Shanewise, Scott Solomon, Kirk T. Spencer, Martin St. John Sutton, William Stewart

Количественная оценка размеров камер сердца, массы и функции желудочков является одной из наиболее важных и востребованных задач эхокардиографии. Последние десятилетия ознаменовались значительным увеличением количества и качества эхокардиографических методов благодаря появлению высокочастотных датчиков, тканевой гармоники, пол-

Настоящая редакция рекомендаций опубликована в *Eur J Echocardiography* (2006) 7, 79–108

Российский кардиологический журнал 2012, 3 (95):

2012

Содержание в сыворотке крови:

Название	Результат	Референтные значения
св. Т-3		2,5 – 5,8 пМоль/л
св. Т-4		11,5 – 23,0 пМоль/л при беременности: 1-й триместр 13,8 – 24,3 пМ 2-й триместр 10,3 – 16,4 пМ 3-й триместр 7,95 – 16,4 пМ
ТТГ	6,4	0,17 – 4,05 мМЕ/л
АТ-ТПО		< 12 МЕ/мл

Исследование выполнено методом радиоиммунного анализа (РИА) с применением тест-систем производства IMMUNOTECH (Чехия) – св.Т-3, св. Т-4, ТТГ, АТ-ТПО.

2014

Содержание в сыворотке крови:

Название	Результат	Референтные значения
св. Т-3		2,5 – 5,8 пМоль/л
св. Т-4	17,2	11,5 – 23,0 пМоль/л при беременности: 1-й триместр 13,8 – 24,3 пМ 2-й триместр 10,3 – 16,4 пМ 3-й триместр 7,95 – 16,4 пМ
ТТГ	10,9	0,17 – 4,05 мМЕ/л
АТ-ТПО		< 12 МЕ/мл

Исследование выполнено методом радиоиммунного анализа (РИА) с применением тест-систем производства IMMUNOTECH (Чехия) – св.Т-3, св. Т-4, ТТГ, АТ-ТПО.

Диагнозы

- ❑ ИБС: **стабильная стенокардия II ФК**, инфаркт миокарда (2007).
- ❑ Имплантация **голометаллических** стентов в ПКА и ПНКА (1.11.2013).
- ❑ Гипертоническая болезнь III стадия, риск 4.
- ❑ ХСН с **сохраненной ФВЛЖ**, II ФК.
- ❑ **Пароксизмальная** фибрилляция предсерий.
- ❑ **Катетерная абляция** кавотрикуспидального перешейка (10.04.2013).
- ❑ **Субклинический гипотиреоз** на фоне приема амиодарона.
- ❑ Сахарный диабет 2 типа, **гипогликемия**. ХБП 3а ст.
- ❑ **Ортостатический обморок**.
- ❑ **Неблагоприятные реакции** на амлодипин (отеки ног), фелодипин (приливы), пропafenон (тошнота, рвота), эналаприл (кашель) [Y52].

Проведено лечение: диабетон 60мг утром, аспирин 100мг об, зилт 75мг н\н, биол 2.5мг утром, биол 2.5мг утр, аторис 20мг н\н, индапамид 2.5мг утр, амлодипин 2.5мг н\н, омез 20мг н\н, кордарон 0.2мг об, фенозепам 1мг н\н №3, варфарин 5мг н\н, р. кардионат 5.0 в\в кап. №5, р. мексидола 4.0 в\м №5, р. гепарин 5тысх4рп\к №7 дней.

Проба с 6-ти минутной ходьбой:

Рекомендовано:

- Постоянное наблюдение у терапевта, кардиолога по месту жительства.
- Контроль трансминаз крови ч\з 8 -12 недель, креатинина крови, К, Na., МНО крови, гормонов щитовидной железы.
- УЗДГ экстрацеребральных сосудов, ХМ ЭКГ - 1 раз в год.
- Контроль артериального давления ежедневно с ведением дневника.
- Дозированные ежедневные физические нагрузки (ходьба 30-40 мин в день).
- Ограничение поваренной соли до 5 г/сут.
- Диета с низким содержанием холестерина (овощи, фрукты, хлеб, рис, крупы, макаронные изделия, оливковое масло (отжатое, сырое), морская рыба 50 г/сут).
- В течение суток после выписки **ЯВИТЬСЯ С ВЫПИСКОЙ НА ПРИЕМ В ПОЛИКЛИНИКУ, (на дому).**
- Контроль ФГС 1 раз в год.
- **Беседа по результатам обследования, лечению, режиму, диете проводилась неоднократно.**

- **Продолжить регулярный и постоянный прием препаратов:** - Диабетон 60мг утром, - Аспирин 100мг об, - Варфарин 3.75мг н\н (можно 2р в неделю 2.5мг), - Клопидогрель 75мг н\н, - Лозартан 25мг х2р, - Аторвастатин 20мг н\н, - Бисопролол 2.5мг утром, - Амиодарон 200мг обед, - Амлодипин 2.5мг н\н, - Омепразол 20мг н\н, - Индапамид 2.5мг утром., - Спинолактон 50мг утром.

всего аспирин 100мг об, зилт 75мг н\н, биол 2.5мг утром, биол 2.5мг утр, аторис 20мг н\н, индапамид 2.5мг утр, амлодипин 2.5мг н\н, омез 20мг н\н, кордарон 0.2мг об, фенозепам 1мг н\н №3, варфарин 5мг н\н, р. кардионат 5.0 в\в кап. №5, р. мексидола 4.0 в\м №5, р. гепарин 5тысх4рп\к №7 дней.

всего клопидогрель 75мг н\н, лозартан 25мг х2р, аторвастатин 20мг н\н, бисопролол 2.5мг утром, амиодарон 200мг обед, амлодипин 2.5мг н\н, омепразол 20мг н\н, индапамид 2.5мг утром., спинолактон 50мг утром.

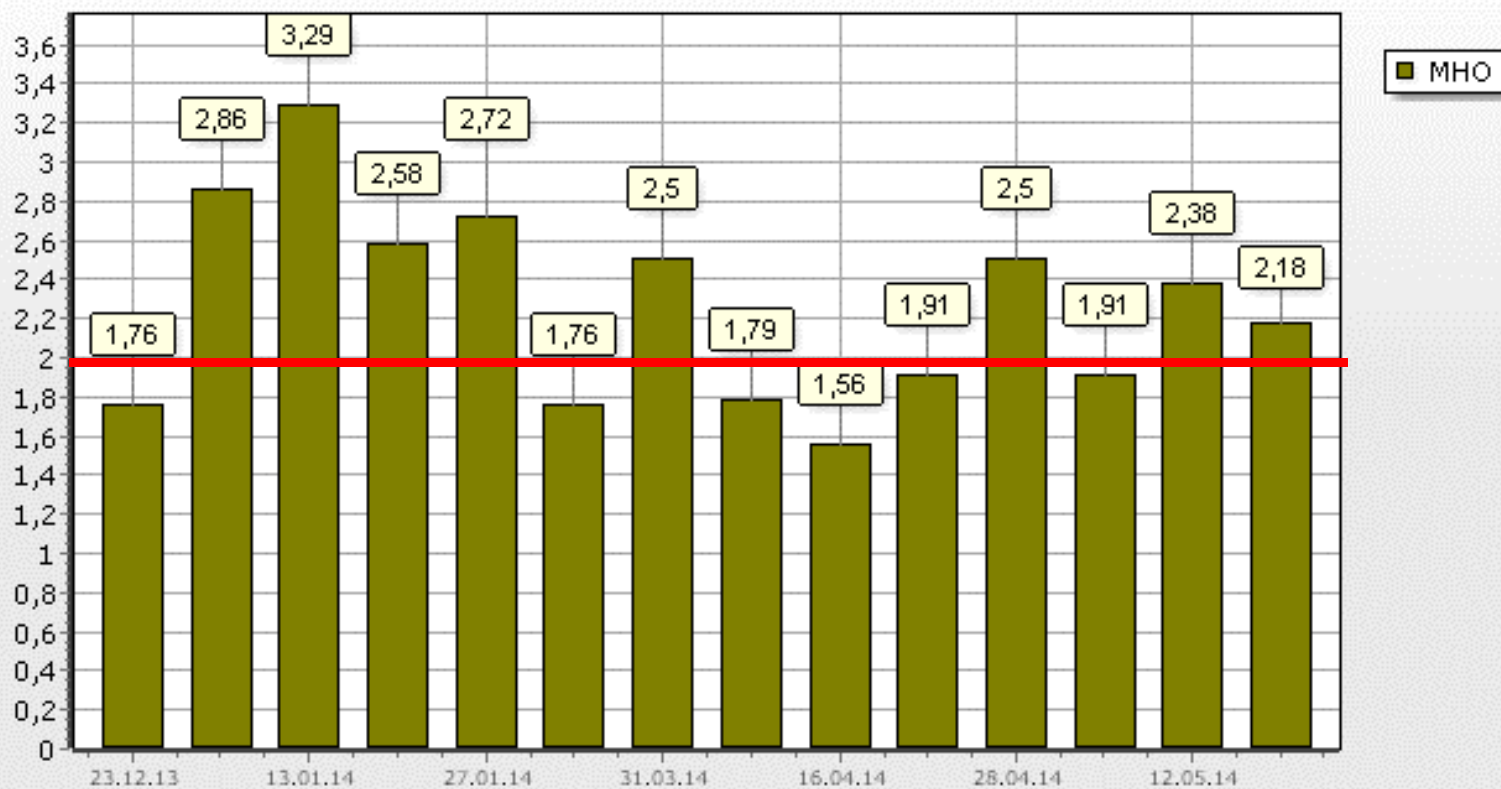
всего аспирин 100мг об, зилт 75мг н\н, биол 2.5мг утром, биол 2.5мг утр, аторис 20мг н\н, индапамид 2.5мг утр, амлодипин 2.5мг н\н, омез 20мг н\н, кордарон 0.2мг об, фенозепам 1мг н\н №3, варфарин 5мг н\н, р. кардионат 5.0 в\в кап. №5, р. мексидола 4.0 в\м №5, р. гепарин 5тысх4рп\к №7 дней.

всего клопидогрель 75мг н\н, лозартан 25мг х2р, аторвастатин 20мг н\н, бисопролол 2.5мг утром, амиодарон 200мг обед, амлодипин 2.5мг н\н, омепразол 20мг н\н, индапамид 2.5мг утром., спинолактон 50мг утром.

всего аспирин 100мг об, зилт 75мг н\н, биол 2.5мг утром, биол 2.5мг утр, аторис 20мг н\н, индапамид 2.5мг утр, амлодипин 2.5мг н\н, омез 20мг н\н, кордарон 0.2мг об, фенозепам 1мг н\н №3, варфарин 5мг н\н, р. кардионат 5.0 в\в кап. №5, р. мексидола 4.0 в\м №5, р. гепарин 5тысх4рп\к №7 дней.

всего клопидогрель 75мг н\н, лозартан 25мг х2р, аторвастатин 20мг н\н, бисопролол 2.5мг утром, амиодарон 200мг обед, амлодипин 2.5мг н\н, омепразол 20мг н\н, индапамид 2.5мг утром., спинолактон 50мг утром.

MHO



Лечение

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Варфарин 3.75 мг | 1. Эликвис 5 мг 2 раза |
| 2. Клопидогрел 75 мг | 2. Лозартан 75-100 мг |
| 3. Лозартан 50 мг | 3. Аторвастатин 20 мг |
| 4. Аторвастатин 20 мг | 4. Амиодарон 200 мг |
| 5. Амиодарон 200 мг | 5. Индапамид 2.5 мг |
| 6. Фелодип 2.5 мг | 6. Вилдаглиптин 50 мг |
| 7. Бисопролол 2.5 мг | 7. Клопидогрел |
| 8. Индапамид 2.5 мг | 8. Фелодип |
| 9. Спиرونлактон 50 мг | 9. Бисопролол |
| 10. Омепразол 20 мг | 10. Спиронлактон |
| 11. Триметазидин 70 мг | 11. Омепразол |
| 12. Микседол | 12. Триметазидин |
| 13. Гликлазид МВ 60 мг | 13. Микседол |
| 14. Левотироксин 50 мкг | 14. Левотироксин 25 мкг и отменить |

Нужно ли лечить субклинический гипотиреоз?

3. При субклиническом гипотиреозе (повышение уровня ТТГ в сочетании с нормальным уровнем Т4 в крови), рекомендуется:
- повторное гормональное исследование через 3 – 6 месяцев с целью подтверждения стойкого характера нарушения функции щитовидной железы; если субклинический гипотиреоз выявлен во время беременности терапия левотироксином в полной заместительной дозе назначается **немедленно**;
 - заместительная терапия левотироксином показана при стойком субклиническом гипотиреозе (повышении уровня ТТГ в крови более 10 мЕд/л, а также в случае как минимум двукратного выявления уровня ТТГ между 5 – 10 мЕд/л); у лиц старше 55 лет и при наличии сердечно-сосудистых заболеваний заместительная терапия левотироксином проводится при хорошей переносимости препарата и отсутствии данных о декомпенсации этих заболеваний на фоне приема препарата;

Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреоидита у взрослых

Составители: Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Петунина Н.А., Александрова Г.Ф., Трошина Е.А., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э.

Нужно ли лечить субклинический гипотиреоз?

Which patients with TSH levels above a given laboratory's reference range should be considered for treatment with L-thyroxine?

- **RECOMMENDATION 15** Patients whose serum TSH levels exceed 10 mIU/L are at increased risk for heart failure and cardiovascular mortality, and should be considered for treatment with L-thyroxine. **Grade B, BEL 1**

SEE: **Areas for Future Research**; *When to treat hypothyroidism—Cardiac benefit from treating subclinical hypothyroidism*

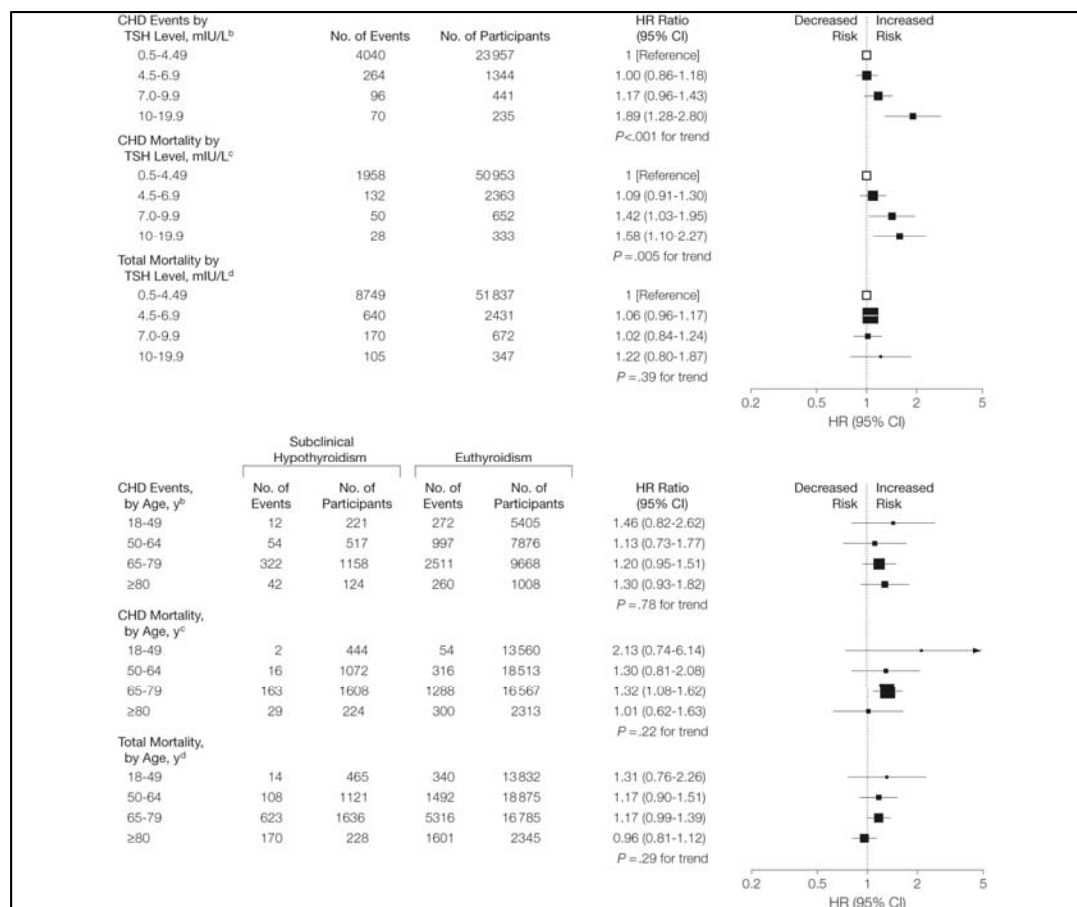
Recommendation 15 was downgraded to B because it is not generalizable and meta-analysis does not include prospective interventional studies.

ATA/AACE Guidelines

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR HYPOTHYROIDISM IN ADULTS:
COSPONSORED BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL
ENDOCRINOLOGISTS AND THE AMERICAN THYROID ASSOCIATION

Jeffrey R. Garber, MD, FACP, FACE^{1,2}; Rhoda H. Cobin, MD, FACP, MACE³;
Hossein Gharib, MD, MACP, MACE⁴; James V. Hennessey, MD, EACP²;
Irwin Klein, MD, FACP⁵; Jeffrey I. Mechanick, MD, FACP, FACE, FACN⁶;
Rachel Pessah-Pollack, MD^{6,7}; Peter A. Singer, MD, FACE⁸; Kenneth A. Woerber, MD, FRCPE⁹
for the American Association of Clinical Endocrinologists
and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults*

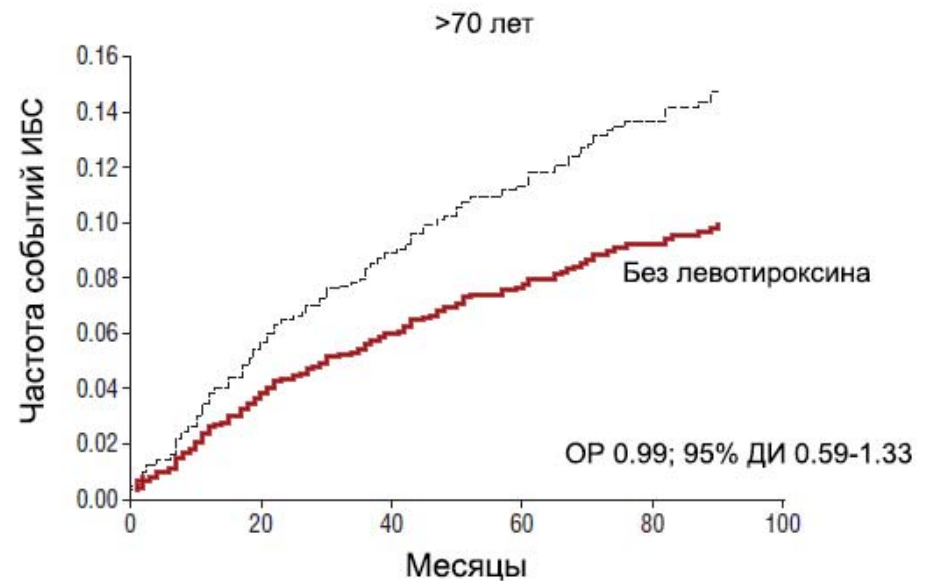
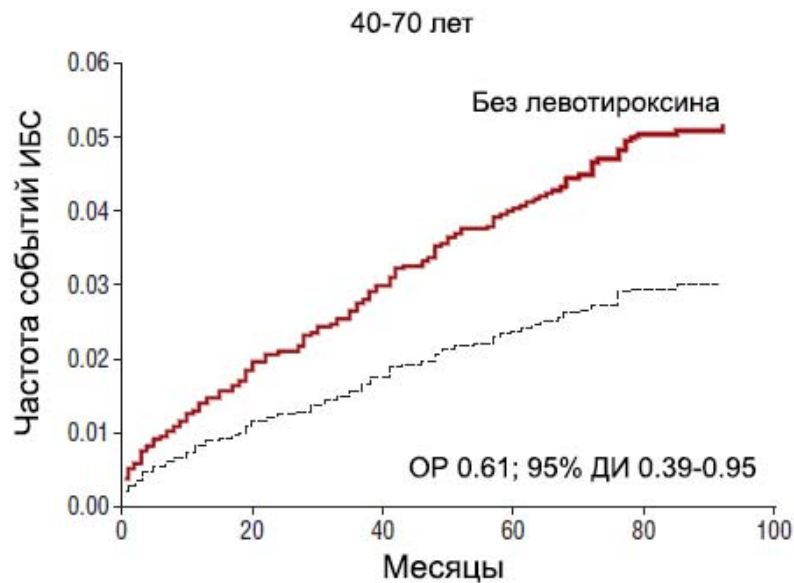
ИБС и субклинический гипотиреоз



Субклинический гипотиреоз ассоциируется с повышением риска ИБС (+17+89%) и смертности от ИБС (+42+58%) особенно при ТТГ >10 мЕД/л, но не общей смертности

Мета-анализ 11 проспективных когортных исследований, 55 287 человек

ИБС и лечение субклинического гипотиреоза



**Снижение риска ИБС у молодых пациентов до 70 лет,
но общая смертность не снизилась**

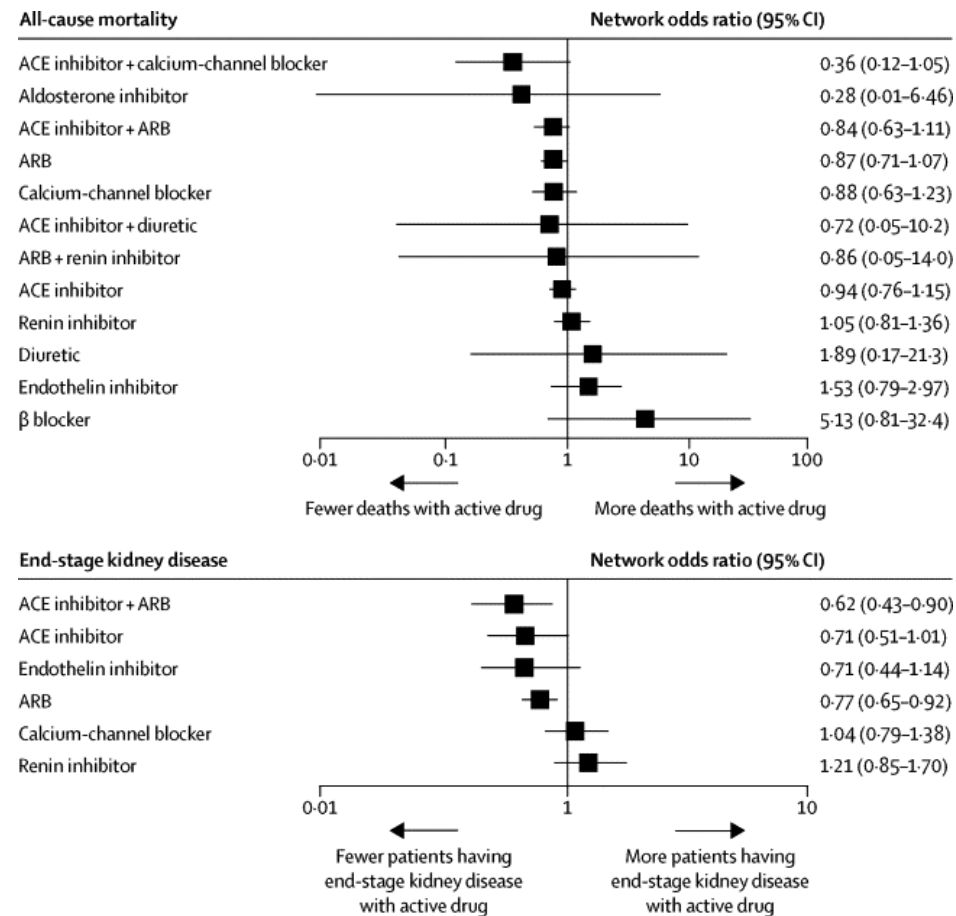
Проспективное исследование,
4735 человек

ИБС и лечение субклинического гипотиреоза

- У пациентов с субклиническим гипотиреозом заместительная терапия левотироксином не снижает общую смертность.

Проспективное исследование,
628953 пациентов, 12212 с субклиническим
гипотиреозом

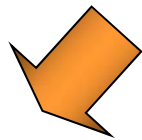
Антигипертензивная терапия у пациентов с диабетом и ХБП



Уменьшает смертность само снижение АД, независимо от препаратов. иАПФ, БРА замедляют прогрессирование ХБП.

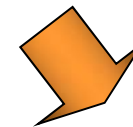
Стадия	СКФ мл/мин/1,73 м ²	Антикоагулянты
1	≥ 90	Любые
2	60 – 89	Любые
3а	45 – 59	Любые Ривароксабан 15 мг (30-49 мл/мин)
3б	30 – 44	Варфарин Апиксабан 5 мг 2 раза Дабигатран 110 мг 2 раза Ривароксабан 15 мг
4	15 – 29	Варфарин <i>Апиксабан 2.5 мг 2 раза</i> <i>Ривароксабан 15 мг</i>
5	<15	Варфарин
5д	Диализ	Польза неочевидна

Хроническая сердечная недостаточность



ХСН с СФВЛЖ

Снижение ЧСС
(бета-блокаторы, верапамил)
Диуретики

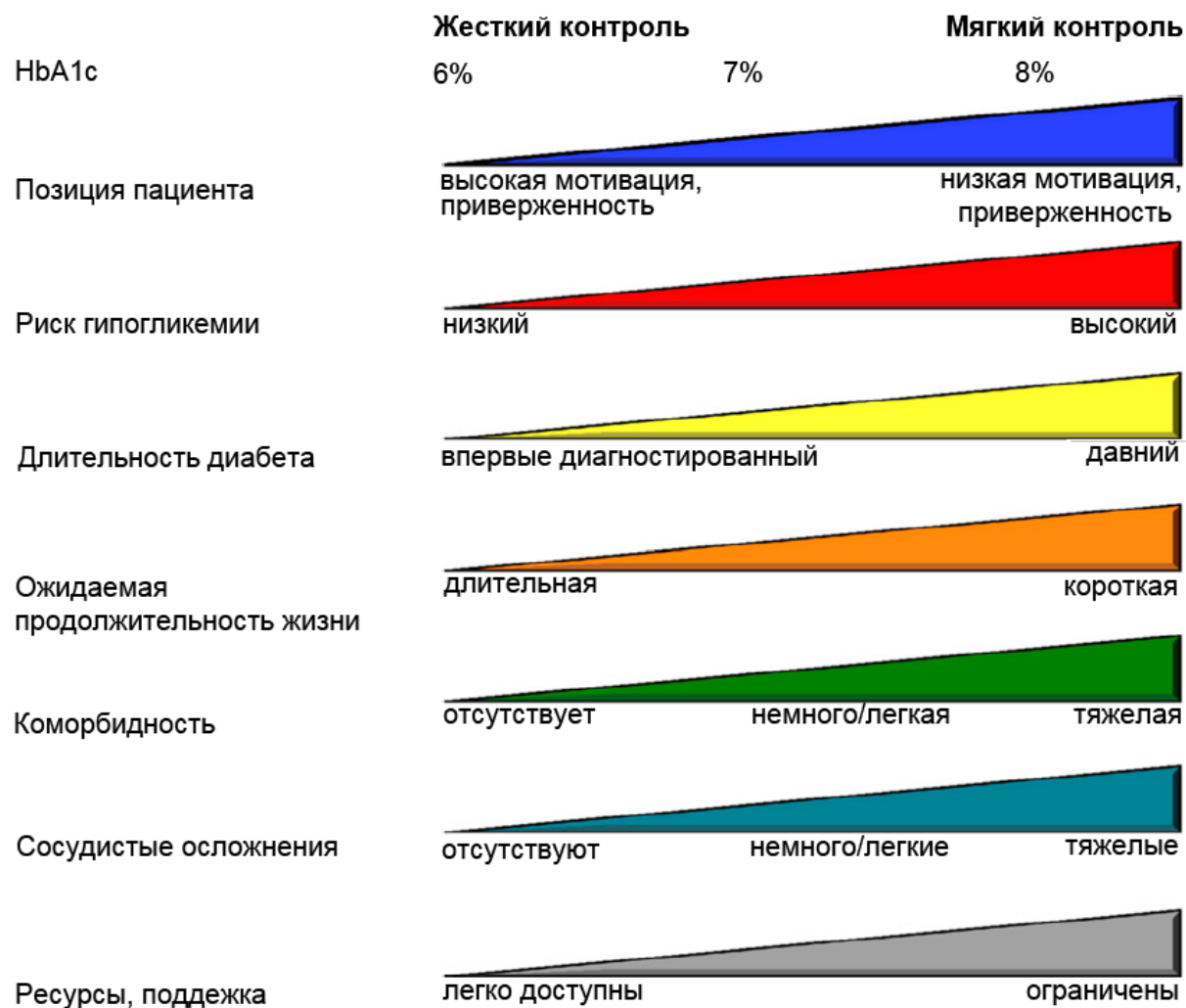


ХСН с НФВЛЖ

ИАПФ/БРА
Бета-блокаторы некоторые
Диуретики
Антагонисты рецепторов МК

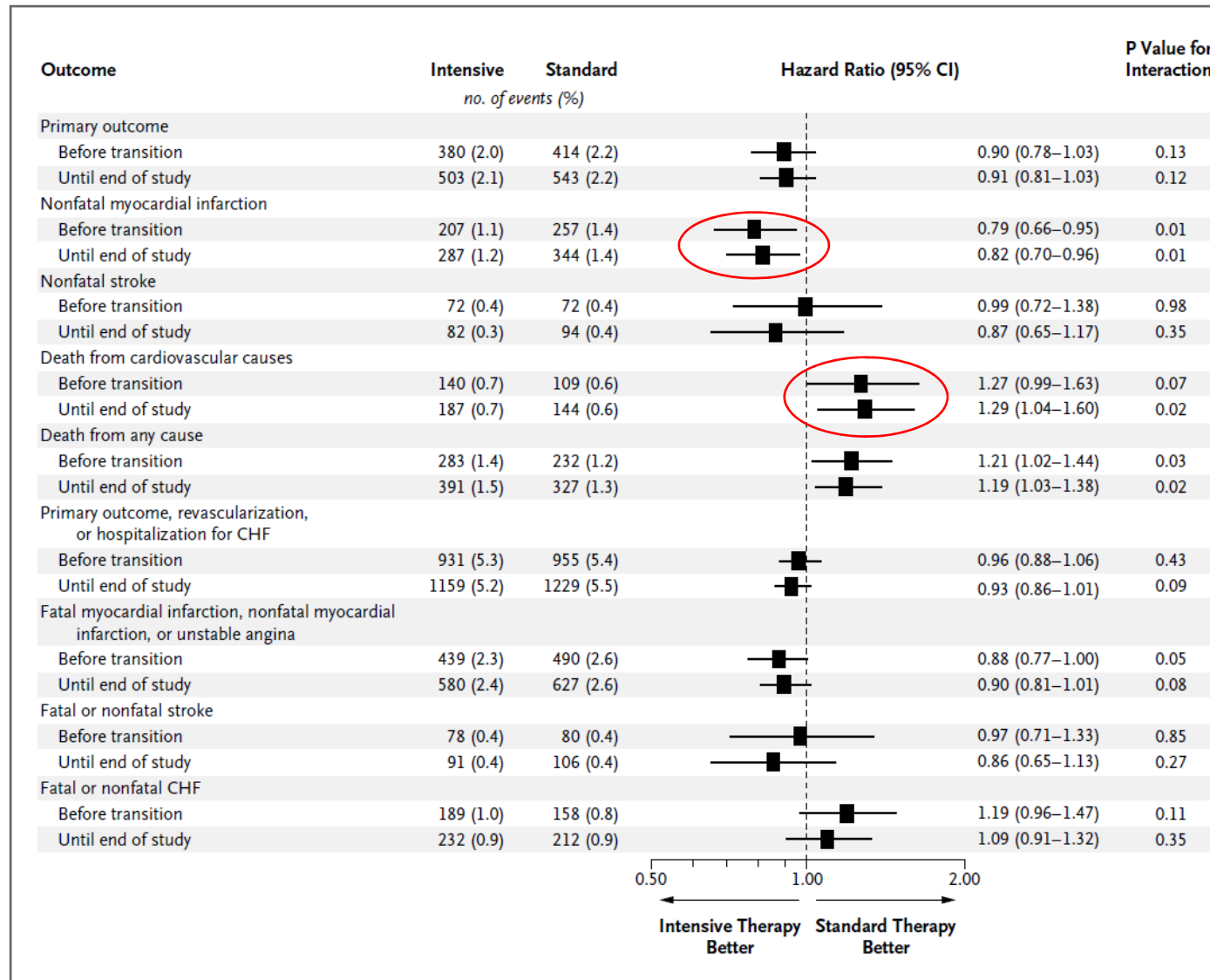
**ФВЛЖ по
Симпсону**

Контроль гипергликемии

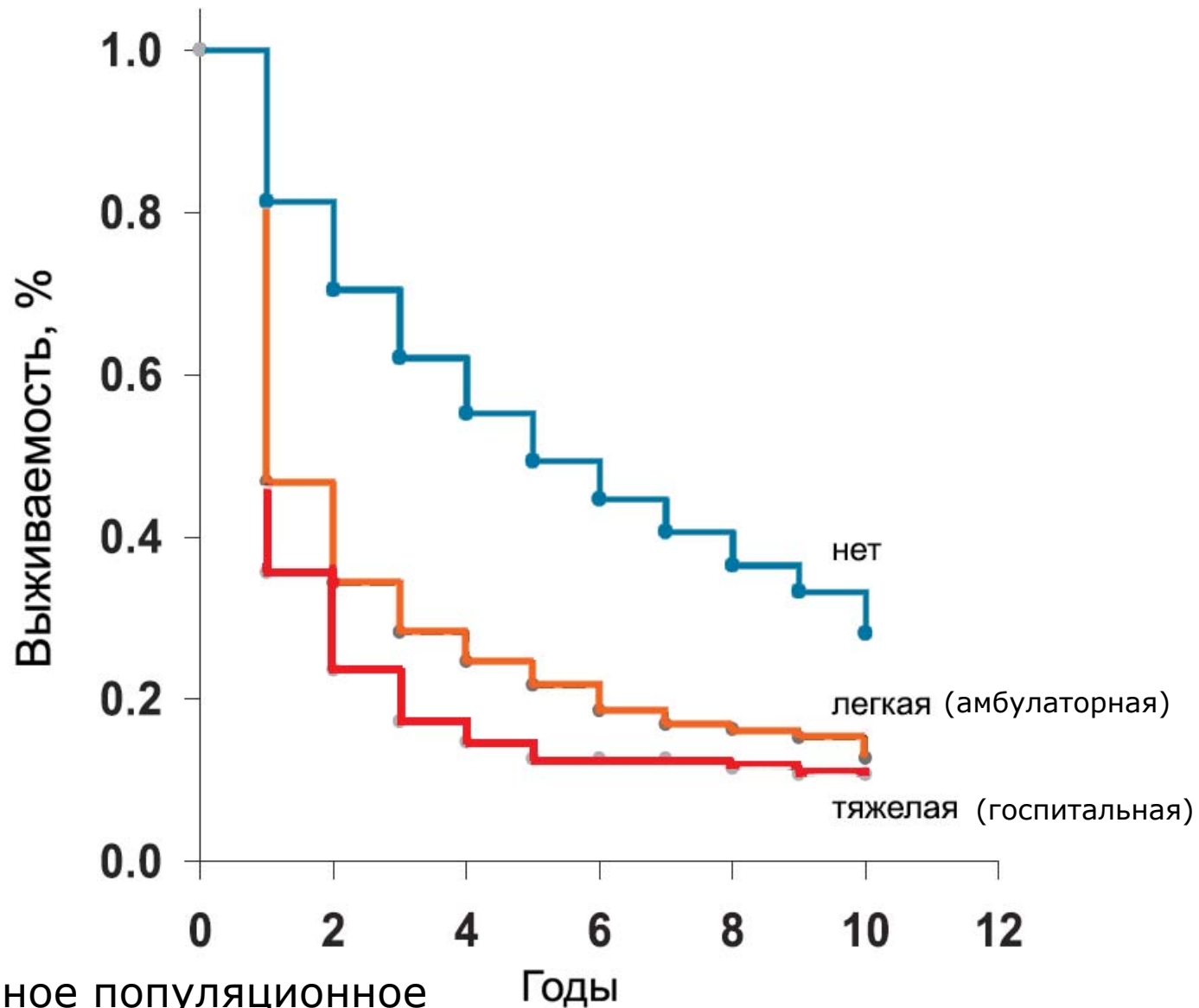


Целевые уровни гликемии при выраженной коморбидности неприемлемы.

ASCORD: интенсивное лечение пациентов с ИБС или факторами риска



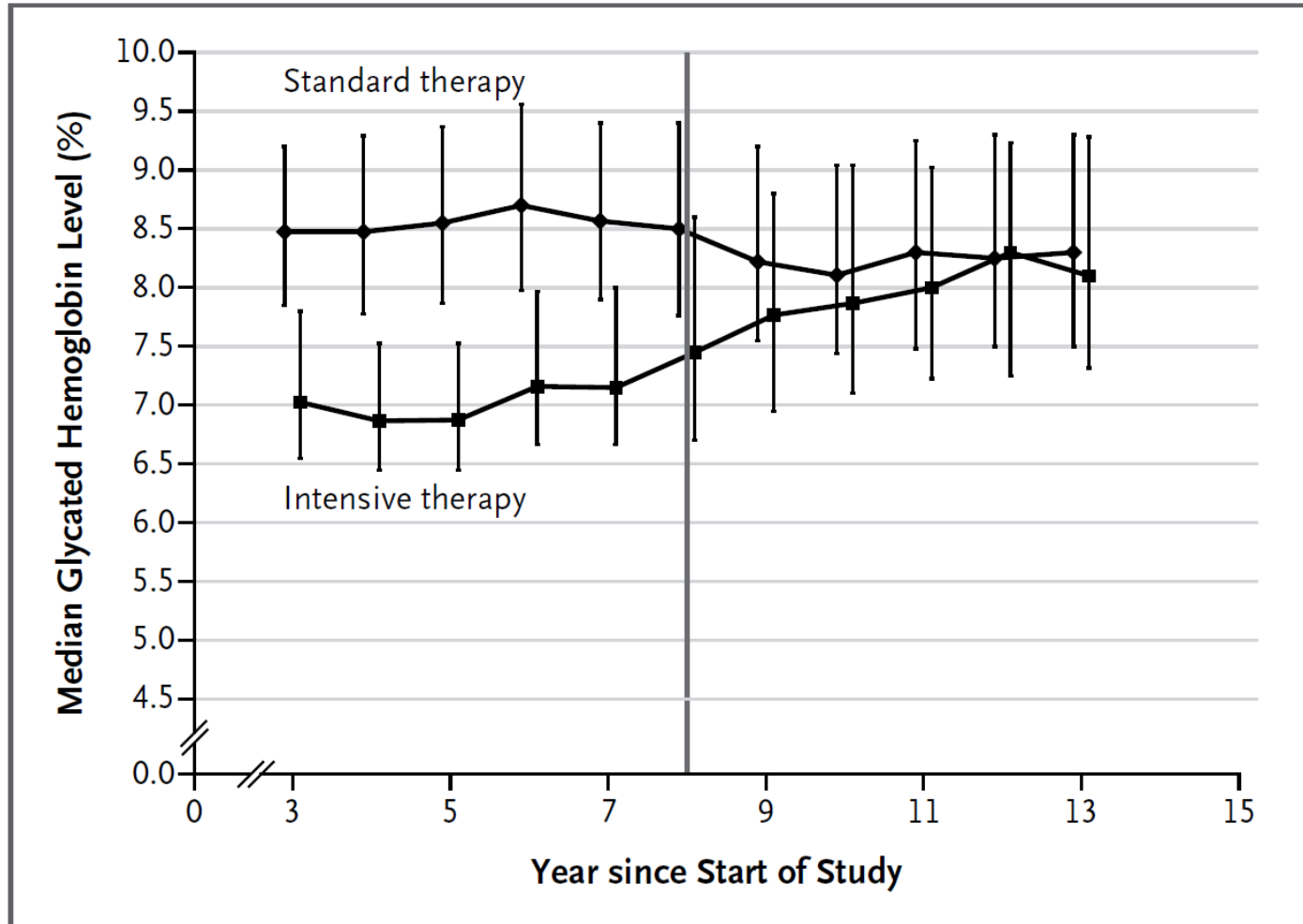
Гипогликемия и выживаемость



Проспективное популяционное исследование 77611 пациентов

Hsu PF, et al. Diabetes Care 2013;36(4):894-900.

Динамика гликированного гемоглобина

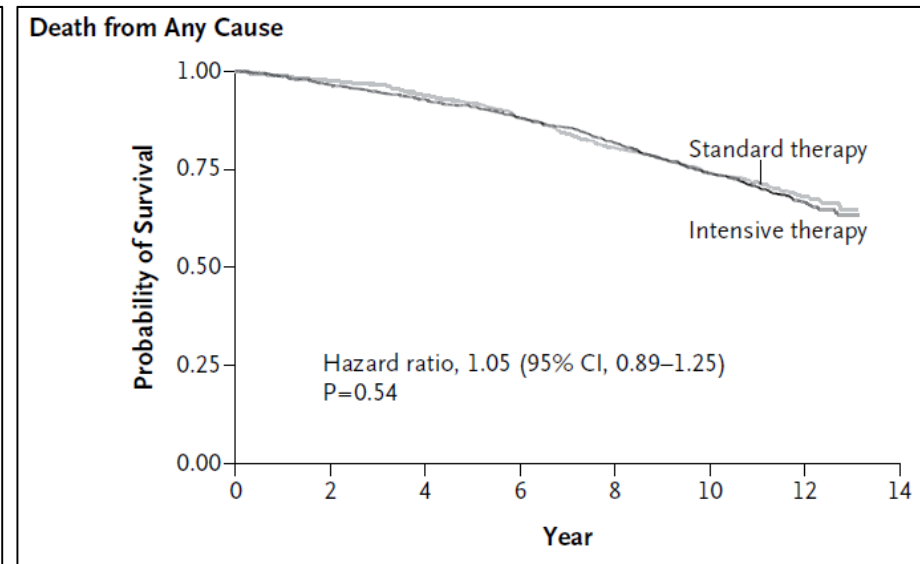
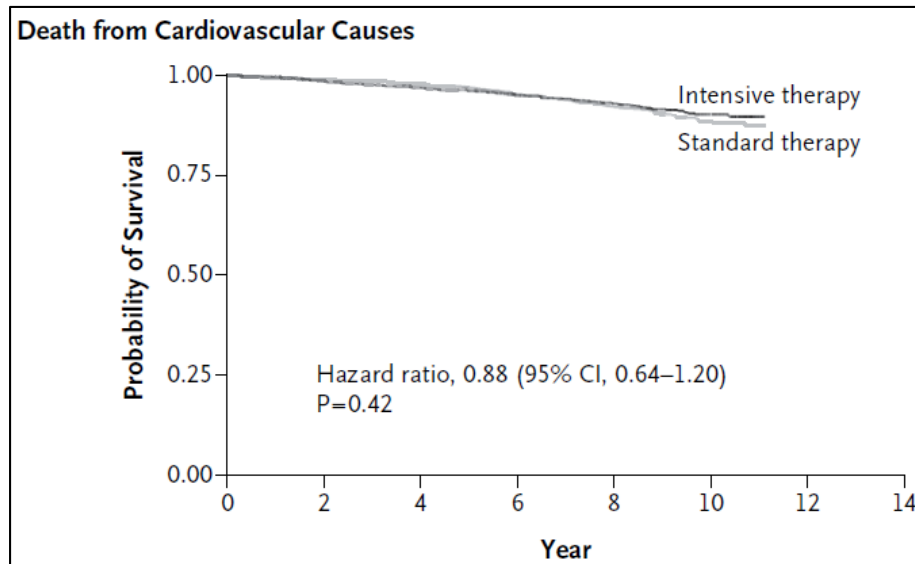


VADT

РКИ 1791 пациента

Hayward RA, et al. New England Journal of Medicine 2015;372:2197-206.

Влияние на смертность



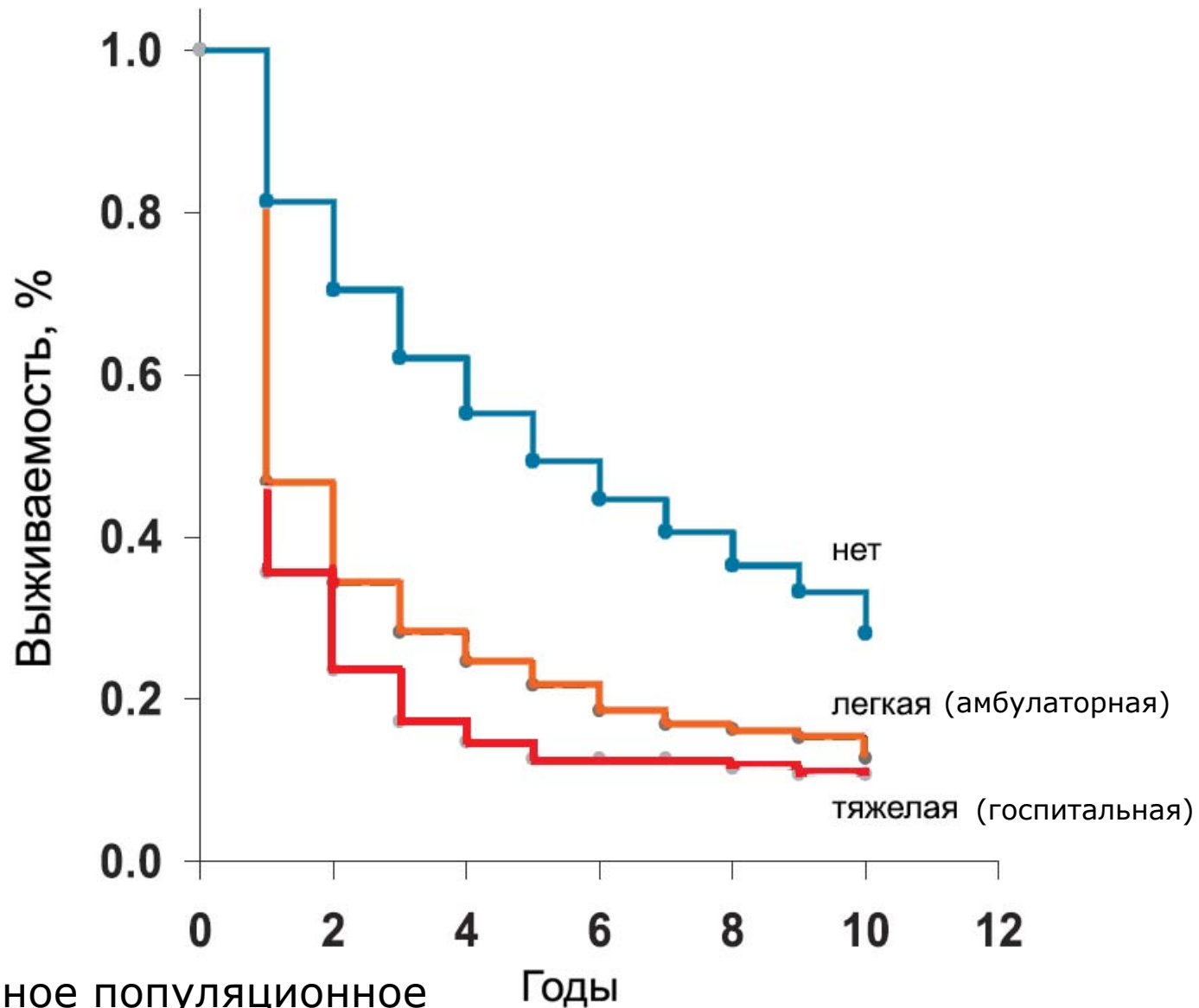
**Интенсивная глюкозснижающая терапия
не повлияла на общую и сердечно-сосудистую смертность**

VADT

РКИ 1791 пациента

Hayward RA, et al. New England Journal of Medicine 2015;372:2197-206.

Гипогликемия и выживаемость



Проспективное популяционное исследование 77611 пациентов

Hsu PF, et al. Diabetes Care 2013;36(4):894-900.

Гипогликемия



Нарушения
реполяризации

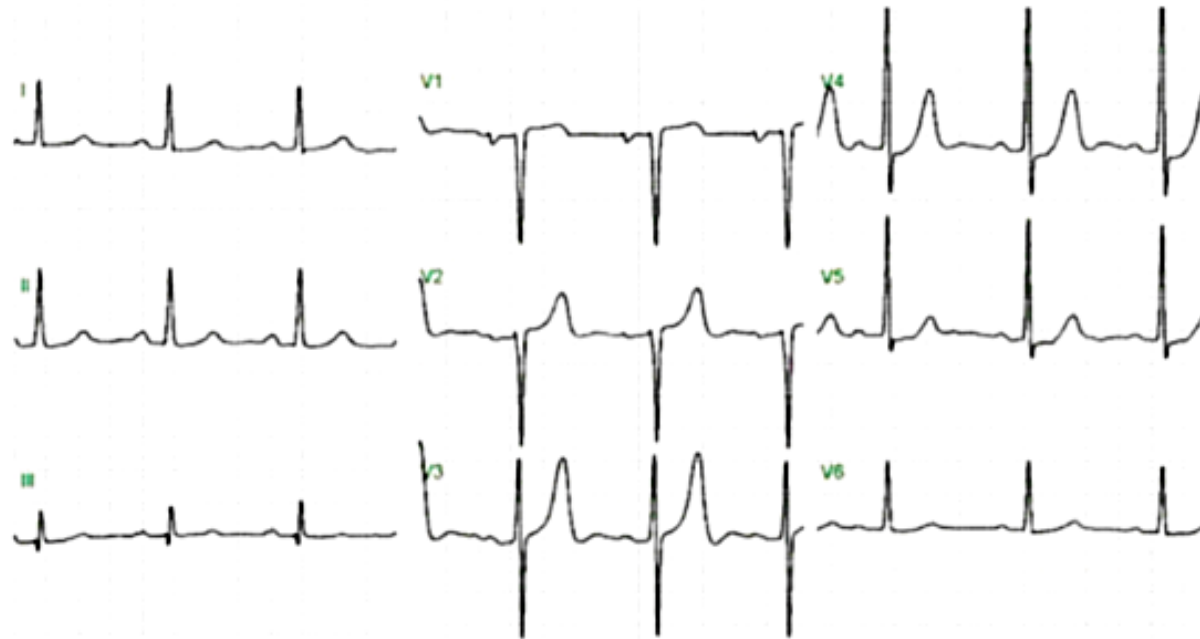
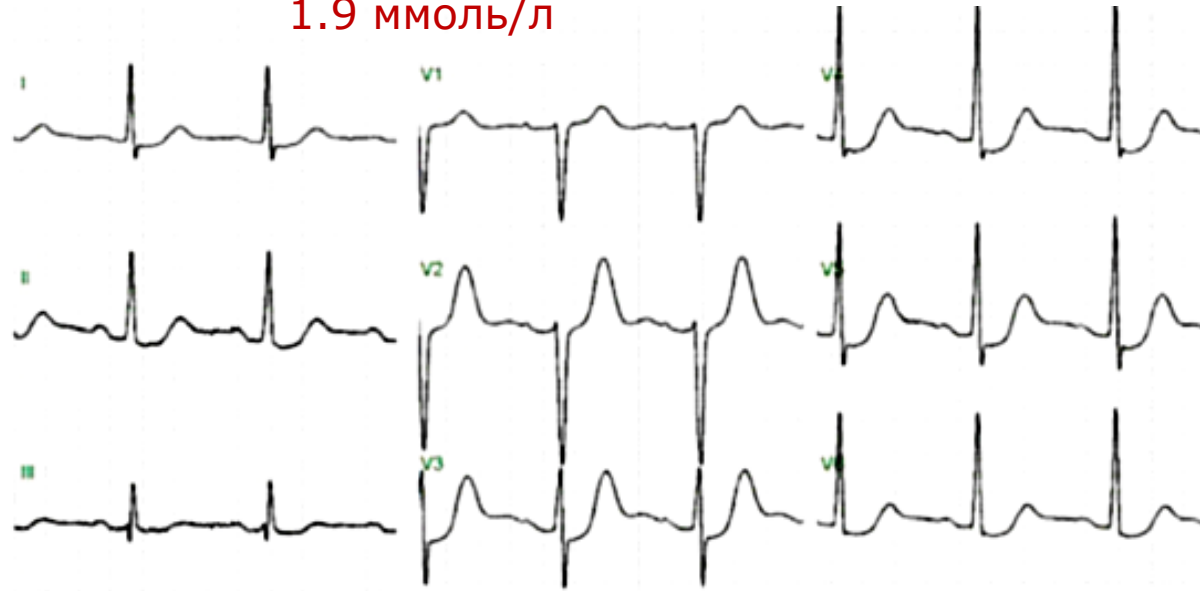
>QTc интервала

Гипокалиемия

↑СНС
x10-50 А, НА

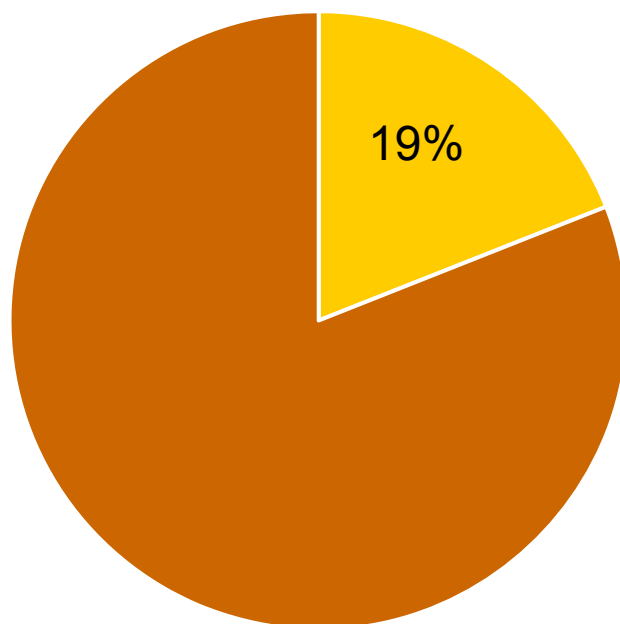
Активация тромбоцитов
Повышение вязкости

1.9 ммоль/л



Дискомфорт в груди при гипо- и гипергликемии

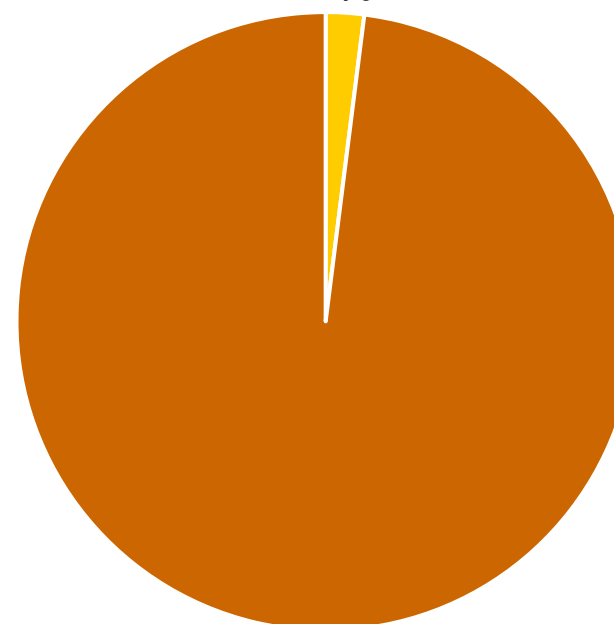
Дискомфорт в груди
60% с изменениями ЭКГ



Гипогликемия

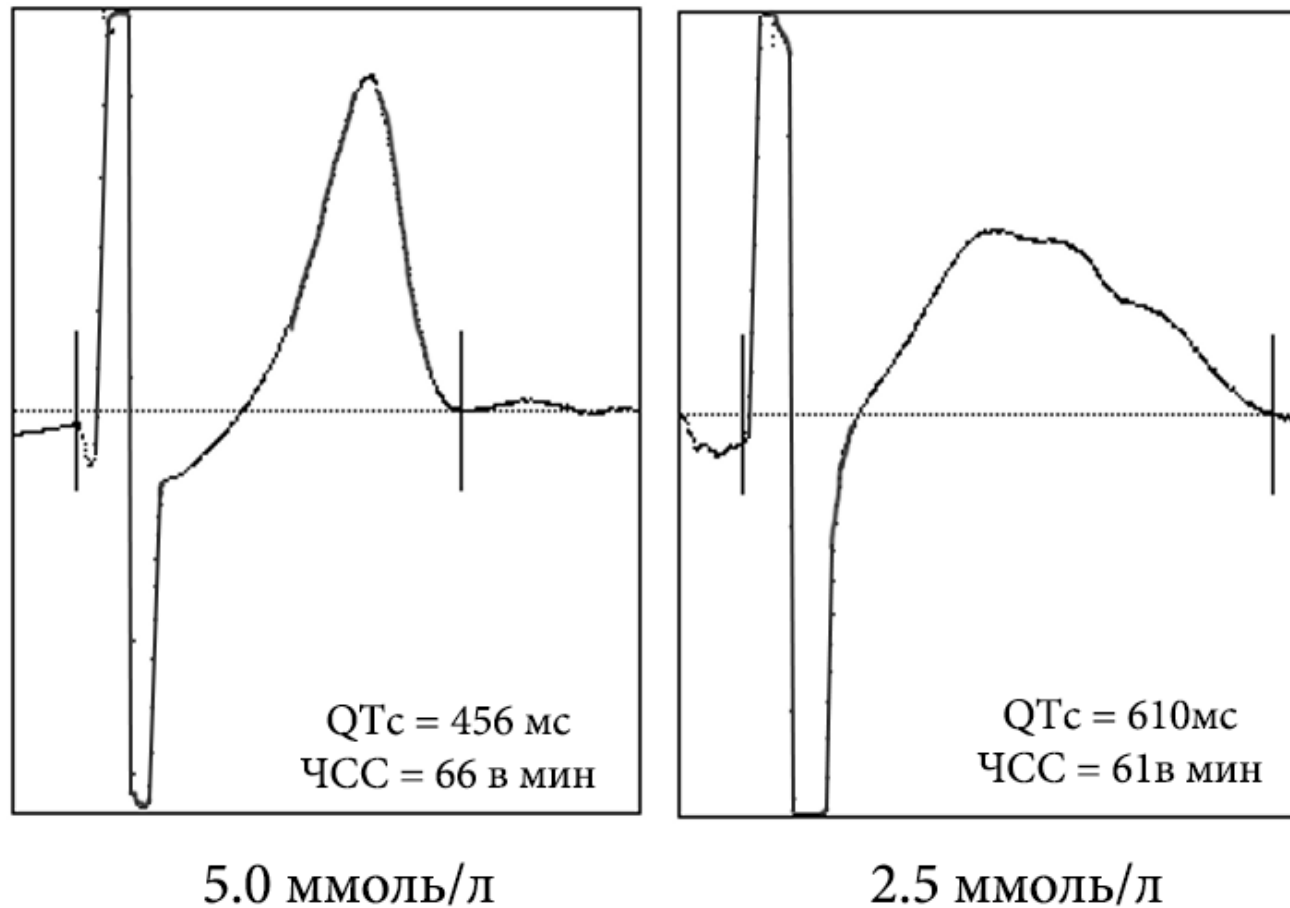
Дискомфорт в груди

2%

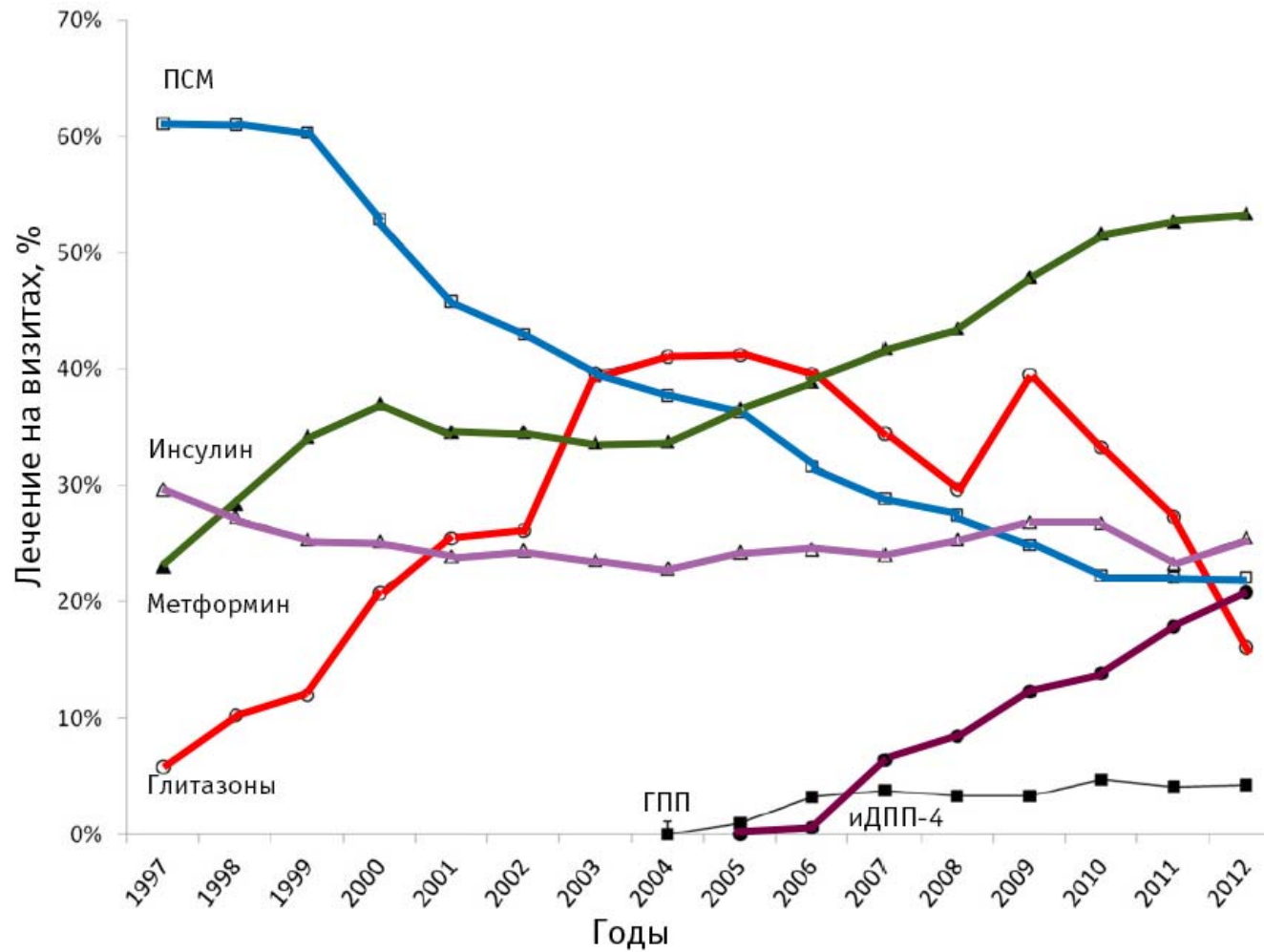


Гипергликемия

Влияние гипогликемии на QT интервал



Применение антигипергликемических препаратов в США



Антигипергликемические препараты и смертность

Agent*	Time at risk (person years)	Events—No (%)	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio (95% CI)†	P value
All cause mortality					
Any sitagliptin use	11 307	32 (0.4)	1.02 (0.71 to 1.46)	1.14 (0.79 to 1.65)	0.47
Any metformin use	105 400	172 (0.3)	0.41 (0.34 to 0.49)	0.78 (0.64 to 0.97)	0.02
Any sulfonylurea use	36 405	137 (0.6)	1.49 (1.23 to 1.82)	1.53 (1.24 to 1.87)	<0.001
Any thiazolidinedione use	33057	68 (0.3)	0.70 (0.54 to 0.90)	0.72 (0.55 to 0.93)	0.01
Other antidiabetic drug use‡	1713	17 (1)	2.88 (1.77 to 4.70)	3.29 (2.01 to 5.39)	<0.001
Any insulin use	5801	67 (1)	3.66 (2.82 to 4.76)	3.42 (2.61 to 4.48)	<0.001

72738 пациентов, начавших лечение диабетом.
5 лет наблюдения.

**Аспирин усиливают действие препаратов сульфонилмочевины,
риск тяжелой гипогликемии.**

Антигипергликемические препараты при ИБС или высоком риске ИБС

Метформин 850-1000 мг 2 раза
ожирение



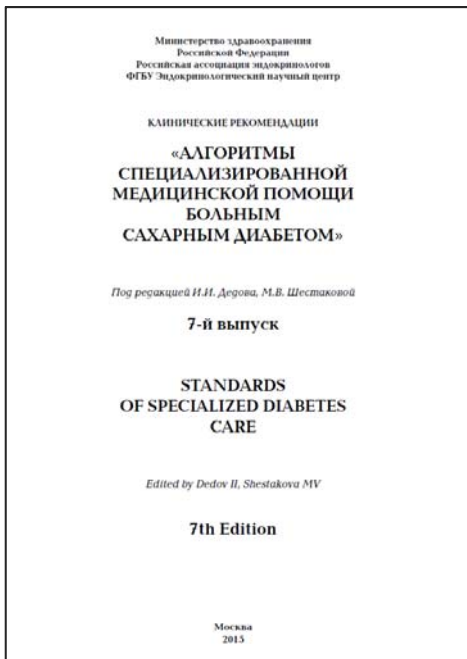
иДПП-4
Вилдаглиптин (галвус) 50 мг 1-2 раза

Пиоглитазон 15-45 мг
Нет СН II-IV ФК

иНГЛТ-2
Дапаглифлозин (форсига) 5 мг 1 раз

Гликлазид 30-60 мг 1 раз

Независимо
от приема
пищи



Многоцелевые препараты при СС заболеваниях

	ИБС	АГ	ФП	Дислипидемия	Диабет	ХБП	СН	НЖБП	Ожирение
иАПФ, БРА	+	+++	+		+	++	+++		
β-блокаторы	+++	+++	++				++		
Статины	+++		±	+++	-	+		+	
Метформин	+				+++		+	+	+
Пиоглитазон	+	+	+		+++			+	
иНГТ2		+			+++		+		+
Ранолазин	++		+	+	+				
Аллопуринол	+		+			+	+		

Лечение при коморбидности



**Минимум
препаратов**

Участковый врач
Семейный врач
Кардиолог
Команда специалистов



**Многоцелевые
препараты**



Политаблетки