



Постменопаузальный остеопороз. Доказанная профилактика и коррекция: смена воззрений – достижение результата

Остеопороз, как возраст-ассоциированное заболевание, сопряжен с высоким риском переломов, инвалидизации и смерти, что делает его важной проблемой для здравоохранения в целом и пациента в частности.

Актуальным вопросам профилактики и диагностики постменопаузального остеопороза, а также успешному лечению данного заболевания был посвящен симпозиум «Постменопаузальный остеопороз. Доказанная профилактика и коррекция: смена воззрений – достижение результата». Особое внимание в выступлениях экспертов было уделено оценке эффективности и переносимости отечественного бисфосфоната (препарата Резовива 150 мг) у пациенток с постменопаузальным остеопорозом. Симпозиум при поддержке компании «Фарм-Синтез» состоялся в рамках 20-го Общероссийского научно-практического семинара с международным участием «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 5 сентября 2026 г.).



Профессор, д.м.н.
В.Е. Радзинский

Председатель симпозиума Виктор Евсеевич РАДЗИНСКИЙ, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, д.м.н., профессор,

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы (Москва), в своем вступительном слове отметил, что менопауза считается одним из самых значимых периодов жизни женщины, что связано с максимальным количеством осложнений ее физиологического течения. Ассоциированные с климаксом расстройства делают женщину уязвимой в отношении развития целого спектра патологических состояний, в первую очередь таких, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, остеопороз (ОП). Согласно статистике, соотношение

количества переломов трубчатых костей у женщин и мужчин составляет 7:1 и за последние 37 лет остается неизменным. Почему?

Дело в том, что костная ткань является органом-мишенью половых гормонов. Основными препаратами для лечения ОП являются бисфосфонаты. К сожалению, гинекологи редко назначают антирезорбтивную терапию ОП. Как правило, ее активно предписывают ревматологи, количество которых в отечественных медицинских учреждениях невелико. Вот почему остеопороз требует пристального внимания врачей разных специальностей, в том числе гинекологов и эндокринологов.



Профессор, д.м.н.
О.М. Лесняк

Согласно данным, представленным Ольгой Михайловной ЛЕСНЯК, д.м.н., профессором

Кризис хрупкости преодолим: достижение результата возможно

кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), президентом Российской ассоциации по остеопорозу (РАОП), в структуре хронических заболеваний, приводящих к потере качества жизни, остеопороз занимает четвертое место после ишемической болезни сердца, деменции и рака легкого. К сожалению, Россия входит в группу стран с наиболее высокой распространенностью остеопороза –

им страдает каждая третья женщина в возрасте 50 лет и старше и каждый пятый мужчина. В общей сложности в нашей стране насчитывается 16 млн больных ОП, еще у 34 млн имеет место высокий риск развития низкоэнергетических переломов. В перспективе количество лиц с остеопоротическими переломами может повыситься за счет увеличения средней продолжительности жизни и старения населения. Так, если в 2015 г. в России было зарегистрировано 126 666 переломов



20-й Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

проксимального отдела бедренной кости, то к 2050 г. их число может составить более 209 000¹.

Несвоевременная диагностика ОП нередко становится причиной назначения терапии лишь после состоявшегося перелома, что крайне негативно сказывается на качестве жизни. Кроме того, перенесенный перелом влечет за собой каскад последующих переломов. Чтобы снизить риск развития остеопороза у женщин в период менопаузы, необходимо проводить первичную профилактику заболевания, активнее выявлять его с помощью скрининговых методов, не теряя из виду пациентов с остеопоротическими переломами в анамнезе, а также эффективнее лечить как сам остеопороз, так и переломы (ортогериатрический подход).

В действующих клинических рекомендациях, утвержденных Минздравом России в 2025 г., диагностика ОП основывается на выявлении хотя бы одного из трех критериев:

- ✓ низкоэнергетический перелом крупных костей скелета при исключении других причин;
- ✓ низкая минеральная плотность кости (МПК) по данным рентгеновской денситометрии (Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA);
- ✓ высокая десятилетняя вероятность основных остеопоротических переломов по шкале FRAX (Fracture Risk Assessment).

Рентгеновская денситометрия считается золотым стандартом диагностики остеопороза. Однако ее применение для скрининга у женщин в постменопаузальном периоде экономически нецелесообразно. Кроме того, в российских медицинских учреждениях денситометров не хватает. Так, если Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует 11 денситометров на 1 млн населения, то в России в 2019 г. на 1 млн жителей приходилось порядка трех аппаратов¹.

Клинически диагноз ОП можно установить во время сбора анамнеза, при выявлении факторов риска и расчете вероятности переломов основных четырех локализаций (проксимальный отдел бедра, позвонки, дистальный отдел предплечья, шейка плечевой кости) в последующие десять лет по шкале FRAX – если ее значения выше порога терапевтического вмешательства. Модель шкалы FRAX разрабатывается отдельно для каждой страны. На международном сайте и на сайте РАОП представлена обновленная российская модель FRAX².

У молодых женщин с нормальным гормональным фоном баланс между остеокластами и остеобластами сохраняется. Дефицит эстрогенов в период менопаузы и постменопаузы приводит к нарушению костного обмена. При постменопаузальном остеопорозе преобладает активность резорбирующих клеток. Образующаяся глубокая резорбционная полость даже при хорошей работе остеобластов полностью не заполняется. Это приводит к потере костной массы.

Важнейшая задача врача – своевременное назначение медикаментозного лечения. Особенно важно, чтобы пациенты оставались приверженными терапии в течение нескольких лет, так как эффективность антиosteoporotических препаратов доказана именно при длительном лечении.

В настоящее время для лечения ОП применяются три группы препаратов: азот-содержащие бисфосфонаты (алендронат, ибандронат, золедроновая кислота, ризедронат), моноклональное антитело к RANKL (деносумаб), паратгормон (терипаратид). Бисфосфонаты и деносумаб снижают активность остеокластов, терипаратид способствует повышению активности остеобластов.

Бисфосфонаты – это химические аналоги пирофосфатов, которые имеют сродство к костной ткани. Они концентрируются в местах костной резорбции и остаются в кости надолго. Эффект сохраняется и после прекращения их применения в отличие от деносумаба, при отмене которого после длительного приема наблюдается эффект рикошета. Поэтому после лечения деносумабом переходят на терапию бисфосфонатами. Терипаратид назначается при тяжелом остеопорозе. Его можно использовать лишь один раз в жизни при максимальной продолжительности лечения 24 месяца, после чего пациента переводят на антирезорбтивную терапию.

Бисфосфонаты являются высокоэффективным и патогенетическим обоснованным методом лечения пациенток с постменопаузальным ОП. Это уникальный класс препаратов, который снижает риск не только остеопоротических переломов, но и смерти после любых остеопоротических переломов.

В исследовании Y.-H. Hsu и соавт. оценивалось влияние терапии бисфосфонатами на смертность пациентов с установленным диагнозом остеопоротического перелома³. Анализировались данные 24 390 лиц, начавших лечение бисфосфонатами (золедроновая кислота, ибандронат, алендронат/ризедронат), и 76 725 пациентов, не принимавших бисфосфонаты. Было показано, что при использовании бисфосфонатов смертность ниже, при этом независимо от локализации перелома. Самый низкий показатель был при приеме золедроновой кислоты. Так, терапия золедроновой кислотой ассоциировалась со снижением риска смерти на 33% по сравнению с отсутствием лечения бисфосфонатами³.

В исследовании I.R. Reid и соавт. приняли участие 2000 женщин в возрасте 65 лет и старше

¹ Lesnyak O., Bilezikian J., Zakroeva A., et al. Report on the audit on burden of osteoporosis in eight countries of the Eurasian region: Armenia, Belarus, Georgia, Moldova, Kazakhstan, the Kyrgyz Republic, the Russian Federation, and Uzbekistan. Arch. Osteoporos. 2020; 15 (1): 175.

² www.osteoporosis-russia.ru (дата обращения: 23.09.2026).

³ Hsu Y.-H., Li C.-C., Liang F.-W., et al. Reduced all-cause mortality with bisphosphonates among post-fracture osteoporosis patients: a nationwide study and systematic review. Clin. Pharmacol. Ther. 2022; 112 (3): 711–719.



20-й Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

с остеопений в проксимальном отделе бедра⁴. Участницы получали антирезорбтивную терапию золедроновой кислотой в дозе 5 мг (четыре введения) или плацебо в течение 18 месяцев. Согласно полученным результатам, лечение золедроновой кислотой способствовало снижению риска смерти на 35%, риска развития рака на 33%. Кроме того, в группе золедроновой кислоты наметилась тенденция к снижению риска наступления сердечно-сосудистых событий по сравнению с группой плацебо⁴. Влияние бисфосфонатов на смертность может быть обусловлено не только снижением риска переломов, но и повышением уровня липопротеинов высокой плотности и снижением уровня липопротеинов низкой плотности, подавлением кальцификации сосудистой стенки, снижением секреции фактора роста фибробластов 23. В результате

указанных эффектов уменьшается размер существующих атеросклеротических бляшек и предотвращается образование новых бляшек, что, в свою очередь, снижает риск инфаркта миокарда, инсульта, cerebrovasкулярной смерти и смерти от всех причин⁵.

На российском фармацевтическом рынке представлены бисфосфонаты российской компании «Фарм-Синтез» – Остеостатикс и Резовива.

Активным веществом Остеостатикса является золедроновая кислота 5 мг. Препарат Остеостатикс, идентичный оригинальному препарату, выпускается в форме готового раствора (в одном флаконе – 100 мл раствора). Он применяется:

- для лечения постменопаузального остеопороза (для снижения риска переломов бедренной кости, позвонков и внеverteбральных переломов, для увеличения МПК);
- лечения ОП у мужчин;

- лечения костной болезни Педжета;
- профилактики новых переломов у мужчин и женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости;
- профилактики постменопаузального ОП (у пациенток с остеопенией).

Препарат вводится внутривенно один раз в год.

Препарат Резовива (ибандроновая кислота) выпускается в виде раствора 3 мл с кратностью введения один раз в квартал, а также в виде таблетки 150 мг с кратностью приема один раз в месяц, что очень удобно для пациентов.

Завершая выступление, профессор О.М. Лесняк отметила, что лечение ОП должно быть комплексным и включать соответствующую терапию, физические упражнения и здоровое питание.



Профессор, д.м.н.
А.Л. Тихомиров

По словам Александра Леонидовича ТИХОМИРОВА, заслуженного врача РФ, д.м.н., профессора кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского университета медицины (Москва), остеопороз считается серьезной проблемой здравоохранения в связи с высокой распространенностью и длительным бессимптомным течением. Первым его проявлением нередко становится перелом кости, который в дальнейшем

Эффективность инновационных бисфосфонатов зависит от правил приема: что и как сообщать пациентке?

может приводить к другим тяжелым последствиям. Часто именно перелом предплечья становится первым сигналом начинающегося ОП. Переломы позвонков, как правило, протекают незаметно, без сильной боли. Наиболее тяжелым считается перелом шейки бедра. Согласно клиническим рекомендациям по остеопорозу Минздрава России, смертность после перелома шейки бедра в течение шести месяцев достигает 20%.

Остеопороз – метаболическое заболевание скелета, при котором снижается костная масса, нарушается микроархитектоника костной ткани и, как следствие, значительно повышается риск переломов. У женщин темпы снижения МПК значительно выше, чем у мужчин, что обусловлено дефицитом эстрогенов в период пери- и постменопаузы. Поэтому и существует понятие «постменопаузальный остеопороз».

Максимальный прирост МПК у женщин отмечается в возрасте от 12 до 30 лет, когда происходит линейный рост и формирование основной костной массы. Достигнув пика к 30 годам, костная масса затем постепенно снижается, а с 50 лет начинается ее потеря, когда процессы резорбции опережают формирование костной ткани. Следовательно, менопаузальный остеопороз относится к немодифицируемым факторам риска, не зависящим от женщины. «Это практическая неизбежная проблема в пожилом возрасте», – подчеркнул эксперт.

Ориентировочная диагностика ОП начинается с оценки жалоб пациентки и сбора анамнеза с последующим проведением физикального обследования, клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа с определением уровня кальция, фосфора, витамина D, общей щелочной

⁴ Reid I.R., Horne A.M., Minov B., et al. Effects of zoledronate on cancer, cardiac events, and mortality in osteopenic older women. J. Bone Miner. Res. 2020; 35 (1): 20–27.

⁵ Kittithaworn A., Toro-Tobon D., Sfeir J.D. Cardiovascular benefits and risks associated with calcium, vitamin D, and antiresorptive therapy in the management of skeletal fragility. Womens Health (Lond.). 2023; 19: 17455057231170059.



20-й Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

фосфатазы и креатинина в сыворотке крови, рентгенографии грудной клетки, поясничного и грудного отделов позвоночника. Для расчета десятилетнего абсолютного риска перелома проксимального отдела бедра либо основных остеопоротических переломов используется шкала FRAX.

Точный диагноз ОП у женщин в постменопаузе устанавливается с помощью DXA, которая измеряет МПК. Для постановки диагноза необходимо проведение денситометрии позвоночника и бедренной кости, поскольку на основании исследования других отделов скелета (предплечья, пяточной кости) можно лишь заподозрить наличие заболевания.

Первичная цель лечения ОП заключается в предотвращении переломов. Это предусматривает замедление и прекращение потери костной массы, а также ее прирост, нормализацию процессов костного ремоделирования, уменьшение болевого синдрома и улучшение качества жизни. Для достижения этого результата необходимо длительное (от трех – пяти до десяти лет и более) применение антиостеопоротических препаратов, причем в комплексе с препаратами кальция и витамина D.

Как минимум треть жизни современных женщин приходится на период постменопаузы. Сегодня в Российской Федерации насчитывается около 30 млн женщин менопаузального возраста, и их количество ежегодно увеличивается на 1 млн.

Женщинам в пери- и постменопаузе для профилактики развития постменопаузального остеопороза рекомендуется назначать менопаузальную гормональную терапию (МГТ). Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике остеопороза,

пациенткам с постменопаузальным остеопорозом для повышения МПК и предупреждения патологических переломов рекомендованы бисфосфонаты (уровень убедительности рекомендаций А). Высочайший эффект бисфосфонатов на костную ткань связан с их выраженным сродством к кристаллам гидроксиапатита кости, поглощением остеокластами во время костной резорбции, подавлением активности остеокластов и активацией их апоптоза. При этом бисфосфонаты действуют на поверхности костной ткани, где непосредственно происходит активный процесс ремоделирования.

Показаниями для назначения антиостеопоротической терапии, в том числе бисфосфонатов, служат⁶:

- ✓ выявление остеопороза при денситометрическом обследовании по критериям ВОЗ;
- ✓ малотравматичные переломы позвоночника или проксимального отдела бедра либо множественные переломы периферических костей в возрасте старше 40 лет;
- ✓ высокий риск переломов, рассчитанный по шкале FRAX.

Терапия столь тяжелого хронического заболевания, как остеопороз, должна проводиться в течение длительного времени. В связи с этим возникает проблема приверженности больных лечению. Если приверженность снижается до 50%, риск переломов становится таким же, как в отсутствие терапии.

Приверженность лечению, в свою очередь, во многом зависит от комплаентности. В специально проведенных исследованиях было показано, что больные ОП с низкой приверженностью лечению показывали более низкие результаты – меньшую степень подавления скорости костного метаболизма, меньшее повышение

МПК и достоверно больший риск переломов. Поэтому выбор препарата должен основываться не только на его доказанной эффективности, безопасности, но и на удобстве применения для конкретного больного с целью обеспечения приверженности лечению.

По мнению эксперта, эффективным и комплаентным бисфосфонатом для лечения постменопаузального остеопороза является препарат Резовива, выпускаемый в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой. Одна таблетка препарата содержит 150 мг ибандроновой кислоты. Препарат Резовива 150 мг показан для лечения женщин с постменопаузальным ОП с целью предупреждения переломов. Схема приема: 150 мг (одна таблетка) один раз в месяц⁷.

Доказано, что ибандронат сохраняет структуру и качество кости, увеличивает ее силу^{8,9}.

Согласно результатам многоцентрового исследования, прирост МПК на фоне ежемесячного перорального приема и ежеквартального внутривенного введения ибандроната сопоставим. Установлено, что через два года лечения увеличение МПК в поясничных позвонках ассоциируется со снижением частоты клинических переломов¹⁰.

Ибандронат – бисфосфонат с высоким сродством к костной ткани. Молекула прочно закрепляется в минеральной матрице кости, подавляет активность остеокластов и замедляет резорбцию. Длительное удержание этой молекулы в костной ткани обеспечивает эффект между приемами один раз в месяц.

Режим приема – одна таблетка в месяц – обеспечивает оптимальный баланс эффективности, безопасности

⁶ Мельниченко Г.А., Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза. Проблемы эндокринологии. 2017; 63 (6): 392–426.

⁷ Инструкция по применению препарата Резовива 150 мг. РУ ЛП № (002388) (РГ-РУ) от 22.05.2023.

⁸ Recker R.R., Ste-Marie L.-G., Langdahl B., et al. Effects of intermittent intravenous ibandronate injections on bone quality and micro-architecture in women with postmenopausal osteoporosis: the DIVA study. Bone. 2010; 46 (3): 660–665.

⁹ Chesnut C.H., Skag A., Christiansen C., et al. Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. J. Bone Miner. Res. 2004; 19 (8): 1241–1249.

¹⁰ Reginster J.Y., Adami S., Lakatos P., et al. Efficacy and tolerability of once-monthly oral ibandronate in postmenopausal osteoporosis: 2 year results from the MOBILE study. Ann. Rheum. Dis. 2006; 65 (5): 654–661.



и удобства использования, что повышает приверженность лечению.

Согласно результатам шестимесячного исследования PERSIST, ибандронат увеличивал приверженность к длительному применению антиостеопоротической терапии на 47%¹¹.

В исследовании S.T. Harris и соавт. продемонстрировано, что через 12 месяцев приема ибандроната один раз в месяц частота переломов позвонков оказалась значительно ниже, а частота внепозвоночных переломов и переломов бедра – сопоставимой с еженедельным использованием бисфосфонатов¹².

Специалисты Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта оценивали эффективность и переносимость ибандроновой кислоты у пациенток с постменопаузальным остеопорозом. Через 12 месяцев лечения на основании результатов остеоденситометрии у всех пациенток отмечен прирост МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальных отделах бедра.

Так, в области L1–L4 прирост МПК варьировался от 6,3 до 16,4% и в среднем составил 8,6%. У пациенток, ранее не получавших лечение по поводу остеопороза, повышение МПК было более выраженным ($p < 0,05$). В области шейки бедренной кости также отмечено увеличение МПК – от 1,8 до 6,9%, в среднем 3,6%, в общем показателе бедра – от 2,0 до 6,3%, в среднем 3,1%.

На фоне лечения все пациентки наблюдали улучшение общего самочувствия, снижение интенсивности боли в спине. Во время медикаментозной терапии новые переломы не зафиксированы, что является важным критерием при использовании того или иного препарата в лечении постменопаузального остеопороза.

Через два года на фоне ежемесячного приема ибандроната в дозе 150 мг у девяти женщин из десяти обнаружен прирост МПК. Ибандроновая

кислота хорошо переносилась всеми пациентками¹³.

Накоплена доказательная база (исследование DIVA-LTE) эффективности применения ибандроновой кислоты в течение пяти лет при постменопаузальном остеопорозе. Так, прирост МПК в позвоночнике составил 8,1%, в бедренной кости – 2,6%. Безусловно, такая возможность профилактики переломов особенно важна для женщин, имеющих противопоказания для МГТ (в анамнезе рак молочной железы, семейный риск тромбоза и др.).

В Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта также оценивалась переносимость ибандроната. Результаты лабораторных исследований продемонстрировали, что биохимические показатели у большинства обследованных находились в норме как в начале исследования, так и на фоне проводимой терапии. Это свидетельствует об отсутствии негативного влияния препарата Резовива на состояние гепатобилиарной системы.

Уровень общего кальция также оставался в норме и через три месяца терапии в среднем составил $2,42 \pm 0,03$ ммоль/л, через 12 месяцев – $2,38 \pm 0,02$ ммоль/л. Данный показатель является крайне важным, потому что на фоне гипокальциемии лечение бисфосфонатами противопоказано. При оценке показателей костного ремоделирования выявлено достоверное снижение маркера резорбции костной ткани, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

Препарат Резовива 150 мг следует принимать по одной таблетке один раз в месяц (желательно в один и тот же день каждого месяца) за 60 минут до первого в данный день приема пищи или жидкости (кроме воды) или других лекарственных средств и пищевых добавок (включая кальций). Таблетку следует проглатывать

целиком, запивая стаканом воды (180–240 мл), в положении сидя или стоя и не ложиться в течение 60 минут после приема препарата. Таблетку нельзя жевать или рассасывать из-за возможного изъязвления верхних отделов желудочно-кишечного тракта, нельзя использовать минеральные воды, которые содержат много кальция.

В случае пропуска планового приема следует принять одну таблетку (150 мг), если до запланированного приема больше семи дней, и далее принимать препарат один раз в месяц в соответствии с установленным графиком. Если же до следующего запланированного приема менее семи дней, необходимо дождаться следующего по плану приема, после чего продолжить прием в соответствии с установленным графиком.

Резюмируя вышесказанное, профессор А.Л. Тихомиров сделал следующие выводы:

- препарат Резовива (таблетки по 150 мг) эффективен в лечении постменопаузального остеопороза, о чем свидетельствует значимый прирост МПК во всех исследуемых отделах скелета, особенно в поясничном отделе позвоночника, отсутствие снижения МПК и новых переломов;
- препарат хорошо переносится пациентками, имеет минимальное количество побочных эффектов;
- на фоне лечения отмечается выраженное снижение болевого синдрома;
- препарат не влияет отрицательно на биохимические показатели;
- режим введения препарата Резовива крайне удобен и обеспечивает высокую приверженность пациентов лечению, демонстрируя преимущество перед парентеральным применением;
- приемлемая цена препарата определяет его широкую доступность. ❸

¹¹ Cooper A., Drake J., Brankin E., PERSIST Investigators. Treatment persistence with once-monthly ibandronate and patient support vs. once-weekly alendronate: results from the PERSIST study. *Int. J. Clin. Pract.* 2006; 60 (8): 896–905.

¹² Harris S.T., Reginster J.-Y., Harley C., et al. Risk of fracture in women treated with monthly oral ibandronate or weekly bisphosphonates: the eValuation of IBandronate Efficacy (VIBE) database fracture study. *Bone*. 2009; 44 (5): 758–765.

¹³ Шалина М.А., Ярмолинская М.И. Оценка эффективности применения ибандроновой кислоты у пациенток с постменопаузальным остеопорозом. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2023; 23 (3): 92–99.

1 таблетка **1** раз в месяц

Резовива 150 мг

ибандроновая кислота

- РЕЗОВИВА – ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ ТАБЛЕТИРОВАННЫЙ БИСФОСФОНАТ (БФ), НАДЕЖНО ЗАЩИЩАЕТ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ОТ ПЕРЕЛОМОВ И ИМЕЕТ УНИКАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ –

**1 ТАБЛЕТКА
1 РАЗ В МЕСЯЦ!**



ООО «Фарм-Синтез»
249010, Калужская область,
г. Боровск, ул. Московская, д. 30
Тел.: (4842) 92-24-10

Реклама