



# Клуб экспертов «Пациент с мигренью в повседневной практике: клинический профиль и выбор оптимальной терапии»

В последние десятилетия проблемам диагностики и лечения головной боли – одной из основных причин нетрудоспособности населения уделяется особое внимание. Обсуждению актуальных вопросов лечения мигрени в реальной практике амбулаторного приема был посвящен симпозиум, организованный в рамках XX Междисциплинарной конференции с международным участием «Вейновские чтения».



Д.м.н.  
М.И. Корешкина

**Р**уководитель Центра лечения головной боли клиники «Медицинская коллегия» Санкт-Петербурга, д.м.н. Марина Игоревна КОРЕШКИНА, отметив, что женщины страдают мигренью чаще, чем мужчины, начала выступление с разбора типичного клинического случая.

Пациентка 38 лет, менеджер, замужем, имеет пятилетнего ребенка. Обратилась к специалисту с жалобами на сильную головную боль. Для эффективного ведения пациентки с головной болью необходимо установить правильный диагноз. И немаловажную роль

## Пациент с мигренью впервые на приеме: алгоритм действий врача

здесь играет четкий алгоритм опроса. Пациентке было задано несколько вопросов, в частности: когда началась головная боль? когда она возникла впервые? головная боль – это приступ или фон либо и то и другое? Судя по ответам, очень сильная боль у пациентки появилась три-четыре года назад, когда она вышла на работу после декретного отпуска, что связала с большой нагрузкой. Впервые головная боль возникла еще в школьные годы, в 15 лет. Головная боль проявляется по-разному: сильный приступ, фоновая боль, легкая.

При дальнейшем опросе о локализации, характере, интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (от 1 до 10 баллов), наличии тошноты, раздражающих факторах (свет, звуки музыки) пациентка указала на боль в височной области справа или слева. Иногда болит вся голова. Боль давящая, ноющая, нередко пульсирующая. Интенсивность приступов достигает 7–8 баллов, иногда 10 баллов, фоновая боль

возникает каждый день. Практически никогда не бывает ясной головы. Во время сильной головной боли возникает тошнота, раздражает свет, иногда громкие звуки. Ауры нет, но перед приступом ухудшается настроение, появляется вялость.

Данные опроса соответствуют диагностическим критериям хронической мигрени<sup>1</sup>.

В 2021 г. были опубликованы результаты исследования R. Ishii и соавт., в котором пациентов разделили на группы по количеству приступов мигрени. Установлено, что пациенты с 8–14 днями головной боли в месяц аналогичны пациентам с хронической мигренью по нетрудоспособности и качеству жизни<sup>2</sup>.

Согласно календарю головной боли, который стала вести пациентка, в месяц у нее насчитывалось до 15 дней головной боли. Диагноз: мигрень без ауры хроническая.

По мнению эксперта, пациентам следует вести календарь (дневник) головной боли. Для учета дней с головной болью важно

<sup>1</sup> Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018; 38 (1): 1–211.

<sup>2</sup> Ishii R., Schwedt T.J., Dumkrieger G., et al. Chronic versus episodic migraine: the 15-day threshold does not adequately reflect substantial differences in disability across the full spectrum of headache frequency. Headache. 2021; 61 (7): 992–1003.



## XX Междисциплинарная конференция с международным участием «Вейновские чтения»

фиксировать не только дни с тяжелыми приступами, но и дни с легкой головной болью, а также дни с фоновой головной болью. Кроме того, необходимо указывать дни приема препаратов, чтобы не пропустить лекарственно-индуцированную головную боль.

Медикаментозная терапия мигрени проводится по двум направлениям: купирование приступов и профилактическая терапия. Для купирования приступов мигрени можно использовать триптаны. Триптаны следует принимать в начале приступа головной боли и не более восьми раз в месяц, чтобы избежать лекарственной зависимости. Если приступ легкий и работоспособность в норме, можно использовать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Значение имеет модификация образа жизни. Необходимо соблюдать режим сна, избегать перерывов в еде, заниматься умеренной физкультурой, не пользоваться гаджетами перед сном.

Для пациентов с мигренью важны такие свойства препарата, как быстрое наступление эффекта, длительная активность и низкая частота побочных реакций. Именно такими свойствами обладает

новый триптан Релонова®, содержащий 10 мг ризатриптана.

Согласно результатам метаанализа 28 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований относительной эффективности различных пероральных триптанов в купировании боли через два часа, ризатриптан 10 мг (Релонова®) – единственный триптан, который ассоциируется со значительно более высоким терапевтическим эффектом, чем препарат сравнения суматриптан 100 мг<sup>3</sup>.

Быстрое терапевтическое действие ризатриптана продемонстрировано в исследовании J. Teall и соавт. На фоне применения ризатриптана 10 мг уже через 30 минут ослабление головной боли отмечалось у 24% пациентов, а через два часа – у 84% пациентов. При этом у 49% пациентов головная боль отсутствовала<sup>4</sup>. Между тем терапевтический эффект суматриптана и золмитриптана проявляется только спустя 45–60 минут после приема<sup>5</sup>.

Препарат Релонова® (ризатриптан 10 мг) производится в России и показан к применению у взрослых старше 18 лет для неотложного лечения фазы головной боли

при приступах мигрени (с аурой и без нее). Рекомендуемая разовая доза – одна таблетка (10 мг). Последовательные дозы можно принимать с интервалом не менее двух часов, но не более двух доз в течение 24 часов.

При легких приступах головной боли используют НПВП, в частности диклофенак. Диклофенак калия 12,5 и 25 мг входит в состав препарата Дифендум®. Препарат Дифендум® выпускается в форме капсул и показан к применению у взрослых и детей старше 14 лет с болевым синдромом различного происхождения, в том числе с головной болью. Препарат Дифендум® предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент использования, но на прогрессирование заболевания не влияет.

Завершая выступление, М.И. Корешкина констатировала, что в настоящее время, несмотря на трудности диагностики и лечения мигрени, возможно не только полноценное купирование приступов заболевания, но и улучшение качества жизни пациентов при условии исключения провоцирующих факторов и модификации образа жизни.

### Подводные камни при выборе триптанов: на что обращать внимание у пациентов с мигренью

**П**рофессор кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, врач-невролог Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика А. Вейна, д.м.н. Елена Глебовна ФИЛАТОВА акцентировала внимание коллег на сложности правильного

выбора препарата для лечения приступа и возможности применения ризатриптана у пациента с мигренью, не ответившего на терапию суматриптаном.

Пациент М., 38 лет. Семейный анамнез мигрени. Холост, имеет высшее образование, работает юристом (высокий уровень ответственности). В детстве рос и развивался нормально.



Профессор, д.м.н.  
Е.Г. Филатова

<sup>3</sup> Belsey J. Reconciling effectiveness and tolerability in oral triptan therapy: a quantitative approach to decision making in migraine management. J. Clin. Res. 2001; 4: 105–125.

<sup>4</sup> Teall J., Tuchman M., Cutler N., et al. Rizatriptan (MAXALT) for the acute treatment of migraine and migraine recurrence. A placebo-controlled, outpatient study. Rizatriptan 022 Study Group. Headache. 1998; 38 (4): 281–287.

<sup>5</sup> Ferrari M.D., Roon K.I., Lipton R.B., Goadsby P.J. Oral triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet. 2001; 358 (9294): 1668–1675.



Жилищно-бытовые условия нормальные. Травм, в том числе головы, не было. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, регулярно занимается спортом.

Обратился к специалисту с жалобами на одностороннюю головную боль, чаще слева, которая может распространяться на всю голову. Характер боли пульсирующий, высокая интенсивность – 7–8 баллов по ВАШ. Иногда на пике головной боли вынужден вызывать «скорую помощь». Сопутствующие симптомы: тошнота, фото- и фонофобия, осмофобия, в половине случаев рвота. Связь с физической активностью неопределенная, поскольку пациент старается во время приступов лежать. Частота приступов – 6–8 дней в месяц, длительность – 24 часа. Приступы головной боли влияют на качество жизни и производительность труда.

Диагноз: мигрень без ауры, частая эпизодическая.

Пациенту прежде всего была предложена поведенческая терапия, во время которой он был проинформирован о том, что мигрень считается неизлечимым заболеванием, однако взять ее под контроль – вполне достижимая задача. Для этого важно вести дневник головной боли. Кроме того, пациенту назначили суматриптан 50 мг не более двух раз в неделю. Для коррекции терапии рекомендовали прийти на повторный визит (или позвонить) через две недели.

При повторном визите выяснилось, что за истекшие две недели пациент перенес четыре приступа. Первый приступ он попытался купировать приемом суматриптана 50 мг, но без эффекта, во время второго принял более высокую дозу – 100 мг. Приступ был купирован через два часа,

однако появились головокружение, тошнота, чувство сдавления в грудной клетке. Поэтому во время третьего приступа пациент вновь использовал суматриптан 50 мг, снова без эффекта. Только во время четвертого приступа прием суматриптана 50 мг позволил уменьшить головную боль и сопровождавшие ее симптомы.

В 1997 г. были сформулированы требования к препарату для лечения мигрени: простота применения и дозировки; эффективность при лечении различных форм мигрени; быстрое начало действия; высокий обезболивающий эффект; облегчение сопутствующих симптомов; восстановление или значительное улучшение самочувствия и трудоспособности; приемлемый профиль безопасности.

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России (2021), для более эффективного купирования приступов мигрени без ауры целесообразен ранний прием триптанов – в первые 60 минут от начала головной боли. При неэффективности одного триптана применяют другие препараты этой группы.

Согласно консенсусу Европейской федерации головной боли (European Headache Federation, EHF) 2022 г., тактика лечения определяется на основании эффективности/неэффективности триптана<sup>6</sup>. Эффективность триптана рекомендуется оценивать в четырех приступах. Если в трех из них триптан эффективен (респондер), то лечение им можно продолжать. Если триптан неэффективен в двух приступах из четырех (нореспондер), его следует заменить другим препаратом. Неэффективность двух триптанов свидетельствует о наличии

резистентности, неэффективность трех триптанов – о рефрактерности больного к этому классу препаратов.

В представленном экспертом клиническом случае суматриптан 50 мг был неэффективен в купировании двух приступов из четырех. Следовательно, его необходимо заменить другим препаратом этого класса.

Триптаны – селективные агонисты серотониновых 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторов. Они характеризуются аналогичным тройным механизмом действия: оказывают сосудосуживающий эффект за счет влияния на серотониновые 5-НТ<sub>1В</sub>-рецепторы, локализованные на гладкомышечной клетке сосуда, препятствуют высвобождению вазоактивных нейропептидов (через 5-НТ<sub>1D</sub>-рецепторы), проникают через гематоэнцефалический барьер и влияют на нейротрансмиссию в ядре тройничного нерва. Однако различия в фармакокинетике могут отражаться на эффектах.

В исследовании фармакокинетику ризатриптана (Релонова<sup>®</sup>) сравнивали с фармакокинетикой суматриптана, золмитриптана и элетриптана. Установлено, что ризатриптан демонстрирует самое быстрое достижение максимальной концентрации в крови (T<sub>max</sub>) среди всех пероральных триптанов (от 0,7 до 1,5 часа), что может вызывать различия в эффектах<sup>7</sup>.

Метаанализ исследований эффективности пероральных триптанов продемонстрировал преимущество ризатриптана 10 мг перед суматриптаном 50 мг в облегчении и полном купировании головной боли через два часа после приема, а также их сопоставимую эффективность в полном исчезновении боли через 24 часа<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Lampl C., Sacco S., Martelletti P. Narrative-based medicine in headache disorders. J. Headache Pain. 2022; 23 (1): 66.

<sup>7</sup> Tfelt-Hansen P., De Vries P., Saxena P.R. Triptans in migraine: a comparative review of pharmacology, pharmacokinetics and efficacy. Drugs. 2000; 60 (6): 1259–1287.

<sup>8</sup> Cameron C., Kelly S., Hsieh S.C., et al. Triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review and network meta-analysis. Headache. 2015; 55 Suppl 4: 221–235.



XX Междисциплинарная конференция с международным участием  
«Вейновские чтения»

Кроме того, показано преимущество ризатриптана 10 мг перед суматриптаном 100 и 50 мг, наратриптаном 2,5 мг и золмитриптаном 2,5 мг в купировании дополнительных симптомов мигрени через два часа после приема<sup>9</sup>.

Ризатриптан имеет хорошие показатели безопасности и переносимости. В ряде исследований ризатриптан проде-

монстрировал более низкую частоту нежелательных явлений по сравнению со стандартной терапией, в частности суматриптаном<sup>9, 10</sup>.

Препарат Релонова® (ризатриптан 10 мг) является дженериком. В связи с этим было проведено исследование биоэквивалентности дженерика Релонова® оригинальному препарату Максалт. Результаты исследования под-

твердили биоэквивалентность препаратов<sup>11</sup>.

Вернувшись к клиническому примеру, профессор Е.Г. Филатова пояснила, что при повторном визите пациенту М. были даны следующие рекомендации: продолжать вести дневник головной боли, суматриптан заменить препаратом Релонова® (ризатриптан 10 мг) и принимать не более двух раз в неделю с последующей оценкой эффекта.

**Трудный пациент с мигренью: что делать, когда ничего не помогает**

**В**едущий научный сотрудник Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева, врач-цефалголог Университетской клиники головной боли, д.м.н. Вера Валентиновна ОСИПОВА перечислила основные цели лечения мигрени: уменьшение частоты и тяжести головной боли, коррекция коморбидных нарушений, снижение количества потребляемых анальгетиков с целью профилактики лекарственной-индуцированной головной боли, профилактика хронизации мигрени и повышение качества жизни пациента. Для их достижения применяются такие стратегии, как поведенческая терапия, купирование приступов головной боли и профилактическая терапия<sup>12</sup>.

Приступ мигрени не исчерпывается развитием болевого синдрома, а сопровождается множеством симптомов – от зрительных, сенсорных, двигательных и когнитивных до тошноты, рвоты, головокружения, фоно- и фотофобии. Поэтому препарат для лечения

приступа должен купировать не только боль, но и сопутствующие симптомы.

Прежде чем назначить пациенту лечение приступа мигрени, необходимо уточнить форму мигрени – эпизодическая или хроническая. Если у пациента «два в одном» – мигрень в сочетании с головной болью напряжения (ГБН), он должен отличать один тип головной боли от другого. Это важно. Не следует рекомендовать пациенту с ГБН триптаны, поскольку они патогенетически действуют только на механизм мигрени. Выбор обезболивающих препаратов также основывается на анализе предшествующей терапии.

Препарат применяют исходя из правил приема и учета противопоказаний, с обязательным контролем числа дней с обезболивающими в месяц и доз в день. Все это способствует эффективному купированию приступа и профилактике лекарственно-индуцированной головной боли.

В рекомендациях Минздрава России (2021) для купирования приступов мигрени указаны простые анальгетики (НПВП) и триптаны



Д.м.н. В.В. Осипова

(уровень А). Более низкий уровень доказательности В имеют противоречивые средства и комбинированные препараты<sup>13</sup>.

В 2023 г. в России был зарегистрирован препарат Релонова®, в состав которого входит ризатриптан 10 мг. Таким образом, на российском рынке появился новый эффективный триптан. Препарат Релонова® имеет ряд доказанных преимуществ:

- действует уже через 30 минут после приема<sup>11</sup>;
- на 32% эффективнее суматриптана купирует мигренозную боль<sup>11</sup>;
- имеет хорошие показатели безопасности и переносимости<sup>11</sup>;
- производится в России.

<sup>9</sup> Adelman J.U., Lipton R.B., Ferrari M.D., et al. Comparison of rizatriptan and other triptans on stringent measures of efficacy. *Neurology*. 2001; 57 (8): 1377–1383.

<sup>10</sup> Wellington K., Plosker G.L. Rizatriptan: an update of its use in the management of migraine. *Drugs*. 2002; 62 (10): 1539–1574.

<sup>11</sup> Хохлов А.Л., Лейкин З.Н. Сравнительное клиническое исследование фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов ризатриптана Релонова и Максалт. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023; 123 (8): 68–74.

<sup>12</sup> Филатова Е.Г., Осипова В.В., Тареева Г.Р. и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020; 12 (4): 4–14.

<sup>13</sup> [cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295](http://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295).



Чтобы продемонстрировать тактику ведения больных мигренью и ГБН, В.В. Осипова представила клинический случай.

Пациентка К., 38 лет, косметолог. Дебют головной боли произошел в 26 лет после родов. Головная боль чаще возникала справа, интенсивность – 7–8 баллов по ВАШ, усиливалась при физической нагрузке, иногда сопровождалась фото- и осмофобией, отеком лица. За три-четыре часа до приступа раздражали яркий свет и запахи (продром). Семейный анамнез неизвестен. Триггерами головной боли выступали стресс, избыточный сон, иногда менструация и перемена погоды. В первые десять лет помогали простые и комбинированные анальгетики. Два года назад после стресса (болезни сына и ремонта) появилась сжимающая головная боль с интенсивностью до 5 баллов по ВАШ и ощущением давления на глаза (три-четыре раза в месяц). Облегчение наступало во время фитнеса, прогулки и после приема алкоголя.

В ноябре 2023 г. пациентка К. обратилась к врачу-цефалгологу Университетской клиники головной боли с жалобами на участившиеся приступы головной боли – до восьми дней в месяц (два эпизода в неделю), из них четыре-пять дней боли сопровождалась фото- и осмофобией с интенсивностью 7–8 баллов по ВАШ. Интенсивность сжимающей головной боли (по типу «каски») достигала 3–5 баллов. При осмотре в статусе – напряжение мышц затылка и шеи, тревожность, пациентка плохо расслаблялась, артериальное давление – 110/75 мм рт. ст. Два года назад, когда анальгетики перестали помогать при сильной головной боли, пациентка начала принимать суматриптан. Препарат в дозе 50 мг не снимал приступа головной боли, а в дозе 100 мг плохо переносился (затруднение вдоха, парестезии

Выбор препарата Релонова® (ризатриптан) при мигрени обусловлен его высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности.

Установлено, что эффективность ризатриптана в купировании приступа мигрени превышает таковую суматриптана. Кроме того, значительно большее количество пациентов предпочитают ризатриптан 10 мг суматриптану 50 мг (64,5 против 35,7%).

Причины – меньше частота развития побочных эффектов (на 24%) и более быстрое облегчение головной боли. При приступе мигрени показан прием одной таблетки (10 мг) препарата Релонова®. Если боль не стихает, через два часа следует принять еще одну таблетку. Максимальная суточная доза – 20 мг (две таблетки)

в руках, слабость). В купировании несильной сжимающей боли помогали прогулки, фитнес, шопинг, массаж головы и шеи.

Диагноз: мигрень без ауры, нечастая эпизодическая головная боль напряжения с дисфункцией перикраниальных мышц; тревожное расстройство.

К особенностям данного клинического случая следует отнести наличие у пациентки двух форм головной боли, из которых мигрень началась раньше, имеющийся продром, способность пациентки отличать приступ мигрени от приступа головной боли напряжения, угасание эффекта анальгетиков, плохую переносимость суматриптана.

Какова тактика ведения? Первая стратегия предусматривает назначение поведенческой терапии в виде релаксационного тренинга, а также фитнеса, водных процедур и хобби. Вторая стратегия лечения заключается в адекватном купировании приступов мигрени и головной боли напряжения. Поскольку пациентка не ответила на терапию суматриптаном, для купирования приступов мигрени ей рекомендован препарат Релонова® (ризатриптан) 10 мг – по одной дозе не более восьми дней в месяц. Для купирования эпизода головной

боли напряжения интенсивностью 7–8 баллов по ВАШ можно использовать НПВП. Третья стратегия предполагает профилактику мигрени и головной боли напряжения. В качестве профилактической терапии назначены пропранолол, магний, амитриптилин или венлафаксин, для снятия тревоги – гидроксизин.

Выбор препарата Релонова® (ризатриптан) обусловлен его высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности. По данным ретроспективного анализа пяти рандомизированных клинических исследований, эффективность ризатриптана в купировании приступа мигрени выше эффективности суматриптана<sup>9</sup>.

В открытом перекрестном рандомизированном клиническом исследовании значительно большее количество пациентов предпочли ризатриптан 10 мг суматриптану 50 мг (64,5 против 35,7%). Причины – меньше частота развития побочных эффектов (на 24%) и более быстрое облегчение головной боли<sup>14</sup>. При приступе мигрени показан прием одной таблетки (10 мг) препарата Релонова®. Если боль не стихает, через два часа следует принять еще одну таблетку. Максимальная суточная доза – 20 мг (две таблетки). \*

<sup>14</sup> Láinez M.J. Rizatriptan in the treatment of migraine. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2006; 2 (3): 247–259.

РИЗАТРИПТАН 10 мг

# РЕЛОНОВА®

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

НОВЫЙ ТРИПТАН  
НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ<sup>1</sup>



Реклама

- 36,6% пациентов отмечают полное купирование боли через 2 часа после приема, что на 32% превышает результаты при применении суматриптана<sup>2#\*</sup>
- Начинает действовать через 30 минут<sup>3\*</sup>, что почти в 2 раза быстрее суматриптана<sup>4</sup>
- Продемонстрировал благоприятный профиль безопасности и переносимости<sup>5\*</sup>
- Производится в России<sup>1</sup>

\* Данные по эффективности, безопасности и переносимости представлены для ризатриптана.

# Данные представлены по сравнению количества пациентов (в %), отметивших полное исчезновение мигренозной боли через 2 часа от момента приема препаратов. Результат суматриптана взят за 100%. Сравнение проведено для ризатриптана 10 мг в таблетках и суматриптана 50 мг в таблетках.

1. По данным сайта ГРПС на 15.08.2023. [https://grfs.rosminzdrav.ru/Grfs\\_View\\_v2.aspx?routingGu-id=a3b496af-31ba-4638-9792-13c7e5273c5d](https://grfs.rosminzdrav.ru/Grfs_View_v2.aspx?routingGu-id=a3b496af-31ba-4638-9792-13c7e5273c5d). Дата одобрения: 15.08.2023. 2. Cameron C. et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis, Headache. 2015 Jul-Aug;55 Suppl 4:221-35. 3. Teall J, Tuchman, M, Cutler, N, Gross, M, Willoughby, E, Smith, B. (1998). Rizatriptan (MAXALT) for the Acute Treatment of Migraine and Migraine Recurrence. A Placebo-Controlled, Outpatient Study. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 38(4), 281-287. 4. Derry CD, Derry S and Moore RA. Sumatriptan (all routes of administration) for acute migraine attacks in adults – overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev 2014; (5): CD00910816. 5. Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K, et al. Efficacy and tolerability of rizatriptan 10 mg in migraine: experience with 70 527 patient episodes. Headache 2001Mar; 41 (3): 264-70.

Ссылка на инструкцию по применению препарата Релонова



ОТПУСКАЕТСЯ ПО РЕЦЕПТУ. ИНФОРМАЦИЯ  
ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ  
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

## Скорее к делам!



ООО «НоваМедика»  
Адрес для обращений:  
125124, г. Москва, 3-я улица Ямского Поля, д. 18  
<https://novamedica.com/>

Дата одобрения: 05.07.2023