

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування препарату

КАСАРК®
(CASARK)

Склад:

діюча речовина: candesartan cilexetil;

1 таблетка містить кандесартану цилексетилу у перерахуванні на 100 % речовину 16 мг або 32 мг;

допоміжні речовини: лактоза, моногідрат; крохмаль кукурудзяний; повідон; кальцію кармелоза (кальцію карбоксиметилцелюлоза); магнію стеарат.

Лікарська форма. Таблетки.

Фармакотерапевтична група. Антагоністи рецепторів ангіотензину II.

Код АТС С09С А06.

Клінічні характеристики.

Показання. Есенціальна гіпертензія. Серцева недостатність та порушення систолічної функції лівого шлуночка (зниження фракції викиду лівого шлуночка ≤ 40 %) – як додаткова терапія до лікування інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або у випадку непереносимості інгібіторів АПФ.

Протипоказання. Гіперчутливість до кандесартану цилексетилу або до будь-якої з допоміжних речовин. Тяжка печінкова недостатність та/або застій жовчі (холестаза).

Спосіб застосування та дози.

Дозування при артеріальній гіпертензії.

Рекомендована початкова доза та звичайна підтримуюча доза становлять 8 мг 1 раз на добу. Дозу можна підвищити до 16 мг 1 раз на добу. Якщо достатнього контролю артеріального тиску (АТ) не досягнуто через 4 тижні лікування дозою 16 мг 1 раз на добу, то дозу можна підвищити до 32 мг 1 раз на добу. Якщо достатнього контролю АТ не досягнуто з цією дозою, слід розглянути доцільність альтернативних методів лікування.

Терапію слід коригувати відповідно до реакції АТ. Максимальний антигіпертензивний ефект досягається впродовж 4 тижнів від початку лікування.

Застосування пацієнтам літнього віку.

Коригування початкової дози пацієнтам літнього віку не потрібне.

Застосування пацієнтам зі зменшенням внутрішньосудинного об'єму циркулюючої крові.

Для пацієнтів, у яких існує ризик артеріальної гіпотензії, наприклад, для пацієнтів з можливим зменшенням об'єму циркулюючої крові, слід розглядати початкову дозу 4 мг.

Застосування при нирковій недостатності.

Для пацієнтів з нирковою недостатністю, включаючи пацієнтів, які перебувають на

гемодіалізі, початкова доза становить 4 мг. Дозу слід титрувати з урахуванням АТ. Досвід застосування хворим з тяжкою нирковою недостатністю чи нирковою недостатністю термінальної стадії (кліренс креатиніну < 15 мл/хв) обмежений.

Застосування при печінковій недостатності.

Пацієнтам з печінковою недостатністю від легкого до помірного ступеня тяжкості рекомендується початкова доза 2 мг 1 раз на добу. Дозу можна коригувати з урахуванням АТ. Досвіду застосування пацієнтам з тяжкою печінковою недостатністю немає.

Супутня терапія.

Встановлено, що додаткове призначення гідрохлортіазиду має адитивний антигіпертензивний ефект разом з Касарком®.

Застосування пацієнтам негроїдної раси.

Антигіпертензивний ефект кандесартану менш виражений у афроамериканських пацієнтів, ніж у пацієнтів європеїдної раси. Отже, титрування Касарку® в бік збільшення дози та супутня терапія для контролю АТ можуть бути частіше потрібні для афроамериканських пацієнтів, ніж для пацієнтів європеїдної раси.

Дозування при серцевій недостатності.

Звичайна рекомендована початкова доза Касарку® становить 4 мг 1 раз на добу. Титрування в бік збільшення до цільової дози 32 мг 1 раз на добу чи максимально переносимої дози здійснюється шляхом подвоєння дози через проміжки часу, що становлять щонайменше 2 тижні.

Особливі категорії пацієнтів.

Для пацієнтів літнього віку чи зі зменшеним об'ємом циркулюючої крові, нирковою чи печінковою недостатністю легкого та помірного ступеня тяжкості коригування початкової дози не потрібне.

Супутня терапія.

Касарк® можна призначати разом з іншими препаратами для лікування серцевої недостатності, включаючи інгібітори АПФ, β-блокатори, діуретики та препарати дигіталісу або комбінацію цих лікарських засобів.

Застосування.

Касарк® слід приймати 1 раз на добу разом з їжею або без неї.

Побічні реакції.

Лікування артеріальної гіпертензії.

Побічні реакції при прийомі кандесартану легкі, тимчасові та порівнянні з плацебо. Загальна частота виникнення побічних реакцій не вказує на залежність від дози або віку. Частота відмови від терапії через побічні реакції подібна у кандесартану цилексетилу (3,1 %) та плацебо (3,2 %).

Поширені (>1/100) побічні реакції, які відмічалися під час застосування кандесартану цилексетилу (частота виникнення побічних реакцій, що спостерігалися при застосуванні кандесартану цилексетилу, які щонайменш на 1 % перевищували частоту виникнення таких побічних реакцій, що спостерігалися при застосуванні плацебо).

Порушення з боку нервової системи.

Запаморочення/вертиго, головний біль.

Інфекції та інвазії.

Інфекції дихальних шляхів.

Результати лабораторних досліджень.

Загалом клінічно значимого впливу Касарку® на лабораторні показники не спостерігається. Може спостерігатися підвищення рівня креатиніну, сечовини та калію в сироватці крові та зниження рівня натрію. Про підвищення АЛТ, яке розцінюється як побічне явище, при застосуванні кандесартану повідомляється не набагато частіше, ніж при застосуванні плацебо (1,3 % проти 0,5 %). Для пацієнтів, які одержують Касарк®, постійний моніторинг лабораторних показників зазвичай не є необхідним. Проте пацієнтам з нирковою недостатністю рекомендується періодично проводити моніторинг рівня калію та креатиніну в сироватці крові.

Лікування серцевої недостатності.

Профіль побічної дії кандесартану у пацієнтів з серцевою недостатністю відповідає фармакологічним властивостям цього препарату та стану здоров'я пацієнтів.

Поширені побічні реакції ($\geq 1/100$, $< 1/10$).

Судинні порушення.

Артеріальна гіпотензія.

Порушення метаболізму та харчування.

Гіперкаліємія.

Порушення з боку нирок та сечовивідних шляхів.

Ниркова недостатність.

Результати лабораторних досліджень.

Підвищення рівня креатиніну, сечовини та калію. Рекомендується періодичний моніторинг рівнів креатиніну та калію в сироватці.

Побічні реакції, про які повідомлялося дуже рідко ($< 1/10000$).

Порушення з боку крові та лімфатичної системи.

Лейкопенія, нейтропенія та агранулоцитоз.

Порушення метаболізму та харчування.

Гіперкаліємія, гіпонатріємія.

Порушення з боку нервової системи.

Запаморочення, головний біль.

Порушення з боку дихальної системи.

Кашель.

Шлунково-кишкові порушення.

Нудота.

Гепатобіліарні порушення.

Підвищення рівнів ферментів печінки, порушення функції печінки або гепатит.

Порушення з боку шкіри та підшкірної клітковини.

Ангіоневротичний набряк, висипання, кропив'янка, свербіж.

Порушення з боку скелетно-м'язової, сполучної тканини та кісток.

Біль у спині, артралгія, міалгія.

Порушення з боку нирок та сечовивідних шляхів.

Порушення ниркової функції, включаючи ниркову недостатність у схильних до цього пацієнтів.

Передозування.

Симптоми.

До основних проявів передозування можна віднести симптоматичну гіпотензію та запаморочення. У повідомленні про індивідуальний випадок передозування (до 672 мг кандесартану цилексетилу) повідомлялось про видужання пацієнта без наслідків.

Тактика лікування.

При виникненні симптоматичної артеріальної гіпотензії слід розпочати симптоматичне лікування та відстеження життєво важливих функцій. Пацієнта слід покласти на спину та припідняти йому ноги. Якщо цього недостатньо, необхідно збільшити об'єм плазми крові шляхом інфузії, наприклад, ізотонічного сольового розчину. Якщо вищезазначених заходів недостатньо, можна застосувати симптоматичні лікарські засоби.

Кандесартан не виводиться шляхом гемодіалізу.

Застосування у період вагітності або годування груддю. Не рекомендується застосовувати Касарк[®] під час вагітності. Якщо вагітність виявлена під час лікування Касарком[®], терапію потрібно припинити. На даний час невідомо, чи проникає кандесартан у грудне молоко. В зв'язку з можливим небажаним впливом на грудних дітей, Касарк[®] не слід застосовувати в період годування груддю.

Діти. Безпечність та ефективність Касарка[®] для дітей та підлітків (до 18 років) не встановлені.

Особливості застосування.

Ниркова недостатність.

Як і у випадку з іншими препаратами, які інгібують ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, можна очікувати змін ниркової функції у схильних до цього пацієнтів, які приймають Касарк®.

При застосуванні Касарку® у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та нирковою недостатністю рекомендується періодичний моніторинг рівня калію та креатиніну в сироватці крові. Досвід застосування у хворих з тяжкою нирковою недостатністю чи нирковою недостатністю в термінальній стадії (кліренс креатиніну < 15 мл/хв) обмежений. У цих пацієнтів слід уважно титрувати Касарк® у поєднанні з ретельним моніторингом АТ.

Оцінка стану пацієнтів з серцевою недостатністю має включати періодичну оцінку ниркової функції, особливо у пацієнтів літнього віку старших 75 років або більше та у хворих з нирковою недостатністю. Під час титрування дози Касарку® рекомендується моніторинг рівня креатиніну та калію в сироватці крові.

Супутня терапія інгібіторами АПФ при серцевій недостатності.

Ризик побічних ефектів, особливо при нирковій недостатності та гіперкаліємії, може підвищуватися при застосуванні кандесартану в комбінації з інгібітором АПФ. Ці пацієнти потребують регулярного та ретельного спостереження.

Гемодіаліз.

Під час проведення гемодіалізу АТ може бути особливо чутливим до блокади рецептору АТ₁ внаслідок зменшення об'єму плазми крові та активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Для пацієнтів, які знаходяться на гемодіалізі, слід уважно титрувати Касарк® та ретельно контролювати АТ.

Стеноз ниркової артерії.

Інші лікарські засоби, які впливають на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, наприклад, інгібітори АПФ, можуть підвищувати рівень сечовини крові та креатиніну сироватки крові у пацієнтів з білатеральним стенозом ниркової артерії чи стенозом артерії єдиної нирки. Подібний ефект можна очікувати при застосуванні антагоністів рецепторів ангіотензину II.

Трансплантація нирки.

Досвід застосування Касарку® у пацієнтів, що нещодавно перенесли трансплантацію нирки, відсутній.

Артеріальна гіпотензія.

Під час застосування Касарку® у пацієнтів з серцевою недостатністю може виникнути гіпотензія. Як це описується для інших препаратів, що впливають на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, гіпотензія також може виникнути у пацієнтів з АГ та зниженим об'ємом циркулюючої крові, наприклад, у тих пацієнтів, які приймають високі дози діуретиків. На початку терапії слід бути обережними, а також вдатися до спроби коригування гіповолемії.

Анестезія та хірургічні втручання.

У пацієнтів, які отримують лікування антагоністами рецепторів ангіотензину II, гіпотензія може розвинути під час анестезії та хірургічного втручання внаслідок блокади ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. У дуже рідких випадках гіпотензія може бути настільки тяжкою, що може бути потрібним застосування внутрішньовенних рідин та/або вазопресорів.

Стеноз аорти та мітрального клапану (обструктивна гіпертрофічна кардіоміопатія).

Як і у випадку з іншими судиннорозширюючими засобами, особливо обережними необхідно бути при лікуванні пацієнтів, які страждають на гемодинамічно значимий стеноз аорти або мітрального клапану, або обструктивну гіпертрофічну кардіоміопатію.

Первинний гіперальдостеронізм.

Пацієнти з первинним гіперальдостеронізмом зазвичай не реагують на антигіпертензивні лікарські засоби, що діють шляхом інгібування ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Таким чином застосовувати Касарк® не рекомендується.

Гіперкаліємія.

Спираючись на досвід застосування інших лікарських засобів, що впливають на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, можна припустити, що супутнє застосування Касарку[®] разом з калійзберігаючими діуретиками, калієвими добавками, замінниками солі, які містять калій, або іншими лікарськими засобами, які можуть підвищити рівень калію (наприклад, гепарин), може призвести до підвищення рівня калію в сироватці крові у пацієнтів з АГ.

У пацієнтів з серцевою недостатністю, які приймають Касарк[®], може виникнути гіперкаліємія. Під час лікування Касарком[®] пацієнтів з серцевою недостатністю рекомендується періодичний моніторинг рівня калію в сироватці крові, особливо якщо цей препарат застосовується одночасно з інгібіторами АПФ та калійзберігаючими діуретиками, наприклад, спіронолактоном.

Загальні відомості.

У пацієнтів, чий судинний тонус та функція нирок залежать переважно від активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (наприклад, пацієнти з тяжкою застійною серцевою недостатністю чи із захворюванням нирок, включаючи стеноз ниркової артерії), лікування іншими лікарськими засобами, що впливають на цю систему, асоціювалося з гострою гіпотензією, азотемією, олігурією або, у рідких випадках, з гострою нирковою недостатністю. Можливість подібних ефектів не можна виключити при застосуванні антагоністів рецепторів ангіотензину II. Як і у випадку з будь-яким іншим антигіпертензивним препаратом, надмірне зниження АТ у пацієнтів з ішемічною кардіоміопатією або ішемічним цереброваскулярним захворюванням може привести до інфаркту міокарду або інсульту.

Касарк[®] не слід приймати пацієнтам з рідкими спадковими проблемами непереносимості галактози, лактазною недостатністю Лаппа або мальдсорбцією глюкози-галактози.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. Вплив кандесартану на здатність керувати автотранспортом та працювати з механізмами не вивчався, проте, враховуючи фармакодинамічні властивості кандесартану, малоймовірно, щоб він мав таку здатність. Під час керування транспортними засобами та роботі з механізмами слід брати до уваги можливість виникнення під час лікування Касарком[®] артеріальної гіпотензії, яка може супроводжуватись запамороченням та підвищеною втомлюваністю.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодії. Клінічно значимої взаємодії виявлено не було. Сполуки, які вивчалися, включали гідрохлортіазид, варфарин, дігосин, пероральні контрацептиви (етинілестрадіол/левоноргестрел), глібенкламід, ніфедипін, еналаприл.

Кандесартан незначною мірою виводиться шляхом печінкового метаболізму (CYP2C9). Дані проведених досліджень взаємодії свідчать про відсутність впливу на CYP2C9 та CYP3A4, проте вплив на інші ізоферменти цитохрому P450 на цей час не відомі.

Антигіпертензивний ефект кандесартану може посилюватись іншими лікарськими засобами, які знижують АТ, незалежно від того, призначені вони як антигіпертензивний засіб чи за іншими показаннями.

Досвід застосування інших лікарських засобів, які впливають на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, припускає, що супутнє застосування калійзберігаючих діуретиків, калієвих добавок, замінників солі, що містять калій, або інших лікарських засобів, що можуть підвищити рівень калію (наприклад, гепарин), може призвести до підвищення рівня калію в сироватці крові.

Існують повідомлення про зворотнє підвищення концентрації літію в сироватці крові та його токсичності під час супутнього застосування літію з інгібіторами АПФ. Подібний ефект може виникнути з антагоністами рецепторів ангіотензину II, і отже при одночасному застосуванні рекомендується ретельний моніторинг рівнів літію в сироватці крові.

При одночасному застосуванні антагоністів рецепторів ангіотензину II з нестероїдними

протизапальними засобами (наприклад, селективними інгібіторами ЦОГ-2, ацетилсаліциловою кислотою (> 3 г/добу) та неселективними нестероїдними протизапальними засобами) може виникнути ослаблення антигіпертензивного ефекту. Як і у випадку з інгібіторами АПФ, супутнє застосування антагоністів рецепторів ангіотензину II та нестероїдних протизапальних засобів може підвищити ризик погіршення ниркової функції, включаючи можливу гостру ниркову недостатність та підвищення рівня калію в сироватці крові, особливо у пацієнтів з порушенням ниркової функції. Цю комбінацію слід застосовувати з обережністю, особливо у осіб похилого віку. Пацієнти повинні отримувати достатню кількість рідини, а також слід враховувати необхідність моніторингу ниркової функції після початку супутньої терапії та періодичного моніторингу згодом. Прийом їжі не впливає на біодоступність кандесартану.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Ангіотензин II є первинним вазоактивним гормоном ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, він відіграє роль у патофізіології артеріальної гіпертензії (АГ), серцевої недостатності та інших серцево-судинних порушень. Основні фізіологічні ефекти ангіотензину II, такі як звуження кровоносних судин, стимуляція секреції альдостерону, регуляція сольового та водного гомеостазу та стимуляція росту клітин, є опосередкованими через рецептор типу 1 (AT₁).

Кандесартан є антагоністом рецептора ангіотензину II, селективного для AT₁ рецепторів, з міцним зв'язуванням з рецептором та повільною дисоціацією з ним. Він не має активності агоністу. Кандесартан не інгібує ангіотензинперетворюючий фермент (АПФ), що перетворює ангіотензин I на ангіотензин II та руйнує брадикінін. Вплив на АПФ та потенціювання брадикініну або субстанції P відсутні. При порівнянні кандесартану з інгібіторами АПФ розвиток кашлю рідше зустрічався у пацієнтів, які отримували кандесартан. Кандесартан не зв'язується з рецепторами інших гормонів та не блокує іонні канали, які, як відомо, відіграють роль у серцево-судинній регуляції. Антагонізм AT₁ рецепторів призводить до дозозалежного підвищення рівня реніну плазми, рівнів ангіотензину I та ангіотензину II, а також до зниження концентрації альдостерону в плазмі крові.

Артеріальна гіпертензія.

При артеріальній гіпертензії кандесартан призводить до дозозалежного, довготривалого зниження АТ. Антигіпертензивна активність зумовлена зменшенням загального периферичного опору, який не супроводжується рефлекторним підвищенням частоти серцевих скорочень. Ніщо не вказує на серйозну або посилену гіпотензію після прийому першої дози або на реактивний ефект після припинення лікування.

Після прийому разової дози кандесартану цилексетилу початок антигіпертензивного ефекту зазвичай настає протягом 2 годин. При постійному лікуванні найбільше зниження АТ з будь-якою дозою зазвичай досягається протягом 4 тижнів та підтримується при довготривалому лікуванні. Згідно з даними метааналізу, середній додатковий ефект підвищення дози з 16 до 32 мг 1 раз на добу був невеликим. Враховуючи міжіндивідуальну варіабельність, у деяких пацієнтів можна очікувати більш ніж середній ефект. При застосуванні 1 раз на добу кандесартану цилексетил забезпечує ефективне та рівномірне зниження АТ впродовж 24 годин, з невеликою різницею між максимальним та мінімальним ефектом протягом інтервалу дозування.

Кандесартан підвищує нирковий кровотік та/або не виявляє ефекту на швидкість гломерулярної фільтрації, або підвищує її, в той час як судинний опір та фільтраційна функція є зниженими.

У пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які страждали на цукровий діабет 2 типу, 12-тижневе лікування кандесартану цилексетилом дозою 8-16 мг не виявляло побічного ефекту на рівень глюкози крові або ліпідний профіль.

Серцева недостатність.

Лікування кандесартану цилексетилом знижує смертність, знижує рівень госпіталізації через серцеву недостатність та усуває симптоми у пацієнтів з порушенням систолічної

функції лівого шлуночка.

Позитивний вплив кандесартану на зниження смертності від серцево-судинних захворювань або частоту першої госпіталізації через серцеву недостатність був незмінним незалежно від віку, статі та супутнього лікування. Кандесартан був також ефективним у пацієнтів, які одночасно приймали як β -блокатори, так і інгібітори АПФ, позитивний ефект досягався незалежно від того, чи приймав пацієнт інгібітори АПФ у цільовій дозі.

У пацієнтів з СН та порушенням систолічної функції лівого шлуночка (фракція викиду лівого шлуночка ≤ 40 %) кандесартан знижує системний судинний опір та легеневий капілярний тиск, підвищує активність реніну та концентрацію ангіотензину II в плазмі, а також знижує рівні альдостерону.

Фармакокінетика.

Абсорбція та розподіл.

Кандесартану цилексетил є проліками, призначеними для перорального застосування. Він швидко перетворюється в активну речовину, кандесартан, шляхом складноєфірного гідролізу під час абсорбції з шлунково-кишкового тракту, щільно зв'язується з АТ₁-рецепторами та повільно дисоціює. Абсолютна біодоступність таблетки становить 40 %. Середня пікова концентрація в сироватці крові (C_{max}) досягається через 3-4 години після прийому таблетки. Концентрації кандесартану в сироватці зростають лінійно з підвищенням доз у межах терапевтичної дози. Різниця у фармакокінетиці кандесартану, яка б була пов'язана зі статтю, не спостерігалася. Прийом їжі не має суттєвого впливу на площу під кривою «концентрація в сироватці – час» (AUC).

Кандесартан високою мірою зв'язується з білками плазми (більш ніж 99 %). Видимий об'єм розподілу кандесартану становить 0,1 л/кг.

Метаболізм та виведення з організму.

Кандесартан головним чином виводиться з організму з сечею та жовчю в незміненому вигляді та лише незначною мірою виводиться шляхом печінкового метаболізму.

Період напіввиведення кандесартану становить приблизно 9 годин. Після прийому багаторазових доз кумуляція препарату в організмі не відбувається.

Загальний плазмовий кліренс кандесартану становить приблизно 0,37 мл/хв/кг, а нирковий кліренс – приблизно 0,19 мл/хв/кг. Ниркова екскреція кандесартану здійснюється шляхом як гломерулярної фільтрації, так і активної тубулярної секреції. Після прийому пероральної дози ¹⁴C-маркованого кандесартану цилексетилу приблизно 26 % дози виводиться з сечею у вигляді кандесартану та 7 % – у вигляді неактивного метаболіту, хоча приблизно 56 % дози виявляються у фекаліях у вигляді кандесартану та 10 % – у вигляді неактивного метаболіту.

Фармакокінетика у особливих категорій пацієнтів.

У осіб літнього віку (старших 65 років) C_{max} та AUC кандесартану підвищені приблизно на 50 % та 80 % відповідно порівняно з відповідними показниками у молодих пацієнтів.

Проте реакція АТ та частота виникнення побічних ефектів є однаковими після прийому встановленої дози Касарку® у молодих пацієнтів та осіб літнього віку.

У пацієнтів з нирковою недостатністю від легкого до помірного ступеня тяжкості порівняно з пацієнтами з нормальною нирковою функцією C_{max} та AUC кандесартану підвищується після багаторазового прийому доз приблизно на 50 % та 70 % відповідно, тоді як період напіввиведення препарату залишався незмінним. Відповідні зміни у пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю становили приблизно 50 % та 110 % відповідно, а період напіввиведення препарату збільшувався в 2 рази. Показник AUC кандесартану у пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі, був подібним до того, що спостерігався у пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю.

У пацієнтів з печінковою недостатністю від легкого до помірного ступеня тяжкості відмічалось підвищення показника AUC кандесартану на 23 %.

Фармацевтичні характеристики.

Основні фізико-хімічні властивості:

Касарк®, таблетки по 16 мг: таблетки білого кольору, круглої форми з двоопуклою поверхнею.

Касарк[®], таблетки по 32 мг: таблетки білого кольору, круглої форми з двоопуклою поверхнею, з рискою з одного боку.

Термін придатності. 2 роки з дати виготовлення in bulk.

Умови зберігання. В оригінальній упаковці, при температурі не вище 25 °С. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. ПАТ "Київмедпрепарат".

Місце знаходження. Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139.

Дата останнього перегляду.