МИНЗДРАВ РОССИИ
ЛП 000554-120816
СОГЛАСОВАНО

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТРУКЦИЯ

по применению лекарственного препарата для медицинского применения

Ибертан

Регистрационный номер:

Торговое наименование препарата: Ибертан

Международное непатентованное наименование: ирбесартан

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Состав:

1 таблетка (75 мг) содержит:

Ядро таблетки: активное вещество: ирбесартан – 75 мг;

вспомогательные вещества: маннитол – 54,78 мг; повидон – 5,80 мг; полисорбат 80 – 0,72 мг; кремния диоксид коллоидный – 0,72 мг; магния стеарат – 2,18 мг; кросповидон – 5,80 мг.

Пленочная оболочка: Опадрай белый – 7,00 мг (в составе: гипромеллоза – 2,80 мг; титана диоксид – 1,75 мг; лактозы моногидрат – 1,47 мг; макрогол (полиэтиленгликоль) – 0,56 мг; триацетин – 0,42 мг).

1 таблетка (150 мг) содержит:

Ядро таблетки: активное вещество: ирбесартан – 150 мг;

вспомогательные вещества: маннитол – 109,56 мг; повидон – 11,60 мг; полисорбат 80 – 1,44 мг; кремния диоксид коллоидный – 1,44 мг; магния стеарат – 4,36 мг; кросповидон – 11,60 мг.

Пленочная оболочка: Опадрай белый – 14,00 мг (в составе: гипромеллоза – 5,60 мг; титана диоксид – 3,50 мг; лактозы моногидрат – 2,94 мг; макрогол (полиэтиленгликоль) – 1,12 мг; триацетин – 0,84 мг).

1 таблетка (300 мг) содержит:

Ядро таблетки: активное вещество: ирбесартан – 300 мг;

вспомогательные вещества: маннитол – 219,12 мг; повидон – 23,20 мг; полисорбат 80 – 2,88 мг; кремния диоксид коллоидный – 2,88 мг; магния стеарат – 8,72 мг; кросповидон – 23,2 мг.

Пленочная оболочка: Опадрай белый – 28,00 мг (в составе: гипромеллоза – 11,20 мг; титана диоксид – 7,00 мг; лактозы моногидрат – 5,88 мг; макрогол (полиэтиленгликоль) – 2,24 мг; триацетин – 1,68 мг).

Описание

Продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого цвета. На поперечном разрезе таблетки – ядро белого цвета.

Фармакотерапевтическая группа: ангиотензина II рецепторов антагонист.

Код АТХ: C09CA04

Фармакологические свойства

Фармакодинамика

Ирбесартан является селективным антагонистом рецепторов ангиотензина II (типа АТ1) для приема внутрь.

Ирбесартан блокирует все физиологически значимые эффекты ангиотензина II, опосредуемые рецепторами АТ1, независимо от источника или пути синтеза ангиотензина II. Селективный антагонизм к рецепторам ангиотензина II (АТ1) приводит к повышению в плазме крови концентрации ренина и ангиотензина II и снижению концентрации альдостерона в плазме крови. Сывороточные концентрации калия обычно существенно не изменяются при приеме ирбесартана в рекомендуемых дозах. Ирбесартан не ингибирует ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) (кининазу II), фермент, участвующий в синтезе ангиотензина II и расщепляющий брадикинин до неактивных метаболитов.

Ирбесартан не требует метаболической активации.

Ирбесартан снижает артериальное давление (АД) при минимальном изменении частоты сердечных сокращений (ЧСС). При приеме внутрь в дозах до 300 мг один раз в сутки снижение АД носит дозозависимый характер, однако при дальнейшем увеличении дозы ирбесартана прирост антигипертензивного эффекта является незначительным.

Максимальное снижение АД достигается через 3-6 часов после приема препарата внутрь. Антигипертензивный эффект сохраняется не менее 24 часов после приема препарата. Через 24 часа АД остается на уровне 60-70% от максимального снижения систолического и диастолического АД при приеме рекомендуемых доз. После приема 150-300 мг 1 раз в сутки через 24 часа (т.е. в конце междозового интервала) АД (систолическое/диастолическое) в положении пациента «лежа» или «сидя» снижается на 8-13/5-8 мм рт. ст., соответственно,

что значимо больше, чем при приеме плацебо.

Прием препарата в дозе 150 мг 1 раз в сутки приводит к антигипертензивному эффекту, сопоставимому с двукратным приемом (той же дозы, разделенной на два приема). Стабильный антигипертензивный эффект ирбесартана развивается в течение 1-2 недель, а максимальный терапевтический эффект – через 4-6 недель от начала терапии.

Антигипертензивное действие сохраняется при длительном приеме препарата. После отмены ирбесартана АД постепенно возвращается к исходному уровню, синдром «отмены» отсутствует.

Эффективность препарата Ибертан не зависит от возраста и пола. Пациенты негроидной расы слабее реагируют на монотерапию препаратом Ибертан (как и на все другие лекарственные средства, влияющие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему).

Ирбесартан практически не влияет на содержание мочевой кислоты в сыворотке крови или на выделение почками мочевой кислоты.

Фармакокинетика

Всасывание

После приема внутрь ирбесартан хорошо всасывается, абсолютная биодоступность составляет 60-80%. Одновременный прием пищи значимо не влияет на биодоступность ирбесартана. Максимальная концентрация в плазме крови (C_{max}) достигается через 1,5-2 ч после приема внутрь.

Распределение

Связь с белками плазмы крови составляет приблизительно 96%. При ежедневном однократном приеме препарата равновесная плазменная концентрация (Css) достигается через 3 дня. Объем распределения составляет 53-93 литра.

Метаболизм

После приема внутрь радиоактивно-меченного ирбесартана 80-85% препарата, циркулирующего в плазме крови, приходится на неизмененный ирбесартан. Ирбесартан метаболизируется в печени путем конъюгации с глюкуроновой кислотой и окисления. Основным его метаболитом, циркулирующим в крови, является ирбесартана глюкуронид (около 6%). Исследования *in vitro* показали, что ирбесартан подвергается окислению в основном посредством изофермента CYP2C9 цитохрома P450. Влияние изофермента CYP3A4 незначительно. Ирбесартан не метаболизируется с помощью большинства изоферментов, которые обычно участвуют в метаболизме лекарственных препаратов (изоферменты CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2D6 или CYP2E1) и не вызывает их ингибирования или индукции. Ирбесартан не индуцирует и не ингибирует изофермент CYP3A4.

Фармакокинетические параметры ирбесартана носят линейный и пропорциональный характер в диапазоне доз от 10 до 600 мг. При дозах свыше 600 мг (доза, в два раза превышающая рекомендованную максимальную дозу препарата) фармакокинетика ирбесартана становится нелинейной (уменьшение абсорбции).

Общий клиренс и почечный клиренс составляют 157-176 и 3-3,5 мл/мин., соответственно.

Выведение

Конечный период полувыведения ($T_{1/2}$) составляет 11-15 часов. Ирбесартан и его метаболиты выводятся через кишечник с желчью (80%) и почками (20%), причем менее 2% принятой дозы ирбесартана выводится почками в неизменном виде.

Фармакокинетика в особых клинических случаях

Несколько более высокие концентрации ирбесартана в плазме отмечают у женщин (по сравнению с мужчинами). Однако различия в величине $T_{1/2}$ и аккумуляции ирбесартана не выявлены. Коррекции дозы ирбесартана у женщин не требуется.

Значения площади под кривой «концентрация-время» (AUC) и C_{max} ирбесартана были несколько выше у пациентов пожилого возраста (старше 65 лет), чем у молодых пациентов (18-40 лет), $T_{1/2}$ достоверно не различался. Коррекции дозы ирбесартана у пожилых пациентов не требуется.

Нарушение функции почек: у пациентов с нарушенной функцией почек или находящихся на гемодиализе фармакокинетические параметры ирбесартана изменены незначительно. Ирбесартан не выводится из организма с помощью гемодиализа.

Нарушение функции печени: у пациентов с циррозом печени легкой (функциональный класс А или 5-6 по шкале Чайлд-Пью) или умеренной (функциональный класс В или 7-9 по шкале Чайлд-Пью) степени тяжести фармакокинетические параметры ирбесартана изменены незначительно. Фармакокинетических исследований у пациентов с тяжелым нарушением функции печени не проводилось.

Влияние расовой принадлежности на фармакокинетику ирбесартана: у добровольцев без артериальной гипертензии AUC и $T_{1/2}$ ирбесартана у представителей негроидной расы были примерно на 20-25% выше, чем у представителей европеоидной расы; C_{max} ирбесартана у них была практически одинаковой с таковой у представителей европеоидной расы.

Показания к применению

– Артериальная гипертензия (в монотерапии и в сочетании с другими гипотензивными препаратами, например, тиазидными диуретиками, бета-адреноблокаторами, блокаторами «медленных» кальциевых каналов длительного действия).

– Нефропатия при артериальной гипертензии и сахарном диабете 2 типа (в комбинации с

другими гипотензивными средствами).

Противопоказания

– Повышенная чувствительность к ирбесартану или другим компонентам препарата;

– Наследственная непереносимость галактозы, недостаточность лактазы или нарушения всасывания глюкозы и галактозы;

– Одновременное применение с лекарственными препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м^2 площади поверхности тела).

– Одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией;

– Печеночная недостаточность тяжелой степени (функциональный класс С или более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт клинического применения);

– Беременность;

– Период грудного вскармливания;

– Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлена).

С осторожностью: гипонатриемия, диета с ограничением потребления поваренной соли, двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной функционирующей почки, дегидратация (в т.ч. диарея, рвота), предшествующая терапия диуретиками, почечная недостаточность, гемодиализ, состояние после трансплантации почки (отсутствие опыта клинического применения), гиперкалиемия, одновременный прием с препаратами лития, при одновременном применении НПВП, включая селективные ингибиторы ЦОГ-2 (повышение риска нарушения функции почек, включая возможность развития острой почечной недостаточности и увеличения содержания калия в сыворотке крови, особенно у пациентов пожилого возраста, пациентов с гиповолемией [включая пациентов, принимающих диуретики] или у пациентов с нарушением функции почек); при применении в комбинации с ингибиторами АПФ или алискиреном, т.к. по сравнению с монотерапией, при двойной блокаде РААС имеется повышенный риск развития чрезмерного снижения АД, гиперкалиемии и нарушения функции почек, стеноз аортального и митрального клапанов, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия (ГОКМП), первичный гиперальдостеронизм, хроническая сердечная недостаточность (III-IV функционального класса по классификации NYHA), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и/или атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга, пациенты старше 75 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания

Как и любой препарат, который воздействует непосредственно на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, препарат Ибертан нельзя применять при беременности.

Применение антагонистов рецепторов ангиотензина II не рекомендуется во время I триместра беременности. Препарат противопоказан во II-III триместрах беременности, поскольку применение во II-III триместрах беременности может вызвать фетотоксические эффекты (снижение функции почек, маловодие, замедление окостенения костей черепа плода) и неонатальные токсические эффекты (почечную недостаточность, артериальную гипотензию, гиперкалиемию). В случае приема препарата во II-III триместрах беременности необходимо провести ультразвуковое исследование почек и костей черепа плода.

Переход на соответствующую альтернативную антигипертензивную терапию должен быть произведен до начала планирования беременности. При наступлении беременности препарат Ибертан необходимо отменить как можно раньше.

Неизвестно, выделяется ли ирбесартан в грудное молоко. При необходимости назначения препарата в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания.

Способ применения и дозы

Внутрь, 1 раз в сутки, вне зависимости от приема пищи, запивая водой.

Обычно рекомендуемая начальная и поддерживающая доза составляет 150 мг 1 раз в сутки. При недостаточной выраженности терапевтического эффекта дозу препарата увеличивают до 300 мг/сут. Дальнейшее увеличение дозы с интервалом 1-2 недели (более 300 мг/сут) не приводит к усилению выраженности гипотензивного эффекта. В случае отсутствия эффекта при монотерапии возможна комбинация с другим гипотензивным препаратом, например, с низкими дозами диуретиков (гидрохлоротиазидом).

Для лечения нефропатии пациентам с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа рекомендуется начальная доза препарата Ибертан 150 мг один раз в сутки, при недостаточности терапевтического эффекта доза может быть увеличена (с интервалом 2 недели) до 300 мг один раз в сутки.

Применение у особых групп пациентов

Пациенты с гиповолемией

Пациентам с дегидратацией, со сниженным объемом циркулирующей крови (ОЦК) (в т.ч. диарея, рвота), с гипонатриемией, на фоне лечения диуретиками или диеты с ограничением

потребления поваренной соли, или находящихся на гемодиализе рекомендуется начальная доза препарата – 75 мг/сут.

Нарушение функции почек

Пациентам с нарушенной функцией почек коррекции доз не требуется.

Нарушение функции печени

Пациентам с нарушением функции печени легкой и средней степени тяжести коррекции доз препарата не требуется. Клинический опыт применения у пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени отсутствует (см. раздел «Противопоказания»).

Пациенты пожилого возраста

Обычно пациентам пожилого возраста коррекции режима дозирования не требуется, однако, лечение пациентов в возрасте старше 75 лет рекомендуется начинать с дозы 75 мг (см. раздел «С осторожностью»).

Побочное действие

Частота развития побочных эффектов по классификации ВОЗ: очень часто (более 1/10); часто (более 1/100, менее 1/10); нечасто (боле 1/1000, менее 1/100); редко (более 1/10 000, менее 1/1000); очень редко (менее 1/10 000), включая отдельные сообщения.

Артериальная гипертензия

Со стороны центральной нервной системы (ЦНС): часто – головокружение, повышенная утомляемость, астения.

Со стороны сердечно-сосудистой системы нечасто – отеки, тахикардия, «приливы» крови к коже лица.

Со стороны дыхательной системы: нечасто – кашель.

Со стороны костно-мышечной системы: нечасто – боль в грудной клетке.

Со стороны пищеварительной системы: часто – тошнота и/или рвота; нечасто – диарея, диспепсия и/или изжога.

Со стороны репродуктивной системы: нечасто – половая дисфункция.

Лабораторные данные: часто – повышение активности креатининфосфокиназы (без клинических нарушений со стороны костно-мышечной системы и отсутствия гиперкалиемии).

Нефропатия при артериальной гипертензии и сахарном диабете 2 типа

Со стороны ЦНС: часто – головокружение при изменении положения тела (переход из положения «лежа» в положение «стоя»).

Со стороны сердечно-сосудистой системы: часто – выраженное снижение АД, в т.ч. ортостатическая гипотензия.

Со стороны костно-мышечной системы: часто – мышечно-скелетные боли.

Лабораторные показатели: очень часто – гиперкалиемия, снижение гемоглобина (клинически незначимое).

В ходе постмаркетингового применения препарата были так же отмечены следующие нежелательные явления, частота которых не может быть установлена (по данным спонтанных сообщений).

Со стороны ЦНС: головная боль.

Аллергические реакции: редко – реакции повышенной чувствительности (кожная сыпь, крапивница, ангионевротический отек), лейкоцитарный васкулит.

Лабораторные показатели: гиперкалиемия.

Со стороны органа слуха: звон в ушах.

Со стороны пищеварительной системы: дисгевзия (извращение вкуса), нарушение функции печени, гепатит, повышение активности «печеночных» трансаминаз, желтуха.

Со стороны костно-мышечной системы: артралгия, миалгия (в некоторых случаях ассоциирована с повышением содержания креатининфосфокиназы), мышечные судороги.

Со стороны мочевыделительной системы: очень редко – нарушение функции почек (в т.ч. отдельные случаи развития почечной недостаточности у пациентов группы риска).

При развитии тяжелых побочных эффектов лечение должно быть прекращено.

Передозировка

Прием ирбесартана в дозе до 900 мг/сут в течение 8 недель не сопровождался симптомами интоксикации.

Симптомы: выраженное снижение АД, тахикардия, редко – брадикардия.

Лечение: промывание желудка, прием активированного угля, симптоматическое и поддерживающее лечение. Гемодиализ не эффективен.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Диуретики и другие гипотензивные средства могут усилить гипотензивный эффект ирбесартана. Однако ирбесартан может применяться в сочетании с такими препаратами как бета-адреноблокаторы, блокаторы «медленных» кальциевых каналов пролонгированного действия и тиазидные диуретики. Предшествующее лечение диуретиками в высоких дозах может приводить к дегидратации организма и повышает риск чрезмерного снижения АД.

Препараты, восполняющие дефицит калия в организме, калийсберегающие диуретики и гепарин при одновременном применении с ирбесартаном могут увеличивать содержание калия в сыворотке крови.

При одновременном применении препаратов лития и ирбесартана возможно обратимое повышение содержания лития в сыворотке крови и повышение его токсичности. Если имеется необходимость в использовании этой комбинации, то во время лечения следует тщательно контролировать содержание лития в сыворотке крови.

Лекарственные препараты, содержащие алискирен. Комбинация препарата Ибертан с лекарственными препаратами, содержащими алискирен, противопоказана у пациентов с сахарным диабетом или с умеренной или тяжелой почечной недостаточностью (СКФ< 60 мл/мин/1,73 м^2 площади поверхности тела) и не рекомендуется у других пациентов.

Ингибиторы АПФ. Применение препарата Ибертан в сочетании с ингибиторами АПФ противопоказано у пациентов с диабетической нефропатией и не рекомендуется у других пациентов.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В случае одновременного применения антагонистов ангиотензина II и НПВП (включая селективные ингибиторы циклооксигеназы 2, ацетилсалициловую кислоту (более 3 г/сутки) и неселективные НПВП) возможно снижение гипотензивного эффекта. В случае комбинации ирбесартана с НПВП потенциально может увеличиваться риск нарушения функции почек, вплоть до развития острой почечной недостаточности и гиперкалиемии (особенно у пациентов с уже нарушенной функцией почек). Следует с осторожностью применять эту комбинацию, особенно у пациентов пожилого возраста. Пациентам перед началом комбинированной терапии необходимо восстановить ОЦК, а также необходим контроль функции почек перед началом терапии и периодически в процессе проведения комбинированной терапии.

Гидрохлортиазид, нифедипин не влиял на фармакокинетику ирбесартана.

Исходя из данных исследований *in vitro,* не ожидается взаимодействия ирбесартана с лекарственными средствами, метаболизирующимися с помощью изоферментов CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2E1 или CYP3A4. Ирбесартан метаболизируется преимущественно изоферментом CYP2C9 и, в меньшей степени, путем глюкуронирования. Не наблюдалось значительных фармакокинетических или фармакодинамических взаимодействий при сочетании ирбесартана с *варфарином* (метаболизируемого с помощью изофермента CYP2C9). Изучение влияния индукторов активности CYP2C9, таких как *рифампицин*, на фармакокинетику ирбесартана не проводилось.

Ирбесартан не изменяет фармакокинетику *дигоксина.*

Особые указания

Нарушение водно-электролитного баланса. У обезвоженных пациентов, а также при дефиците натрия (в результате интенсивного лечения диуретиками, диареи или рвоты,

ограничения поступления поваренной соли с пищей) и у пациентов, находящихся на гемодиализе, может развиваться симптоматическая артериальная гипотония, особенно после приема первой дозы препарата. Таким пациентам необходимо восстановить ОЦК, устранить гипонатриемию перед назначением препарата Ибертан.

Реноваскулярная гипертензия. Потенциально увеличивается риск развития тяжелой артериальной гипотензии и почечной недостаточности у пациентов с двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной функционирующей почки.

Почечная недостаточность и состояние после трансплантации почки. В случае применения препарата Ибертан у пациентов с почечной недостаточностью показано проведение периодического контроля содержания калия и креатинина сыворотки крови. Отсутствует опыт применения ирбесартана у пациентов после пересадки почки.

Пациенты с артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа и нефропатией. Отмеченное у ирбесартана благоприятное действие в отношении замедления прогрессирования почечных и сердечно-сосудистых поражений имеет разную степень выраженности у разных групп пациентов: менее выражено у женщин и у пациентов, не относящихся к европеоидной расе.

Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Двойная блокада РААС при применении препарата Ибертан в комбинации с ингибиторами АПФ или алискиреном не рекомендуется, так как по сравнению с монотерапией имеется повышенный риск резкого снижения АД, развития гиперкалиемии и нарушения функции почек.

Применение препарата Ибертан в комбинации с алискиреном противопоказано у пациентов с сахарным диабетом или почечной недостаточностью с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м^2 площади поверхности тела и не рекомендуется у других пациентов.

Гиперкалиемия. Рекомендуется контролировать содержание ионов калия у пациентов, одновременно принимающих с препаратом Ибертан, препараты калия, калийсберегающие диуретики, гепарин, особенно при наличии почечной недостаточности и/или заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы.

Стеноз аортального или митрального клапана, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия (ГОКМП). Как и при применении других вазодилататоров, применять Ибертан необходимо с осторожностью.

Первичный гиперальдостеронизм. Гипотензивные препараты, действующие через ингибирование ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), обычно неэффективны у пациентов с первичным гиперальдостеронизмом. Поэтому применение препарата Ибертан в таких случаях не целесообразно.

Прочее. У пациентов, сосудистый тонус и функция почек которых преимущественно зависит от активности РААС (например, пациенты с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по классификации NYHA, сопутствующими заболеваниями почек, в т.ч. со стенозом почечной артерии), терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II сопровождается развитием артериальной гипотензии, азотемией, олигурией и, в редких случаях, острой почечной недостаточностью. Как и при приеме других гипотензивных средств, значительное снижение АД у пациентов с ишемической болезнью сердца и/или атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга может привести к развитию инфаркта миокарда, инсульта. При лечении таких пациентов следует строго контролировать уровень АД.

Влияние на способность к управлению транспортными средствами и работе с другими сложными механизмами

Влияние препарата Ибертан на способность управлять автомобилем и выполнять работу, требующую повышенного внимания, не изучалось. Однако в период лечения необходимо соблюдать осторожность при управлении транспортным средством и занятии потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций, так как во время лечения возможно развитие головокружения и/или повышенной усталости.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 75 мг, 150 мг, 300 мг.

По 14 таблеток помещают в блистер из фольги Ал/ПВХ/ПХТФЭ.

По 2 блистера вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

Условия хранения

В сухом защищенном от света месте при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности

3 года.

Не применять препарат после истечения срока годности.

Условия отпуска

Отпускают по рецепту.

Производитель

Фармацевтический завод «ПОЛЬФАРМА» АО

ул. Пельплиньска 19, 83-200 Старогард Гданьски, Польша.

Организация, принимающая претензии потребителей

Акционерное общество «Химико-фармацевтический комбинат «АКРИХИН» (АО «АКРИХИН»), Россия

142450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, д. 29

Тел/факс: +7 (495) 702-95-03

Руководитель отдела регистрации Е.В. Скрынникова