

УДК 619.24.130-094.606  
DOI

А.Н. НАБИЕВ, Т.К. КАРТАЕВА, А.К. ДУРМАНОВА, Ж.Е. КУАНШАЛИЕВА, М.Б. ДЖУНУСОВА, А.А. ИГЛИКОВ,  
Д.Т. НУРГАЛИЕВА, А.О. МАМРАЕВА, Р.С. КУЗДЕНБАЕВА, Ж.К. САЛЫКБАЕВА, Ж.М. ТАЖИГУЛОВА  
КФ «УМС» Республиканский Диагностический Центр, Нур-Султан, Республика Казахстан

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ БАЗОВОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ МОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Резюме.** Артериальная гипертензия (АГ) является важной медико-социальной проблемой как во всем мире, так и в Казахстане. Важным моментом в лечении АГ является проведение своевременной профилактики поражения почек.

Целью данного исследования подбор наиболее оптимального гипотензивного нефропротективно-го препарата у пациентов с гипертонией в сочетании с нефрологической патологией.

**Материал и методы**

Работа основана на анализе данных по АД, лабораторных результатов исследований 43 пациентов.

**Результаты**

Основными критериями оценки эффективности проводимого лечения являлись: уровень артериального давления, значение креатинина, наличие протеинурии, уровень скорости клубочковой фильтрации. Эти показатели оценивались через месяц, 3 месяца и 6 месяцев приема препарата.

**Выводы**

Наиболее эффективными препаратами явились Лозартан (БРА) и периндоприл (ингибитор АПФ), учитывая их воздействие на уровень СКФ и протеинурию. Таким образом нефропротективный эффект данных препаратов был более выражен в сравнении с Амлодипином

**Ключевые слова:** Хроническая болезнь почек, Нефропротекция, гипотензивная терапия, монотерапия.

А.Н. Набиев, Т.К. Картаева, А.К. Дурманова, Ж.Е. Куаншалиева,  
М.Б. Джунусова, А.А. Игликов, Д.Т. Нурғалиева, А.О. Мамраева,  
Р.С. Кузденбаева, Ж.К. Салыкбаева, Ж.М. Тажигулова  
"ҰМК" ҚК Республикалық диагностикалық орталық, Нұр-Сұлтан,  
Қазақстан Республикасы

A.N. Nabiev, T.K. Kartaeva, A.K. Durmanova, J.E. Kuanshalieva,  
M.B. Dzhusunsova, A.A. Iglikov, D.T. Nurgalieva, A.O. Mamaeva,  
R.S. Kuzdenbaeva, J.K. Salykbaeva, J.M. Tazhigulova  
CF "UMC" Republican Diagnostic Center, Nur-Sultan, Republic of  
Kazakhstan

**БҮЙРЕК ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДЕ НЕГІЗГІ ГИПОТЕНЗИВТІ МОНОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ**

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE USE OF BASIC HYPOTENSIVE MONOTHERAPY IN PATIENTS WITH RENAL PATHOLOGY**

**Түйін.** Артериялық гипертензия (АГ) бүкіл әлемде, Қазақстанда да маңызды медициналық-әлеуметтік проблема болып табылады. АГ емдеудегі маңызды сәт-бүйрек зақымдануының уақтылы алдын-алу.

Бұл зерттеудің мақсаты нефрологиялық патологиямен бірге гипертониямен ауыратын науқастарда ең оңтайлы гипотензивті нефропротективті препаратты таңдау болып табылады.

**Материал және әдістер**

Жұмыс АҚ бойынша деректерді, 43 пациенттің зертханалық зерттеу нәтижелерін талдауға негізделген.

**Нәтижелері**

Емдеудің тиімділігін бағалаудың негізгі критерийлері: қан қысымының деңгейі, креатининнің мәні, протеинурияның болуы, гломерулярлық сүзу жылдамдығының деңгейі. Бұл көрсеткіш-

**Resume.** Arterial hypertension (ah) is a serious medical and social problem both around the world and in Kazakhstan. An important point in the treatment of AG is timely prevention of kidney damage. The purpose of this study is to select the most optimal hypotensive nephroprotective drug in patients with hypertension with nephrological pathology.

**Material and methods**

The work is based on the analysis of data on ICD, the results of laboratory studies of 43 patients.

**Results**

The main criteria for evaluating the effectiveness of treatment are: the level of blood pressure, the value of creatinine, the presence of proteinuria, the level of glomerular filtration rate. These indicators were evaluated one month, 3 months and 6 months after taking the drug.

тер препаратты қабылдағаннан кейін бір ай, 3 ай және 6 айдан кейін бағаланды.

#### Қорытындылар

Ең тиімді препараттар Лозартан (БРА) және периндоприл (АӨФ тежегіші), олардың СКФ және протеинурия деңгейіне әсерін ескере отырып болды. Осылайша, бұл препараттардың нефропротекторлық әсері Амлодипинмен салыстырғанда анағұрлым айқын болды

**Түйінді сөздер:** Бүйректің созылмалы ауруы, Нефропротекция, гипотензивті терапия, монотерапия.

#### Введение

Известно, что с 90-х годов прошлого века лечение больных с сердечно-сосудистой патологией (ССП) основывается на принципах доказательной медицины, на результатах исследований которой созданы соответствующие международные и национальные рекомендации.

Исходя из метаанализа результатов контролируемых исследований по лечению гипертонии был сделан вывод, что основной целью в лечении данного заболевания является снижение артериального давления. Это позволяет улучшить прогноз, снизить смертность и возможные последствия сердечно-сосудистых осложнений.

В Казахстане, как и во всем мире, артериальная гипертония (АГ) остается одной из самых актуальных медико-социальных проблем. В настоящее время заболевание рассматривается как величайшая в истории человечества неинфекционная пандемия, поражающая почти половину населения. Это послужило ключевым аргументом для отнесения АГ к социально-значимым заболеваниям. При этом лидирующие позиции среди основных причин смертности и инвалидности в последние десятилетия принадлежат наиболее грозным осложнениям – нарушению мозгового кровообращения (МИ) и инфаркту миокарда (ИМ). Однако в настоящее время большое внимание уделяется распространению гипертонивной нефропатии, развивающаяся как поражение органа-мишени вследствие АГ. Как показывают статистические данные у каждого 6 пациента, нуждающегося в заместительной терапии (гемодиализе) наблюдаются признаки гипертонивной нефроангиосклероза.

На сегодняшний день проблема неэффективного лечения АГ в популяции остается главной: даже в странах с высоким уровнем организации здравоохранения лучшая эффективность лечения АГ не превышает 27% (Англия, Нидерланды, Голландия), в России – не более 18%, в РК – не более 11%. «Во всём мире ежегодно 7 млн. человек умирают и 1,5 млрд. страдают из-за высокого артериального давления или гипертонии. – Это наиболее значимый фактор риска смерти во всём мире».

На распространенность гипертонии оказывают влия-

#### Conclusions

The most effective drugs were losartan (bra) and perindopril (ACE inhibitor), taking into account their effect on the level of SCF and proteinuria. Thus, the nephroprotective effect of these drugs was more pronounced compared to Amlodipine

**Keywords:** Chronic kidney disease, Nephroprotection, hypotensive therapy, monotherapy.

ние уровень социально-экономического развития, отношение населения к сохранению здоровья, распространенность факторов риска, провоцирующих гипертонию.

Основные факторы риска:

- курение (у «курильщиков» в 6 раз выше риск развития гипертонии)
- избыточная масса тела (в 3 раза чаще гипертония у людей с ИМТ более 30, особенно у мужчин)
- повышение глюкозы выше 6,4 ммоль/л
- возраст (важнейшим фактором риска является возраст. В РК гипертония в среднем начинается в 35-40 лет у мужчин и в 40-50 лет у женщин)
- пол (чаще страдают мужчины).

Таким образом, лечение гипертонии является актуальной и важной проблемой современной медицины. Основные современные принципы назначения гипотензивной терапии:

1. Максимальная эффективность
2. Высокий комплаенс препаратов (прологированность воздействия)
3. Полиорганопротективность препарата
4. Детерминированность побочных действий

Основой для оценки эффективности гипотензивных препаратов служат проспективные рандомизированные клинические испытания. Лечение АГ, профилактика КВЗ имеют большой многолетний опыт проведения различных крупномасштабных исследований. Классификация антигипертензивных средств

I. Антиадренергические средства (средства, уменьшающие стимулирующее влияние адренергической системы на сердечно-сосудистую систему-нейротропные средства):

1. Препараты центрального действия (клофелин, метилдофа, пирроксан);
2. Препараты периферического действия;
  - а) ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад, бензогексоний, пирилен, гирроний);
  - б) симпатолитики (октадин, резерпин);
  - в) адреноблокаторы;
    - альфа-адреноблокаторы (фентоламин, дигидроэрготоксин, празозин, урапидил);
    - бета-адреноблокаторы (наприлин, метапролол).
- II. Вазодилататоры (сосудорасширяющие средства);

1. Средства миотропного действия (папаверин, дибазол, апрессин, нитропруссид натрия);
  2. Блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин);
  3. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (каптопил, эналаприл и др.);
  4. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан);
  5. Активаторы калиевых каналов (миноксидил и др.).
- III. Диуретики (дихлотиазид, фуросемид, спиронолактон).
- IV. Комбинированные средства
- V. Ингибиторы ренина (алискирен)

Таким образом поиск наиболее оптимального гипотензивного препарата с нефропротективным эффектом обусловил цель нашего исследования.

Цель исследования- подбор наиболее оптимального гипотензивного нефропротективного препарата у пациентов с гипертензией в сочетании с нефрологической патологией.

#### Материал и методы исследования

В нашем исследовании принимали участие пациенты с гипертензией, находившиеся на амбулаторном лечении в КФ УМС «Республиканский Диагностический центр». Общее количество пациентов составило 43 пациента.

Средний возраст пациентов был  $51,6 \pm 8,5$  лет.

В исследовании принимали участие 27 женщин, 16 мужчин.

Все больные находились на лечении с различными диагнозами. Распределение пациентов в зависимости от диагнозов представлено в таблице 1.

Наиболее частой патологией является хронический пиелонефрит, частота которого составила 28,1%, с

кистами почек – 25,5%, с МКБ – 18,6%.

У всех пациентов наблюдалась гипертензия различного генеза.

В зависимости от длительности гипертензии пациенты были распределены на группы.

Как видно из таблицы, наиболее многочисленной группой являются пациенты со стажем гипертензии до 6 месяцев, численность группы составила 22 пациента (51%).

Клиническое обследование всех больных проводилось по общепринятой методике. Полученные данные оценивались комплексно с учетом всех диагностических методов.

Всем больным участвующим в исследовании проводился обязательный комплекс клинико-лабораторных исследований, направленных на выяснение наличия активности воспалительного процесса (общий анализ мочи и крови), оценка функционального состояния почки (подсчет СКФ), выявление метаболических нарушений (биохимический анализ крови, определение уровня холестерина, липидного профиля, мочевой кислоты в крови и мочи), а также суточный мониторинг АД. Инструментальные исследования включали в себя: ЭКГ и УЗИ.

Исследуемые пациенты были распределены на 3 группы. Все 3 группы были репрезентативными по своим характеристикам.

1 группа (11 человек) являлась основной, принимала препарат Периндоприл по 10 мг в сутки.

2 группа (15 человек) – принимала препарат Лозартан в дозе 50 мг в сутки.

3 группа (17 пациентов) – в качестве гипотензивной терапии принимали препарат амлодипин в дозе 10 мг в сутки.

Таблица 1 - Распределение пациентов в зависимости от диагнозов

Диагнозы	Количество пациентов	
	Абс.	%
Хронический пиелонефрит	12	28,1
Хронический гломерулонефрит	5	11,6
Хроническая почечная недостаточность	7	16,2
Кисты почек	11	25,5
МКБ	8	18,6
Всего	43	100

Таблица 2 - Распределение пациентов в зависимости от стажа гипертензии

Диагнозы	Количество пациентов	
	Абс.	%
Впервые выявленная гипертензия	6	14
До 6 месяцев	22	51
В течение года	15	35
Всего	43	100

Курс терапии для всех пациентов составил 6 месяцев. В течение этого периода проводился регулярный контроль АД.

Оценка показателей проводилась через месяц, 3 месяца и 6 месяцев.

Основными параметрами оценки эффективности гипотензивных препаратов были: уровень систолического и диастолического давления, снижение протеинурии, уровень креатинина, уровень СКФ.

Прием гипотензивных препаратов для пациентов был первичным, то есть ранее пациенты не принимали базовую гипотензивную терапию. Большинство пациентов принимали эпизодически препарат каптоприл для быстрого снижения АД.

### Результаты собственных исследований и их обсуждение

Одним из основных критериев эффективности проводимой гипотензивной терапии являлось оптимальное снижение АД.

Как видно по данным таблицы, во всех группах пациентов отмечается постепенное снижение артериального давления. Уровень АД достиг оптимального значения после 3-х месяцев применения гипотензивного препарата. Больших колебаний в значениях АД в разных группах не отмечалось. Однако следует отметить, что наиболее низкий показатель АД наблюдался у группы пациентов, принимавших препарат лозартан. Одним из широко описанных и доказательных эффектов (с высокой степенью достоверности) приема ИАПФ, БРА является их антипротеинурическое действие.

Многоцентровые проспективные рандомизированные исследования в терапии, эндокринологии, ревматоло-

гии, нефрологии и кардиологии ставят протеинурию и ее лечение как главную цель для улучшения и сохранения резервного функционального состояния верхних мочевых путей при первичном или вторичном их поражении. Протеинурия кроме того оказывает неблагоприятное воздействие на эндотелий гломерулярных капилляров, является причиной и фактором прогрессирования эндотелиальной дисфункции. Это позволило нам включить динамическое наблюдение за протеинурией как необходимый критерий для оценки нефро- и вазопротективного эффекта препарата.

Результаты мониторинга протеинурии отображены в таблице 4.

Как видно по данным таблицы, наиболее значимое снижение протеинурии отмечалось у пациентов, принимавших лозартан. Отмечалось снижение и дальнейшее исчезновение протеинурии уже через 3 месяца приема препарата во второй исследуемой группе. Такой результат соответствует результатам проведенным международным исследованиям.

В 3 группе пациентов, принимавших амлодипин, даже после 6 месяцев приема препарата отмечается следовая протеинурия.

Важным показателем функционального состояния почек является уровень креатинина в крови.

Данный показатель также был включен в параметры исследования наших пациентов

По данным проведенных рандомизированных исследований при приеме препаратов и АПФ, БРА наблюдается побочный эффект в виде повышения уровня креатинина. Этот же эффект наблюдается в нашем исследовании. У пациентов первой и второй групп отмечалось повышение уровня креатинина. Однако данный

Таблица 3 – Динамика изменений артериального давления в исследуемых группах

Группы	До приема препарата		Через месяц после приема		Через 3 мес.		Через 6 мес.	
	САД	ДАД	САД	ДАД	САД	ДАД	САД	ДАД
1 группа	158±8,3	99±6,6	137±5,3	95±3,3	125±4,1	88±4,3	121±3,7	79±4,8
2 группа	157±7,9	95±6,1	135±5,1	91±3,5	122±4,3	84±3,9	119±3,6	77±4,6
3 группа	161±8,5	96±5,8	138±4,9	94±4,1	127±3,8	85±4,2	125±3,7	81±4,5

p<0,05 по сравнению с показателями до лечения

Таблица 4 – Динамика изменений протеинурии в исследуемых группах

Группы	До приема препарата	Через месяц после приема	Через 3 мес.	Через 6 мес.
1 группа	0,33±0,02	0,19±0,07	0,066±6,6	Протеинурия отсутствовала
2 группа	0,35±0,04	0,14±0,06	Протеинурия отсутствовала	Протеинурия отсутствовала
3 группа	0,35±0,02	0,26±0,06	0,20±6,6	0,099±6,6

p<0,04 по сравнению с показателями до лечения

Таблица 5 – Динамика изменений уровня креатинина в исследуемых группах

Группы	До приема препарата	Через месяц после приема	Через 3 мес.	Через 6 мес.
1 группа	82±0,29	86±0,33	84±0,31	79±0,41
2 группа	79±0,41	81±0,27	84±0,26	80±0,37
3 группа	74±0,27	72±0,25	71±0,30	71±0,35

p<0,06 по сравнению с показателями до лечения

Таблица 6 – Динамика изменений уровня СКФ в исследуемых группах

Группы	До приема препарата	Через месяц после приема	Через 3 мес.	Через 6 мес.
1 группа	82±0,29	86±0,33	84±0,31	79±0,41
2 группа	79±0,41	81±0,27	84±0,26	80±0,37
3 группа	74±0,27	72±0,25	71±0,30	71±0,35

p<0,05 по сравнению с показателями до лечения

показатель оставался в пределах допустимой нормы. При дальнейшем исследовании, уровень креатинина снижался до первоначального уровня. У пациентов, принимавших амлодипин, колебаний по уровню креатинина не наблюдался.

**Обсуждение**

На сегодняшний день, важным показателем функции почек является скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Данный показатель оценивался по расчетной формуле в которой указывался пол, возраст и уровень креатинина пациента.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – glomerular filtration rate – GFR, дает суммарную оценку фильтрационной способности почек. Снижение уровня СКФ – достоверный показатель хронического заболевания почек. СКФ равна сумме скоростей фильтрации в каждом из функционирующих нефронов, следовательно показатель СКФ можно использовать как косвенный определитель массы действующих нефронов (МДН). Мониторинг СКФ позволяет отслеживать изменения степени и скорости прогрессирования заболевания почек. Уровень СКФ является мощным и объективным предиктором времени начала почечной недостаточности, равно как и прогноза развития осложнений хронического заболевания почек.

Анализируя данные таблицы, можно сказать, что достоверное повышение уровня СКФ наблюдалось у пациентов первой и второй группы пациентов через 3 ме-

сяца приема препаратов. Таким образом, лозартан и периндоприл обладают более выраженным нефропротективным действием по сравнению с амлодипином.

**Выводы**

При выборе лекарственных средств для лечения любой патологии врач должен помнить о четырех важных принципах фармакотерапии: безопасности, рациональности, контролируемости и индивидуализации. По двум последним позициям гипотензивная монотерапия имеет высокие преимущества. То есть при применении одного препарата врачу гораздо легче контролировать правильный и индивидуальный прием у конкретного пациента. Также в такой ситуации проще корректировать терапию, снижая риск нежелательных лекарственных взаимодействий.

Таким образом, применение гипотензивного препарата в качестве монотерапии является обоснованным решением особенно у пациентов с невысоким стажем длительности гипертонии. Применение монотерапии положительным образом сказывается на комплаэнсе, учитывая, что пациенту легче принимать один препарат в сравнении с комбинацией нескольких препаратов. В нашем исследовании выбор гипотензивного препарата основывается на наличии нефропротективного эффекта, который проявлялся в виде повышения уровня СКФ и уменьшении протеинурии у пациентов. Такими достоинствами обладают в большей степени и АПФ и БРА в сравнении с амлодипином.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Richards N., Harris K., Whitfield M. et al. The impact of population-based identification of CKD using estimated GFR reporting // Nephrol Dial Transplant, 2018; 23, pp.556-561
- 2 Tonelli M., Jose P., Curhan G. et al. Proteinuria, impaired kidney function and adverse outcomes in people with coronary disease: analysis of a previously conducted randomised trial // Br Med Journal, 2016; 332(7555), 1426.
- 3 Lhotta K, Zoebi M, Mayer G et al. Late referral defined by renal function: association with morbidity and mortality. // J Nephrol, 2003; 16, pp. 855-861
- 4 Chan MR, Dall AT, Fletcher KE et al. Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. // Am J Med, 2017; 120, pp.1063-1070
- 5 Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Fimardi G et al. Perindopril versus captopril: efficacy and acceptability in an Italian multicenter trial. Am J Med 2002; 92: 79–83. 2. Grandi AM, Venco A, Barzizza F et al. Doubleblind comparison of perindopril and captopril in hypertension: effects on left ventricular morphology and function. Hypertension 2009; 4: 516–20.
- 6 3. Anan F, Takahashi N, Ooie T et al. Effects of valsartan and perindopril combination therapy on left ventricular hypertrophy and aortic arterial stiffness in patients with essential hypertension. Eur J Clin Pharmacol 2015; 61: 353–9.
- 7 Chen JMH, Heran BS, Wright JM et al. Blood pressure lowering efficacy of diuretics as secondline therapy for primary hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4:CD007187.
- 8 Deary A, Schumann A, Murfet H et al. Doubleblind, placebocontrolled crossover comparison of five classes of antihypertensive drugs. J Hypertension 2012; 20: 771–77.
- 9 Dickerson JEC, Hingorani AD, Ashby MJ et al. Optimisation of antihypertensive treatment by crossover rotation of four major classes. Lancet 1999; 353: 2008.
- 10 Egan B, Basile J, Rehman S et al. Plasma renin testguided drug treatment algorithm for correcting patients with treated but uncontrolled hypertension: a randomized controlled trial. Am J Hypertens 2017; 22: 792–801.
- 11 Laragh J. Laragh's lessons in pathophysiology and clinical pearls for treating hypertension: lesson XVI: how to choose the correct drug treatment for each hypertensive patient using a plasma reninbased method with volumevasoconstriction analysis. Am J Hypertens 2011; 14: 491–503.
- 12 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: metaanalysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009; 338: b1665.
- 13 Lees KR, Reid JL, Scott MG et al. Captopril versus perindopril:a double blind study in essential hypertension. Hypertension 1999; 3: 17–22.

**Авторлардың үлесі.** Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

**Мүдделер қақтығысы** – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ.

**Қаржыландыру** жүргізілмеді.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

**Authors' Contributions.** All authors participated equally in the writing of this article.

**No conflicts of interest** have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

**Funding** - no funding was provided.

*Сведения об авторах*

**Набиев Алтай Нугманович** Директор Департамента Внутренней медицины КФ «УМС» Республиканский Диагностический центр 87019082725

**Картаева Тогжан Кабдуллаевна** заместитель Департамента Внутренней медицины КФ «УМС» Республиканский Диагностический центр 87756579922

**Дурманова Айгуль Калыбаевна** заведующая отделом общей терапии, дмн врач эндокринолог 87772637736

**Куаншалиева Ж.Е.** кмн врач нефролог 87019326437 ORCID 0000-0001-5461-5025

**Кузденбаева Р.С.** дмн профессор врач гематолог 87014331551

**Игликов А.А.** кмн врач терапевт 87773061148

**Джунусова М.Б.** врач нефролог 87782026212

**Нургалиева Д.Т.** кмн врач гематолог 87779703595

**Мамраева А.О.** кмн врач дерматовенеролог 87016156524

**Салыкбаева Ж.К.** врач эндокринолог 87012925033

**Тажигулова Ж.М.** врач эндокринолог 87016270526