

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ І ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ

ЛЕКТОР – КАРАВАНОВА МАРИНА МИКОЛАЇВНА

ВИЗНАЧЕННЯ



- СИНДРОМ ДИСПЕПСІЇ ВИЗНАЧАЄТЬСЯ ЯК ВІДЧУТТЯ БОЛЮ АБО ДИСКОМФОРТУ (ТЯЖКІСТЬ, ПЕРЕПОВНЕННЯ, РАННЄ НАСИЧЕННЯ), ЛОКАЛІЗОВАНЕ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ БЛИЖЧЕ ДО СЕРЕДИННОЇ ЛІНІЇ ПРИ ВІДСУТНОСТІ СИМПТОМІВ РЕФЛЮКСУ.

ПАЦІЄНТІВ, ЩО МАЮТЬ ДИСПЕПСИЧНІ СКАРГИ, РОЗПОДІЛЯЮТЬ НА ДВІ КАТЕГОРІЇ:

- 1. ХВОРІ З ПЕВНИМИ ОРГАНІЧНИМИ, СИСТЕМНИМИ АБО МЕТАБОЛІЧНИМИ ПРИЧИНАМИ, ЯКІ МОЖУТЬ ПОЯСНИТИ ПОЯВУ ЦИХ СИМПТОМІВ. ЯКЩО СТАН ХВОРОГО ПОЛІПШУЄТЬСЯ АБО ХВОРОБУ ВИЛІКУВАНО, СКАРГИ ТАКОЖ МАЮТЬ РЕДУКУВАТИ ЧИ ЗНИКАТИ (НАПРИКЛАД, ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА, ГЕРХ, ОНКОПАТОЛОГІЯ, УРАЖЕННЯ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ДІЛЯНКИ, ЕНДОКРИННІ РОЗЛАДИ АБО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ);
- 2. ПАЦІЄНТИ, ЩО НЕ МАЮТЬ ІДЕНТИФІКОВАНИХ ПРИЧИН, ЯКІ МОГЛИ Б ПОЯСНИТИ НАЯВНІСТЬ СКАРГ. В ДАНОМУ ВИПАДКУ МОВА ЙДЕ ПРО ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ.

- ПІД ПОНЯТТЯМ **ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ (ФД)** РОЗУМІЮТЬ НАЯВНІСТЬ СИМПТОМІВ, ЩО З'ЯВЛЯЮТЬСЯ У ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ БЕЗ БУДЬ-ЯКИХ ОРГАНІЧНИХ, СИСТЕМНИХ АБО МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ, ЯКІ МОГЛИ Б ПОЯСНИТИ ЦІ СКАРГИ.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

- ПОСТПРАНДІАЛЬНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ (ППДС)
- ЕПІГАСТРАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ (ЕБС)

- ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ Є ДІАГНОЗОМ ВИНЯТКУ.
- ІСНУЄ ПРАВИЛО, ЗГІДНО З ЯКИМ ДИСПЕПСІЯ ВВАЖАЄТЬСЯ ОРГАНІЧНОЮ ДОТИ, ПОКИ НЕ ДОВЕДЕНО ЗВОРОТНЄ.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

- СПАДКОВІ ФАКТОРИ
- ПОЛІМОРФІЗМ ДЕЯКИХ ГЕНІВ (ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА GN – B3
- АЛІМЕНТАРНІ ПОГРІШНОСТІ (НАЙГІРШЕ ТАКІ ПАЦІЄНТИ ПЕРЕНОСЯТЬ ЦИБУЛЮ, МАЙОНЕЗ, ГОРІХИ, ЦИТРУСОВІ, ШОКОЛАД, КАВУ, ГАЗОВАНІ НАПОЇ)
- КУРІННЯ
- АЛКОГОЛЬ
- ПРИЙОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
- ПЕРЕНЕСЕНА ХАРЧОВА ТОКСИКОІНФЕКЦІЯ (ПОСТІНФЕКЦІЙНА ФД)
- ПСИХОГЕННІ ФАКТОРИ (ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЮДИНИ, ЖИТТЄВІ СИТУАЦІЇ, ХРОНІЧНИЙ СТРЕС, ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ, ДЕПРЕСІЯ, ІПОХОНДРІЯ)
- РОЛЬ ІНФЕКЦІЇ НР ЗАЛИШАЄТЬСЯ СПІРНОЮ

- ОДНІЄЮ З ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ФД НА СЬОГОДНІ ВВАЖАЮТЬ ПОРУШЕННЯ МОТОРИКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ДПК):
 1. УПОВІЛЬНЕННЯ ЕВАКУТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА
 2. ЗНИЖЕННЯ АМПЛІТУДИ ТА ЧАСТОТИ ПЕРИСТАЛЬТИКИ АНТРАЛЬНОГО ВІДДІЛУ, ПОРУШЕННЯ АНТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КООРДИНАЦІЇ, ЩО МОЖЕ СПРИЯТИ ПОЯВІ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ
 3. РОЗЛАДИ РЕЦЕПТИВНОЇ ТА АДАПТИВНОЇ РЕЛАКСАЦІЇ
 4. ПОРУШЕННЯ ЦИКЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ШЛУНКА В МІЖТРАВНОМУ ПЕРІОДІ – ШЛУНКОВА АРТІМІЯ, ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС.

КЛІНІКА

- ХВОРІ НА ФД МАЮТЬ ОДНУ АБО КІЛЬКА СПЕЦИФІЧНИХ СКАРГ:
 1. **ПОСТПРАНДІАЛЬНЕ ПЕРЕПОВНЕННЯ** – НЕПРИЄМНЕ ВІДЧУТТЯ ТРИВАЛОГО ПЕРЕБУВАННЯ ЇЖІ В ШЛУНКУ.
 2. **РАННЄ НАСИЧЕННЯ** – ВІДЧУТТЯ ПЕРЕПОВНЕННЯ ШЛУНКА БЕЗПОСЕРЕДНЬО ПІСЛЯ ЇДИ НЕЗАЛЕЖНО ВІД КІЛЬКОСТІ З'ІДЕНОГО.
 3. **БІЛЬ В ЕПІГАСТРІЇ** – СУБ'ЄКТИВНЕ НЕПРИЄМНЕ ВІДЧУТТЯ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ.
 4. **ПЕЧІННЯ В ЕПІГАСТРІЇ** – НЕПРИЄМНЕ СУБ'ЄКТИВНЕ ВІДЧУТТЯ ЖАРУ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

1. ПОВИННІ БУТИ НАЯВНІ ОДИН АБО БІЛЬШЕ З НАВЕДЕНИХ НИЖЧЕ КРИТЕРІЇВ

- ДОКУЧЛИВЕ ПОСТПРАНДІАЛЬНЕ ПЕРЕПОВНЕННЯ
- ДОКУЧЛИВЕ РАННЄ НАСИЧЕННЯ
- ДОКУЧЛИВИЙ ЕПІГАСТРАЛЬНИЙ БІЛЬ
- ДОКУЧЛИВЕ ЕПІГАСТРАЛЬНЕ ПЕЧІННЯ

2. ВІДСУТНІСТЬ ОЗНАК СТРУКТУРНИХ (ОРГАНІЧНИХ) ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ Б МОГЛИ ПОЯСНИТИ ІСНУЮЧІ СИМПТОМИ.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ППДС

- ПОВИННІ ВКЛЮЧАТИ 1 АБО ОБИДВА З НАВЕДЕНИХ НИЖЧЕ КРИТЕРІЇВ, ПРИСТУНІХ ПРИНАЙМНІ 3 ДНІ НА ТИЖДЕНЬ:
 - 1) ДОКУЧЛИВЕ ПОСТПРАНДІАЛЬНЕ ПЕРЕПОВНЕННЯ (ТОБТО, ДОСИТЬ СЕРЙОЗНЕ, ЩОБ ВПЛИНУТИ НА ПОВСЯКДЕННУ ДІЯЛЬНІСТЬ);
 - 2) ДОКУЧЛИВЕ РАННЄ НАСИЧЕННЯ (ТОБТО, ДОСИТЬ СЕРЙОЗНЕ, ЩО ЗАВАЖАЄ ЗАКІНЧЕННЮ РЕГУЛЯРНОМУ ПРИЙОМУ ЇЖІ).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ЕБС

- ПОВИННІ ВКЛЮЧАТИ ПРИНАЙМНІ 1 З НАВЕДЕНИХ НИЖЧЕ КРИТЕРІЇВ, ПРИСУТНІЙ ОДИН ДЕНЬ НА ТИЖДЕНЬ:
 - 1) ДОКУЧЛИВИЙ ЕПІГАСТРАЛЬНИЙ БІЛЬ (ТОБТО, ДОСИТЬ СЕРЙОЗНИЙ, ЩОБ ВПЛИНУТИ НА ПОВСЯКДЕННУ ДІЯЛЬНІСТЬ);ТА/АБО
 - 2) ДОКУЧЛИВЕ ЕПІГАСТРАЛЬНЕ ПЕЧІННЯ (ТОБТО, ДОСИТЬ СЕРЙОЗНЕ, ЩОБ ВПЛИНУТИ НА ПОВСЯКДЕННУ ДІЯЛЬНІСТЬ).

- ПЕРВИННИЙ ДІАГНОЗ, ЯКИЙ ВСТАНОВЛЮЄТЬСЯ ЗА НАЯВНОСТІ У ПАЦІЄНТА СИМПТОМІВ ДИСПЕПСІЇ – НЕДОСЛІДЖЕНА ДИСПЕПСІЯ.
- ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ПРОПОНУЄ ШЕСТИКРОКОВУ СТРАТЕГІЮ ДІЙ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКЩО ДИСПЕПСІЮ ДІАГНОСТОВАНО ВПЕРШЕ:
 1. ВПЕВНИТИСЬ У ТОМУ, ЩО КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ, ЯКІ НАЯВНІ У ПАЦІЄНТА, ВІДПОВІДАЮТЬ СКАРГАМ, ХАРАКТЕРНИМ ДЛЯ УРАЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ.
 2. ВИКЛЮЧИТИ СИМПТОМИ ТРИВОГИ (НАПРИКЛАД НЕЗРОЗУМІЛЕ СХУДНЕННЯ, ПОВТОРНЕ БЛЮВАННЯ, ПРОГРЕСУЮЧА ДИСФАГІЯ, ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА КРОВОТЕЧА).
 3. ВИКЛЮЧИТИ ПРИЙОМ АСПІРИНУ ТА ІНШИХ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ (НПЗП).

- 4. ЗА НАЯВНОСТІ ТИПОВИХ СИМПТОМІВ РЕФЛЮКСУ, МОЖЕ БУТИ ВСТАНОВЛЕНИЙ ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ ГЕРХ. ЛІКАР МОЖЕ ЕМПІРИЧНО ПРИЗНАЧИТИ ІНГІБІТОР ПРОТОННОЇ ПОМПИ (ІПП) ПАЦІЄНТУ, ЯКИЙ СКАРЖИТЬСЯ НА ПЕЧІЮ, АЛЕ ПРИ ЦЬОМУ ВЗЯТИ ДО УВАГИ, ЩО ЦІ ЛІКИ МОЖУТЬ БУТИ МЕНШ ЕФЕКТИВНІ ПРИ ФД БЕЗ ПЕЧІЇ.
- 5. НЕВІДКЛАДНА ЕНДОСКОПІЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПАЦІЄНТАМ ІЗ СИМПТОМАМИ «ЧЕРВОНИХ ПРАПОРЦІВ», А ТАКОЖ ХВОРИМ СТАРШЕ ПЕВНОГО ВІКУ (ВІК ВИЗНАЧАЄТЬСЯ КОЖНОЮ КРАЇНОЮ, ВИХОДЯЧИ З РИЗИКУ РОСПОВСЮДЖЕННЯ РАКУ ШЛУНКА; В УКРАЇНІ – ЧОЛОВІКИ СТАРШЕ 35 РОКІВ, ЖІНКИ – СТАРШЕ 45 РОКІВ).

ДІАГНОСТИКА

- В ПЕРШУ ЧЕРГУ ПЕРЕДБАЧАЄ ВИКЛЮЧЕННЯ ОРГАНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, НАЙЧАСТІШЕ – ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА, ГЕРХ, РАК ШЛУНКА, ЖКХ, ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ,
- КРІМ ТОГО, СИМПТОМИ ДИСПЕПСІЇ МОЖУТЬ БУТИ ВИКЛИКАНІ ЕНДОКРИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ (ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ), СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ, ВАГІТНІСТЬ.

СИМПТОМИ ТРИВОГИ

- АБО «ЧЕРВОНИХ ПРАПОРЦІВ»
- Виявлення яких виключає діагноз ФД й вимагає проведення ретельного діагностичного пошуку з метою виявлення більш серйозного органічного захворювання

- ЛИХОМАНКА
- ПРОГРЕСУЮЧА ДИСФАГІЯ
- ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА КРОВОТЕЧА
- НЕМОТИВОВАНЕ СХУДНЕННЯ
- АНЕМІЯ
- ЛЕЙКОЦИТОЗ
- ПРИСКОРЕННЯ ШОЕ
- СИМПТОМИ ДИСПЕПСІЇ, ЩО ВПЕРШЕ ВИНИКЛИ У ВІЦІ СТАРШЕ 45 РОКІВ

- АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ (ТРИВАЛІСТЬ ІСНУВАННЯ СИМПТОМІВ);
- ФІЗИКАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ – БЕЗ БУДЬ-ЯКИХ ВІДХИЛЕНЬ ВІД НОРМИ;
- ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВИННІ ВКЛЮЧАТИ КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ ТА АНАЛІЗ КАЛУ НА ПРИХОВАНУ КРОВ;
- ВИЗНАЧЕННЯ ІНФЕКЦІЇ НР;
- ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ЕЗОФАГОДУОДЕНОСКОПІЯ;
- УЗД ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, ІНТРАГАСТРАЛЬНА РН – МЕТРІЯ, РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА ТА ДПК, КТ – ЗА НЕОБХІДНІСТЮ;
- У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРИВАЛОЮ ТА СТІЙКОЮ СИМПТОМАТИКОЮ НЕОБХІДНО ВИКЛЮЧИТИ ДЕПРЕСІЮ, А ТАКОЖ ХАРЧОВУ НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ.

ЛІКУВАННЯ

- ПОВИННО БУТИ КОМПЛЕКСНИМ
- НОРМАЛІЗАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ
- ДІЄТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
- МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ
- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

НОРМАЛІЗАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ

- ВІДМОВА ВІД ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК
- УСУНЕННЯ ТА УНИКНЕННЯ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ (НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ, НЕРВОВИХ ПЕРЕНАВАНТАЖЕНЬ, ФІЗИЧНОЇ ПЕРЕНАПРУГИ).

ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ

- ЇЖУ ВЖИВАТИ НЕВЕЛИКИМИ ПОРЦІЯМИ
- 4-6 РАЗІВ НА ДОБУ
- З МЕХАНІЧНИМ ТА ХІМІЧНИМ ЩАДІННЯМ

- ЗА УМОВ ПРИЙОМУ ПАЦІЄНТОМ НПЗП АБО НИЗЬКИХ ДОЗ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ, ЯКУ МОЖУТЬ ВИКЛИКАТИ ПОЯВУ СИМПТОМІВ ДИСПЕПСІЇ БАЖАНО ПРИПИНИТИ ЇХ ПРИЙОМ.
- В РАЗІ ПОЗИТИВНОГО ТЕСТУ НА НАЯВНІСТЬ ІНФЕКЦІЇ НР, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕННЯ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ОДНІЄЇ ІЗ СХЕМ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ЗГІДНО З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ **МАСТРИХТ IV (2010 Р).**

- ЯКЩО У ПАЦІЄНТІВ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ СТІЙКИЙ ЕФЕКТ ВІД УСПІШНОГО ПРОВЕДЕННЯ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТЯГОМ 6-12 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ЕРАДИКАЦІЇ, ТАКИХ ХВОРИХ МОЖНО ВІДНЕСТИ ДО ГРУПИ «НР-АСОЦІЙОВАНОЇ ДИСПЕПСІЇ».
- ЯКЩО ПІСЛЯ УСПІШНОЇ ЕРАДИКАЦІЇ ПРОТЯГОМ 6-12 МІСЯЦІВ ПОЛІПШЕННЯ НЕМАЄ – РОЗЦІНЮЄМО ЯК ФД І ЛІКУЄМО ВІДПОВІДНИМ ЧИНОМ ВИКОРИСТОВУВА ІПП, ПРОКИНЕТИКИ ТА ДІЄТОТЕРАПІЮ (КІОТСЬКИЙ КОНСЕНСУС, 2014).

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

- ПРИЗНАЧАЮТЬ З УРАХУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТА ФД
- ХВОРІ З ФД МАЮТЬ ВИСОКУ ПЛАЦЕБО-ВІДПОВІДЬ – ВІД 17 ДО 73 %.
- БЛОКАТОРИ H₂ – РЕЦЕПТОРІВ ГІСТАМІНУ ЗА СВОЄЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ ПЕРЕВИЩУЮТЬ ПЛАЦЕБО (ПРИБЛИЗНО НА 20 %).
- ЗНАЧНО ВИЩА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІПП (У 30-55 % ВИПАДКІВ).

ІПП

- ІПП Є ПРЕПАРАТАМИ ВИБОРУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕБС ЗА ВІДСУТНОСТІ НР.
- ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ 4 ТИЖНІ.

ІПП

Діюча речовина	Стандартна доза, мг/добу	Подвійна доза, мг/добу
Омепразол	20	40 мг/добу
Лансопразол	30	30 мг двічі на добу
Пантопразол	40	40 мг двічі на добу
Рабепразол	20	20 мг двічі на добу
Езомепразол	20	40 мг/добу
Декслансопразол	60	-

БЛОКАТОРИ H₂-РЕЦЕПТОРІВ ГІСТАМІНУ

- РАНІТИДИН 150 МГ 2 РАЗИ НА ДОБУ АБО 300 МГ ОДИН РАЗ НА ДОБУ
- ФАМОТИДИН ПО 20 МГ 2 РАЗИ НА ДОБУ АБО 40 МГ ОДИН РАЗ НА ДОБУ
- ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ СТАНОВИТЬ 4 ТИЖНІ.
- ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ H₂-БЛОКАТОРІВ НЕОБХІДНО ПАМ'ЯТАТИ ПРО НАЯВНІСТЬ «СИНДРОМУ РИКОШЕТУ» ТА ВІДМІНЯТИ ЇХ ПОСТУПОВО.

ПРОКІНЕТИКИ

- ПІДСИЛЮЮТЬ МОТОРИКУ ТА СПОРОЖНЕННЯ ШЛУНКА
- ДОМПЕРІДОН 10 МГ 3-4 РАЗИ НА ДОБУ
- ІТОПРИД 50 МГ 3 РАЗИ НА ДОБУ
- ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ ВІД 4 ДО 8 ТИЖНІВ

- ДО ПРЕПАРАТІВ ДРУГОЇ ЛІНІЇ НАЛЕЖАТЬ АНКСИОЛІТИКИ ТА АНТИДЕПРЕСАНТИ.
- ЗА ВІДСУТНОСТІ ЕФЕКТУ ВІД ПРЕПАРАТІВ ДРУГОЇ ЛІНІЇ НЕОБХІДНО НАПРАВИТИ ПАЦІЄНТА НА КОНСУЛЬТАЦІЮ ДО ПСИХОТЕРАПЕВТА АБО ПСИХІАТРА.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ