



Кому назначить двойную антиромботическую терапию АСК+ривароксабан 2,5 мг 2 р.д в реальной клинической практике.





В исследование COMPASS включались пациенты с высоким риском (критерии ИБС)

Определение ИБС

- ❖ **Предшествующий ИМ** (давностью не менее 12 мес)
или
- ❖ **Многососудистое поражение коронарных артерий** с симптомами или наличием в анамнезе стабильной или нестабильной стенокардии

Многососудистое поражение коронарного русла определялось как стеноз по крайней мере двух коронарных артерий диаметром не менее 50%, подтверждённый на коронарной ангиографии, неинвазивной визуализационной оценке или по результатам стресс-тестов, позволяющих предполагать выраженную ишемию в не менее чем двух коронарных бассейнах или в 1 коронарном бассейне, если, по крайней мере, еще один бассейн был реваскуляризирован.

или

- ❖ **Многососудистое ЧКВ**
или
- ❖ **Многососудистое коронарное шунтирование**



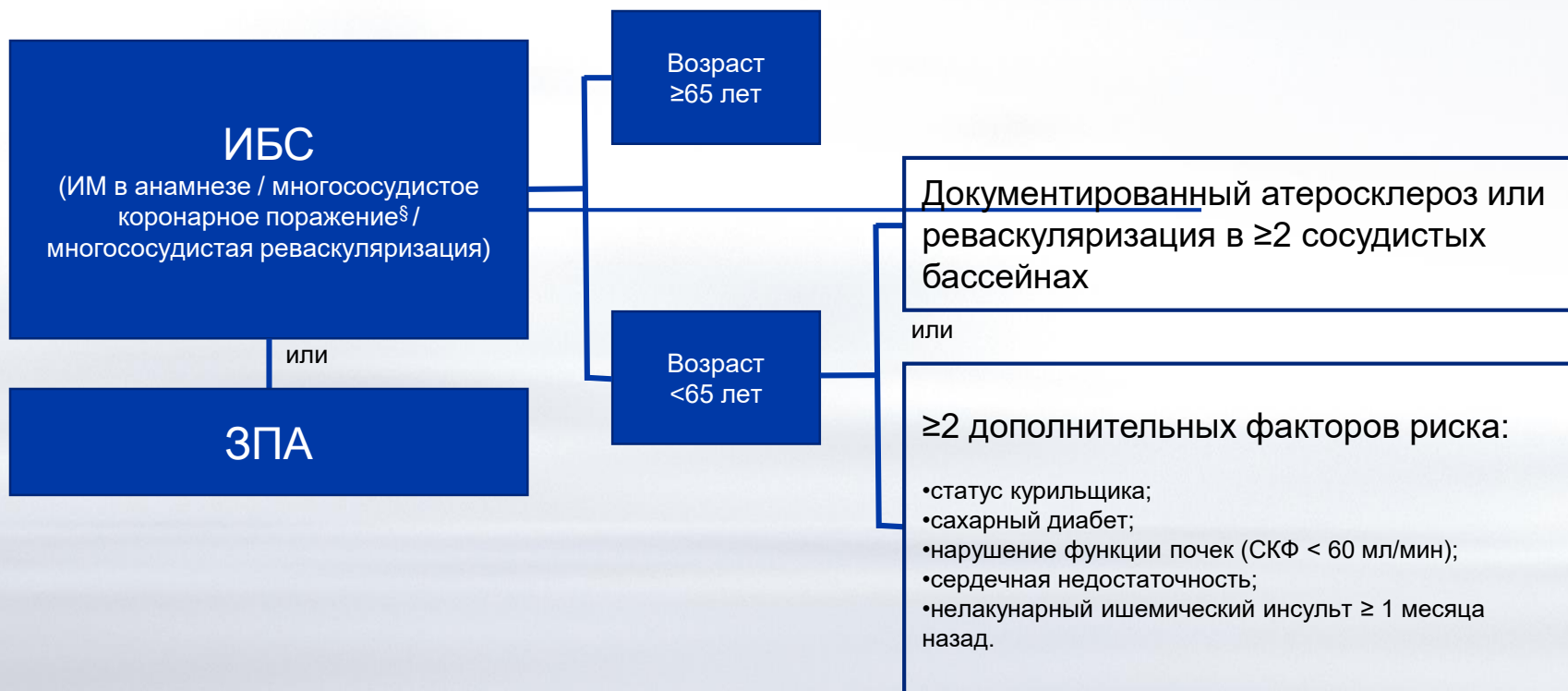
В исследование COMPASS включались пациенты с высоким риском

Определение ЗПА

- ◆ Перенесенное аорто-бедренное шунтирование, шунтирование артерий конечностей или чрескожная ангиопластика с реваскуляризацией подвздошной артерии или артерии паховой области
или
- ◆ Перенесенная ампутация конечности или стопы в связи с заболеванием артерий (не травматическая)
или
- ◆ Наличие в анамнезе перемежающей хромоты в сочетании с одним или более из следующих параметров :
 - ЛПИ < 0,9
 - значимый стеноз периферических артерий ($\geq 50\%$), подтвержденный ангиографией или дуплексным УЗ исследованием*или*
- ◆ Перенесенная реваскуляризация сонной артерии или бессимптомный (т.е без инсульта или ТИА в течение 6 месяцев)стеноз сонной артерии $\geq 50\%$ по результатам ангиографии либо дуплексного УЗ сканирования.



Показания к терапии ривароксабаном 2,5 мг 2 р.д в добавление к АСК соответствуют критериям включения в исследование COMPASS



§ Стеноз ≥50% в двух или более коронарных артериях, подтвержденный при инвазивной коронароангиографии или неинвазивных лучевых исследованиях или нагрузочных тестах (например, с физической или фармакологической нагрузкой), указывающих на значительную ишемию в двух или более коронарных бассейнах, или в 1 коронарном бассейне, если, по крайней мере, еще один бассейн был реваскуляризован.



Двойная антитромботическая терапия рекомендована пациентам с ХКС и высоким риском ишемических событий

Рекомендации	Класс*	Уровень Б ^z
Антитромботическая терапия у пациентов с ХКС и синусовым ритмом		
Добавление второго антитромботического препарата к АСК для длительной вторичной профилактики следует рассмотреть пациентам с высоким риском ишемических событий ^а и без высокого геморрагического риска ^б	Ia	A
Добавление второго антитромботического препарата к АСК для длительной вторичной профилактики может быть рассмотрено пациентам с умеренным риском ишемических событий ^в и без высокого геморрагического риска ^б	Ib	A

^а Распространённая (diffuse) многососудистая ИБС в сочетании с: СД, требующим медикаментозной терапии, рецидивом ИМ, ЗПА или ХБП с СКФ 15-59 мл/мин/1,73 м²

^б Предшествующее внутримозговое кровоизлияние или ишемический инсульт, другая патология в полости черепа в анамнезе, недавнее ЖКК или анемия на фоне возможного ЖКК, другая патология ЖКТ с повышенным геморрагическим риском, печеночная недостаточность, геморрагический диатез или коагулопатия, экстремально пожилой возраст, ХБП, требующая проведение диализной терапии или СКФ <15 мл/мин/1,73 м²

^в Как минимум одно из перечисленного: распространённая (diffuse)/многососудистая ИБС или СД, требующий медикаментозной терапии, или рецидив ИМ, или ЗПА, или ХСН, или ХБП с СКФ 15-59 мл/мин/1,73 м²

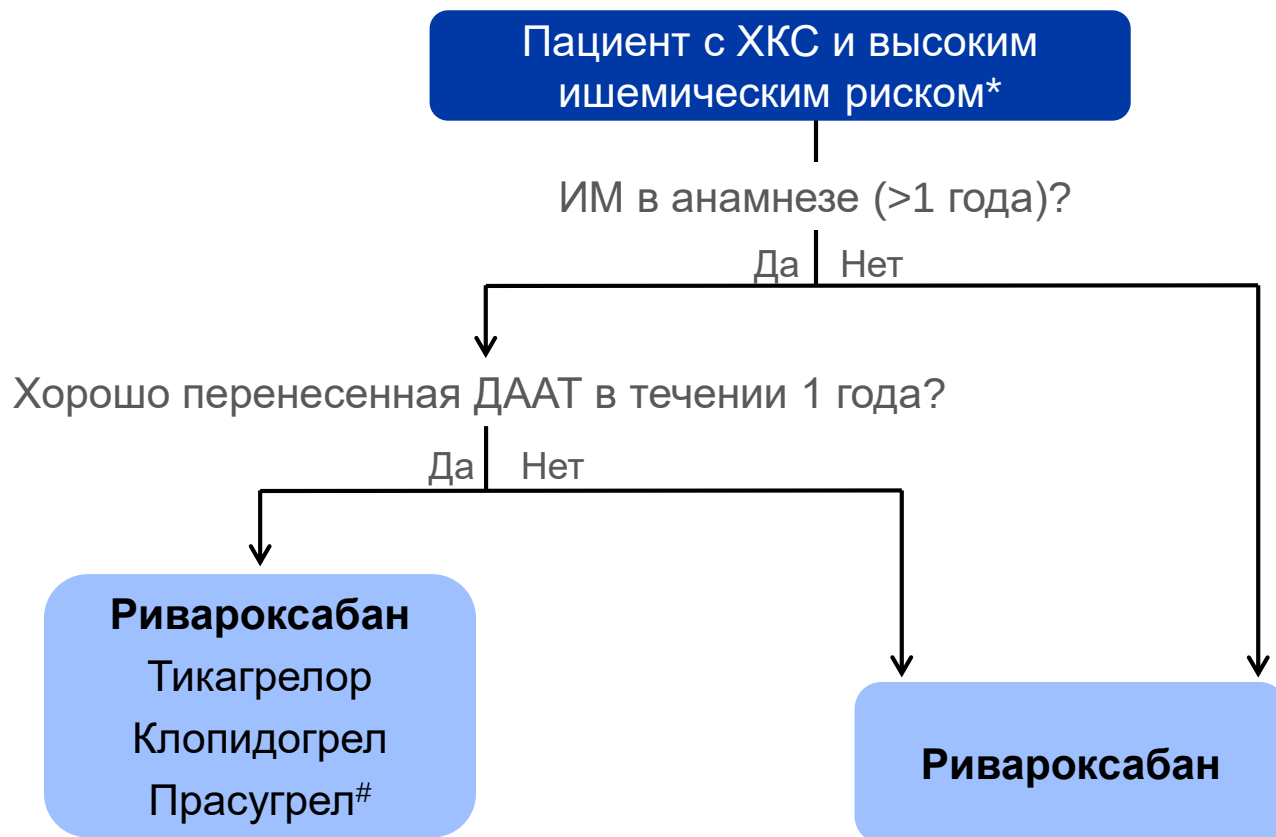
Возможности использования двойной анти тромботической терапии

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

Препарат	Доза	Возможность применения	Ограничения
Клопидогрел	75 мг 1 р/сутки	Пациентам после ИМ, которые хорошо переносили ДААТ в течение года	
Прасугрел	10 мг 1 р/сутки или 5 мг 1 р/сутки , если вес тела <60 кг или возраст >75 лет	Пациентам после ЧКВ по поводу ИМ, которые хорошо переносили ДААТ в течение года	Возраст >75 лет
Ривароксабан	2,5 мг 2 р/день	Давность ИМ > 1 года или при многососудистой ИБС	Клиренс креатинина 15- 29 мл/мин
Тикагрелор	60 мг 2 р/сутки	Пациентам после ИМ, которые хорошо переносили ДААТ в течение года	

Для пациентов, имеющих высокий или умеренный риск ишемических событий и не имеющих высокого риска кровотечения, может быть использован подход двойной анти тромботической терапии в сочетании с АСК 75-100 мг в день.

Алгоритм выбора препарата для двойной антитромботической терапии в дополнение к АСК 75–100 мг 1 р/д



*Распространённая многососудистая ИБС в сочетании с: СД, требующим медикаментозной терапии, рецидивом ИМ, ЗПА или ХБП с СКФ 15-59 мл/мин/1,73 м²

; [#]Прасугрел рассматривается для пациентов после ЧКВ по поводу ИМ

Knuuti J et al, *Eur Heart J* 2019; doi: 10.1093/eurheartj/ehz42

Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

◆ Кардиологи выделяют:

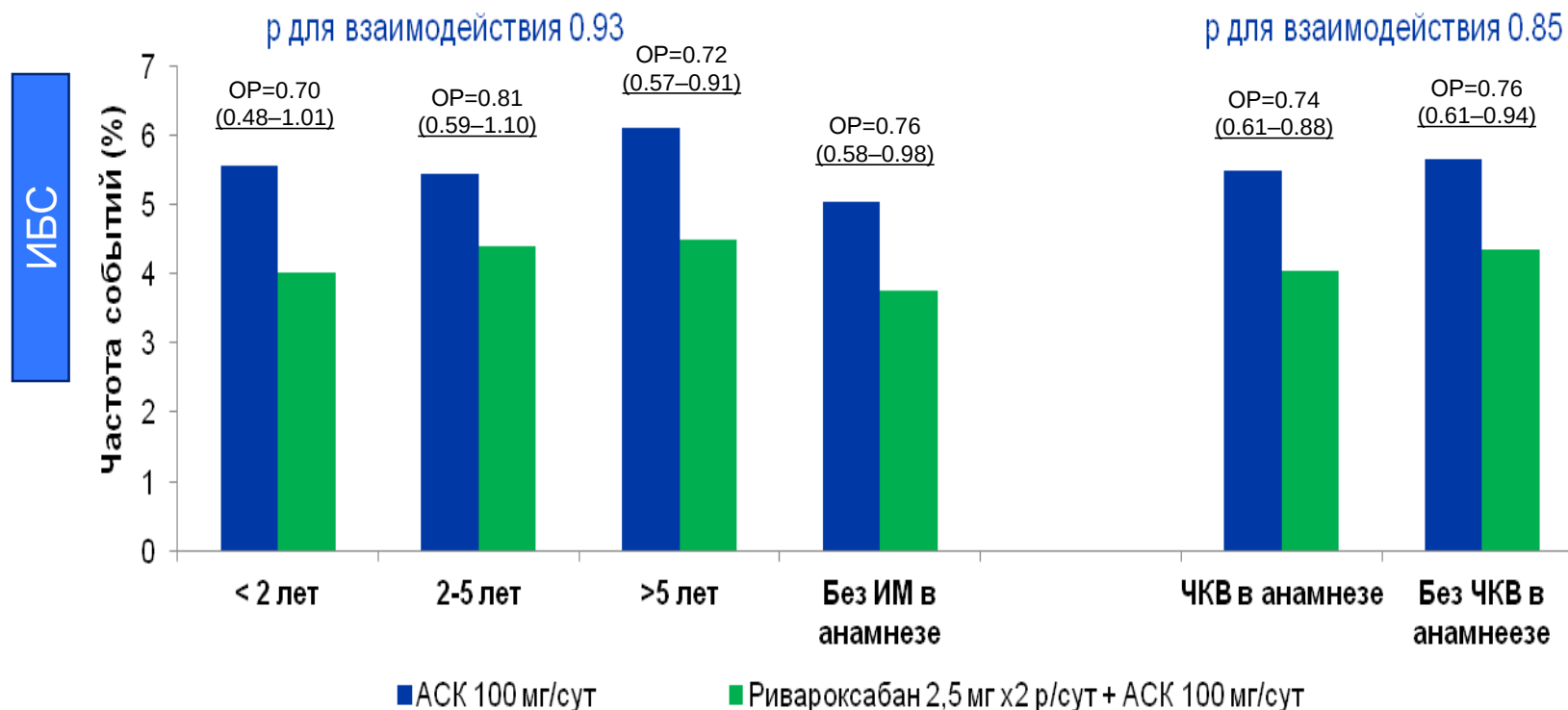
1) Пациент с хронической ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе.

Добавление ривароксабана к АСК способствовало снижению риска значимых СС событий[#] на любой стадии ИБС

Ксарелто® 2,5 мг 2 р/д + АСК vs АСК

Частота ишемических событий в зависимости от наличия и давности ИМ (n= 16574)

Частота ишемических событий в зависимости от наличия ЧКВ в анамнезе (n= 16574)



СС – сердечно-сосудистая

* Снижение относительного риска

[#] Значимые СС события: СС смерть, инсульт, ИМ; наиболее тяжелые кровотечения: кровотечение со смертельным исходом, внутричерепные кровотечения или кровоизлияния в критический орган

Адаптировано из Connolly SJ et al. Lancet 2017; doi:10.1016/S0140-6736(17)32458-3.

ПРОФИЛАКТИКА
СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

◆ Кардиологи выделяют:

1) Пациент с хронической ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе.

2) Пациент с хронической ИБС и мультифокальным атеросклерозом.



Добавление ривароксабана к АСК снижало риск СС событий у пациентов с мультифокальным атеросклерозом



NNT= 35

ИМ/инсульт/СС смерть

Общая смертность

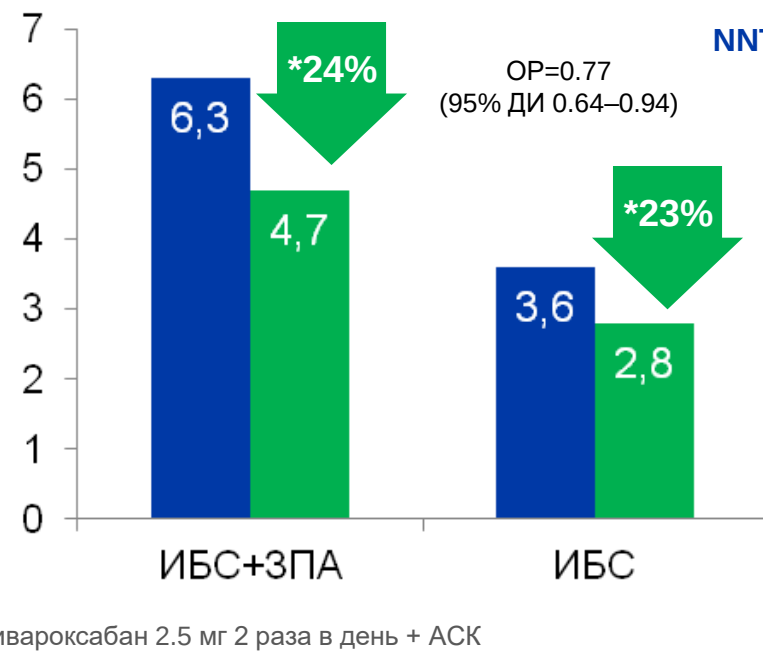
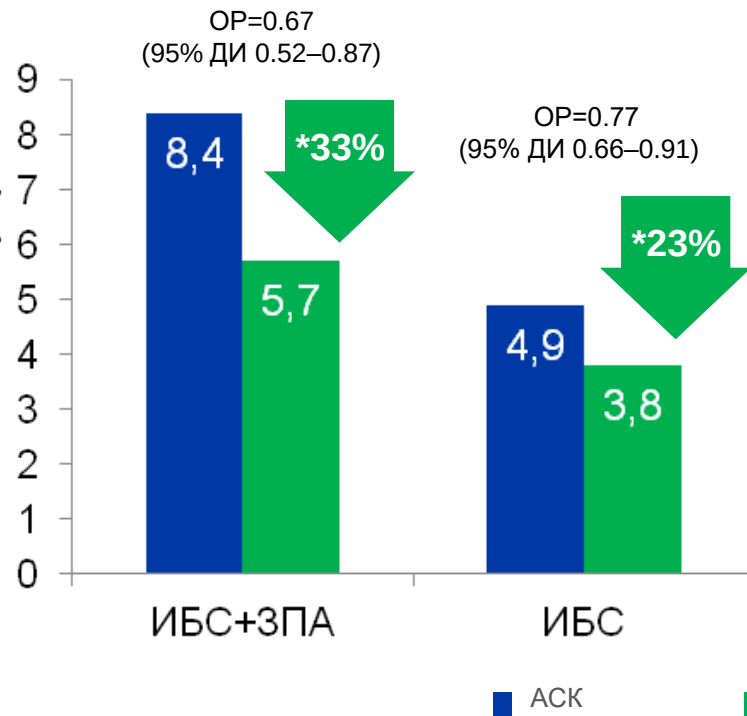


ИБС



ЗПА

Частота (%)



СС- сердечно-сосудистый; ЗПА - заболевание периферических артерий, ИБС – ишемическая болезнь сердца, АСК – ацетилсалициловая кислота

NNT- Количество пролеченных в течении 23 месяцев пациентов для предотвращения одного события (ИМ, инсульт, СС смерть)

* Снижение относительного риска

1. Connolly SJ et al, Lancet 2018;391:205–218;

2. European Medicines Agency (EMA). Xarelto EPAR Assessment Report. EMA/556022/2018. 26 July 2018

Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

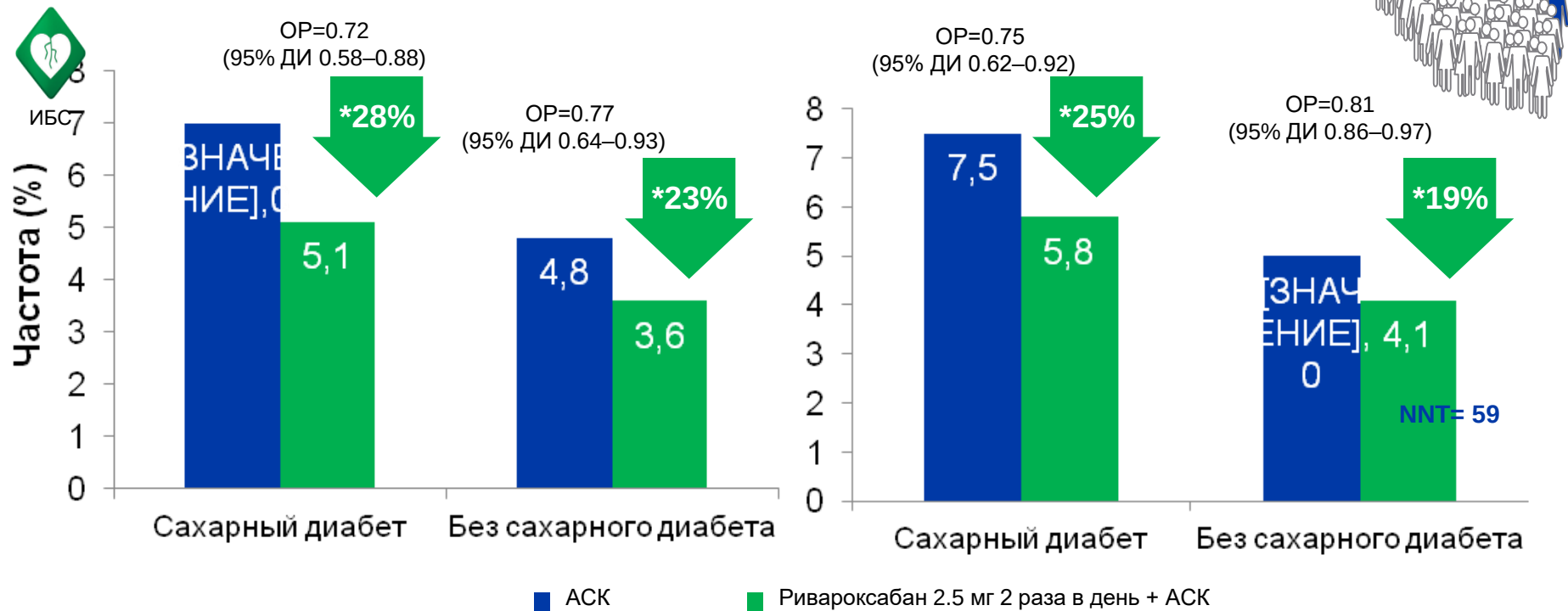
◆ Кардиологи выделяют:

- 1) Пациент с хронической ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе.
- 2) Пациент с хронической ИБС и мультифокальным атеросклерозом.
- 3) Пациент с хронической ИБС и сахарным диабетом

Добавление ривароксабана к АСК снижало риск СС событий у пациентов с ИБС и сахарным диабетом

ИМ/инсульт/СС смерть

Суммарный риск: наиболее тяжелые кровотечения + значимые СС события[#]



ИБС – ишемическая болезнь сердца, АСК – ацетилсалициловая кислота БК – большое кровотечение

NNT- Количество пролеченных в течении 23 месяцев пациентов для предотвращения одного события (ИМ, инсульт, СС смерть)

* Снижение относительного риска; # Значимые СС события: СС смерть, инсульт, ИМ; наиболее тяжелые кровотечения: кровотечение со смертельным исходом, внутричерепные кровотечения или кровоизлияния в критический орган

Connolly SJ et al, Lancet 2018;391:205–218



European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2019) 00, 1–69
doi:10.1093/eurheartj/ehz486

ESC GUIDELINES



2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD

342. COMPASS
Investigators.

Rivaroxaban with or
without aspirin in stable
cardiovascular disease.

N Engl J Med

2017;377:1319-1330

Продление ДААТ спустя 12 месяцев
следует рассмотреть до 3 лет для
пациентов с СД, которые хорошо переносят
ДААТ без больших геморрагических
осложнений

Ila

A

Добавление второго антитромботического
препарата к аспирину для длительной
профилактики следует рассмотреть
пациентам без высокого геморрагического
риска 341,342,354356

Ila

B

Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

Сосудистые хирурги выделяют:

- ◆ Пациент с ЗПА и мультифокальным атеросклерозом.



Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

Сосудистые хирурги выделяют:

- ◆ Пациент с ЗПА и мультифокальным атеросклерозом.
- ◆ Пациент с ЗПА и реваскуляризацией в анамнезе.

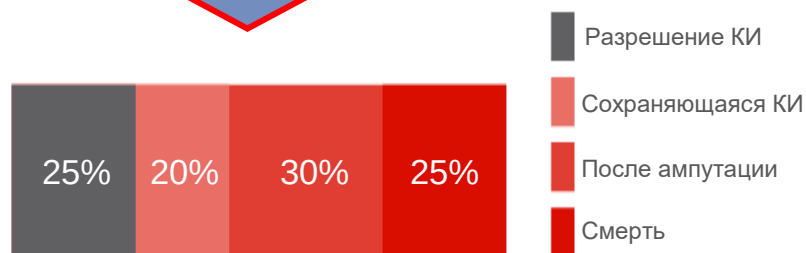
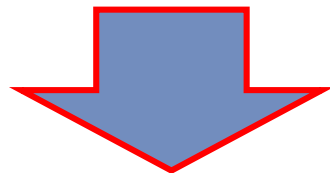
Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

Сосудистые хирурги выделяют:

- ◆ Пациент с ЗПА и мультифокальным атеросклерозом.
- ◆ Пациент с ЗПА и реваскуляризацией в анамнезе.
- ◆ Пациент с ЗПА и прогрессирующей хронической артериальной недостаточностью.

Пациенты с критической ишемией подвержены высокому риску СС осложнений, плохо контролирующихся существующими подходами

Первичное лечение пациентов с критической ишемией (КИ) конечности



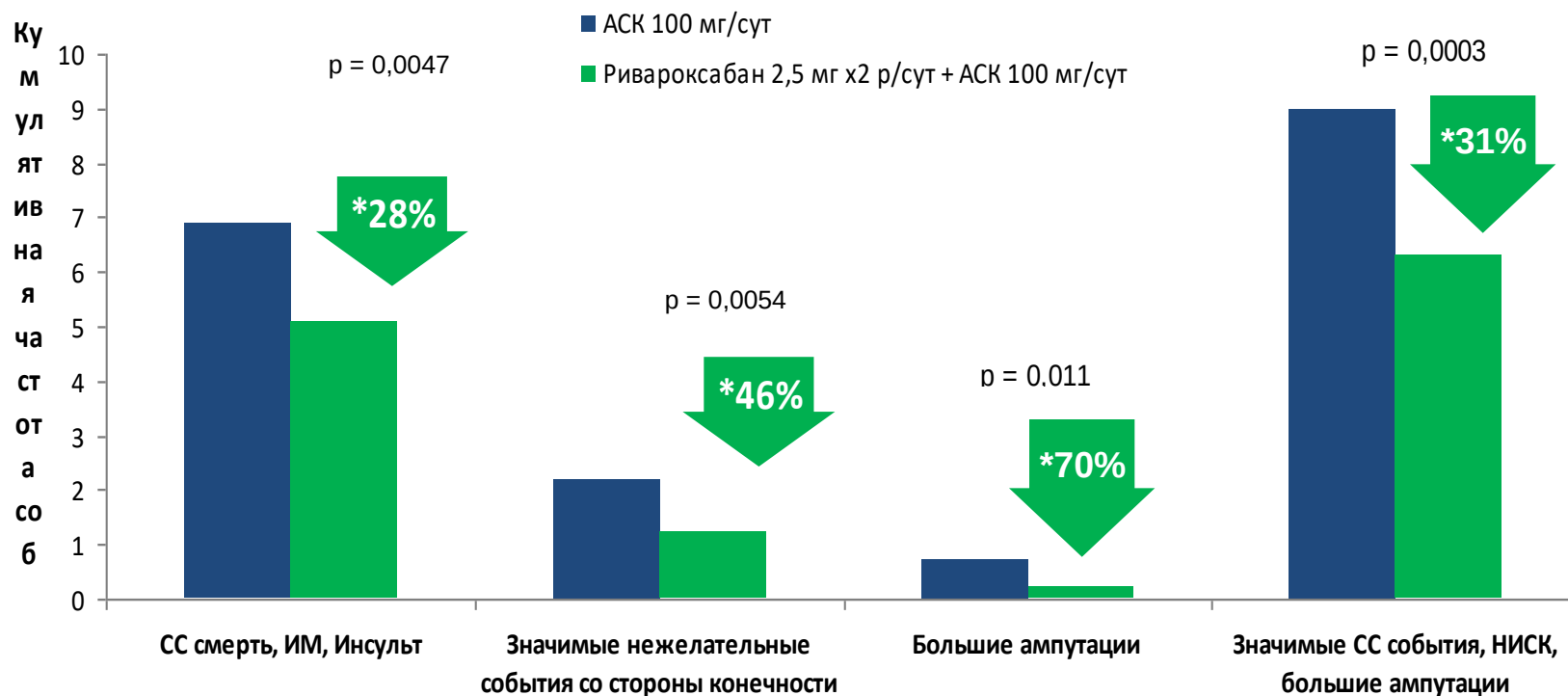
Спустя 1 год

Несмотря на оперативное и медикаментозное лечение

- У 3 из 4 пациентов с ЗПА системный атеросклероз будет прогрессировать, что может грозить потерей трудоспособности или смертью в течение 15 лет
- **До 25% пациентов умрут в течение года от развития критической ишемии**

У пациентов с ЗПА добавление ривароксабана к АСК способствовало снижению риска больших ампутаций

Частота ишемических событий у пациентов в подгруппе ЗПА



СС – сердечно-сосудистая
* Снижение относительного риска

НИСК значимые нежелательные явления со стороны конечности (острая ишемия, прогрессирование хронической)
Значимые сердечно-сосудистые события: инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-сосудистая смерть

Адаптировано из Anand SS et al. *Lancet* 2017;doi:10.1016/S0140-6736(17)32409-1

Комбинированная терапия ривароксабаном 2,5мг 2 р/сут + АСК включена в современные рекомендации

Возможность добавления ривароксабана 2,5 мг 2 р/сут к АСК отражена как в национальных рекомендациях по ведению пациентов с ЗПА, так и в европейских рекомендациях по лечению ишемии, угрожающей конечности

Рекомендации	Класс*	Уровень ^в
<i>Национальные рекомендации по диагностике и лечению ЗАНК 2019</i>		
Добавление ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки к АСК может быть рекомендовано у больных с ЗПА с низким риском кровотечения	IIa	A
<i>Рекомендации ESVS 2019</i>		
Рассмотреть назначение низкой дозы АСК в сочетании с ривароксабаном 2,5 мг 2 р/сут для снижения неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и ишемических событий со стороны конечности (НИСК) пациентам с ишемией, угрожающей конечности	II	B

*Класс рекомендаций; ^вУровень доказательств;

АСК – ацетилсалициловая кислота; ДААТ – двойная антиагрегантная терапия; ЗПА – заболевание периферических артерий;

Кому стоит рассмотреть данную схему терапии в первую очередь?

Сосудистые хирурги выделяют:

- ◆ Пациент с ЗПА и мультифокальным атеросклерозом.
- ◆ Пациент с ЗПА и реваскуляризацией в анамнезе.
- ◆ Пациент с ЗПА и прогрессирующей хронической артериальной недостаточностью.
- ◆ Пациент с ЗПА и сахарным диабетом

Диагностика ЗПА у пациентов с СД

Рекомендации	Класс*	Уровень [§]
Поражение сонных артерий		
Пациентам с СД и поражением сонных артерий рекомендовано использовать такие же подходы к диагностике и лечению (консервативное, хирургическое или эндоваскулярное), какие используются у пациентов без СД	I	C
Заболевание артерий нижних конечностей - диагностика		
Ежегодный скрининг ЗПА нижних конечностей с клинической оценкой и измерением ЛПИ	I	C
Рекомендовано обучать пациентов с СД уходу за стопами, особенно в случае наличия ЗПА, даже в отсутствии симптомов. Раннее выявление трофических нарушений и обращение к мультидисциплинарной команде обязательно для улучшения прогноза сохранения конечности	I	C
Снижение ЛПИ <0.90 является диагностическим критерием ЗПА, вне зависимости от наличия симптомов. При наличии симптомов показано дальнейшее обследование, включая дуплексное ангиосканирование	I	C
В случае увеличения показателя ЛПИ выше 1.40 показано проведение других не инвазивных диагностических исследований, включая измерение пальце-плечевого индекса или УЗДС	I	C
Проведение УЗДС показано как метод визуализации первой линии для оценки анатомии и гемодинамического статуса поражения артерий нижних конечностей	I	C
КТ или МРТ ангиография показана при наличии показаний к реваскуляризации	I	C

*Класс рекомендаций; [§]Уровень доказательств

УЗДС – ультразвуковое дуплексное ангиосканирование

Ривароксабан + АСК рекомендован пациентам с СД и симптомным ЗПА нижних конечностей



2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD

Рекомендации	Класс*	Уровень Б ^н
Пациентам с СД и симптомным течением ЗПА нижних конечностей рекомендована антитромбоцитарная терапия	I	A
Поскольку пациенты с СД и ЗПА нижних конечностей имеют очень высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендован целевой уровень ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл) или снижение ХС ЛПНП хотя бы на 50%.	I	B
Пациентам с СД и ишемией, угрожающей конечности, следует рассмотреть оптимальный контроль гликемии для улучшения исходов со стороны конечности	Ila	C
Пациентам с СД и симптомным ЗПА нижних конечностей без высокого геморрагического риска следует рассмотреть комбинацию низкой дозы ривароксабана (2,5 мг 2 раза в день) и АСК (100 мг в день)	Ila	B

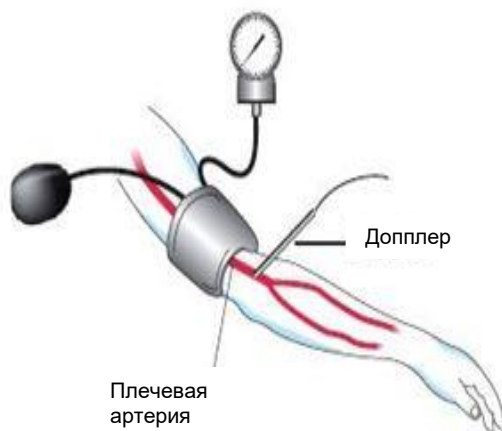
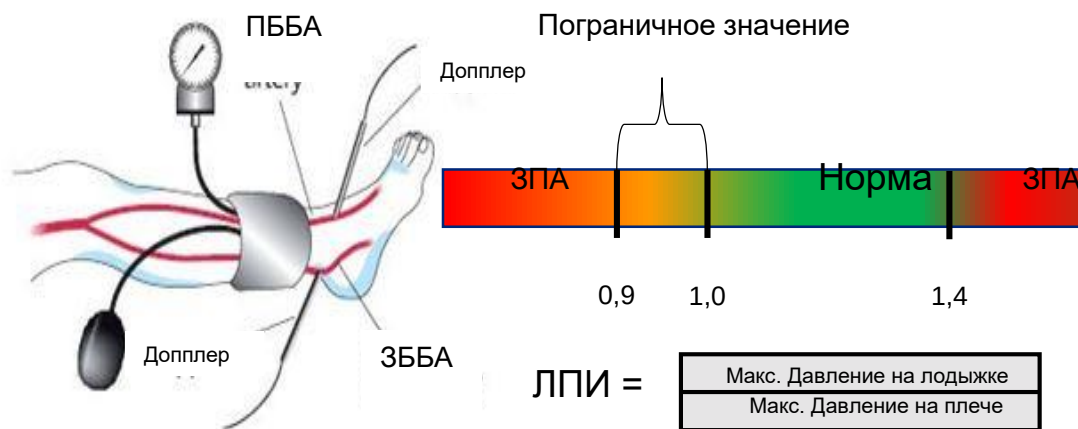
*Класс рекомендаций; ^нУровень доказательств;

АСК – ацетилсалициловая кислота; СД – сахарный диабет; ЗПА – заболевание периферических артерий; ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ)

- ◆ **Измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ)** является основным неинвазивным методом для постановки диагноза заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК). Метод прост в воспроизведении и имеет минимальные риски, что позволяет использовать его у бессимптомных пациентов. *Показатель ЛПИ оценивают путем измерения систолического артериального давления на обеих плечевых артериях, артерии тыла стопы и задней большеберцовой артерии после того как больной находился в положении лежа в течение 10 минут.*
- ◆ ЛПИ имеет хорошую достоверность и может быть использован как тест первой линии в диагностике ЗАНК, ЛПИ $\leq 0,90$ обладает высокой чувствительностью (до 75%) и специфичностью (до 86 %).
- ◆ У пациентов с **ЛПИ $\leq 0,90$** диагностируют ЗАНК.
- ◆ При **ЛПИ 0,91-0,99** возможно предположить ЗАНК. В этих случаях необходимо измерение ЛПИ при нагрузке, если имеются факторы риска ЗАНК.
- ◆ **Значения $> 1,40$** означают, что артерии ригидны и плохо сжимаемы из-за плотной кальцинированной стенки, что чаще встречается у пациентов с сахарным диабетом и/или прогрессирующим хроническим заболеванием почек. В таких случаях для диагностики ЗАНК может использовать дополнительные методы визуализации.

Измерение ЛПИ – простой способ диагностики ЗПА



Значение ЛПИ	
>1.4	Не измеримо
1.00–1.39	Норма
0.91–0.99	Пограничное значение
0.41–0.90	Умеренная тяжесть ЗПА
0–0.40	Тяжелое ЗПА

ПББА – передняя большеберцовая артерия, ЗББА – задняя большеберцовая артерия
ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс, AAA – аневризма абдоминальной аорты, АС – атеросклероз, СС – сердечно-сосудистый

Кому следует измерять ЛПИ в клинической практике?

➤ Пациенты с проявлениями ЗПА

- Отсутствие пульса
- Боль при ходьбе
- Незаживающая язва

➤ Пациенты высокого риска ЗПА

- Наличие ИБС
- АС других бассейнов, AAA, ХБП
- Лица старше 65 лет
- Лица младше 65 лет высокого СС риска
- Семейный анамнез ЗПА

Пальце-плечевой индекс (ППИ)

- ◆ Неинвазивный тест, полезный для оценки артериальной недостаточности нижних конечностей у пациентов с несжимаемыми артериями, которые вызывают искусственное повышение ЛПИ. Значение **ППИ $\leq 0,70$** является основанием для постановки диагноза ЗАНК. Измерение на пальцах является чувствительным диагностическим тестом, т.к. пальцевые артерии обычно не подвержены кальцинозу. Исследование проводится путем помещения специальных небольших манжет на проксимальную половину большого или указательного пальцев и регистрации восстановления пульсации в пальце (указывает на систолическое перфузионное давление), оцениваемого с использованием плетизмографии.

Определение лодыжечно-плечевого и пальце-плечевого индексов на приборе Vasera VS-1500



Для оценки риска кровотечений у кардиологических пациентов могут применяться разные шкалы

Двойная антитромбоцитарная терапия
после стентирования при ИБС

PRECISE DAPT ^{1,2}

DAPT Score²

Учитывает факторы риска развития и кровотечений, и ишемических событий

Стабильная ИБС

Шкала риска
кровотечений REACH⁶

Комбинированная терапия
АСК и ривароксабаном при
стабильной ИБС



Антикоагулянтная терапия для
профилактики инсульта предсердий
при ФП

HAS BLED ^{3,4,5}

HEMORR2HAGES

ORBIT^{3,4}

ABC-Bleeding score⁵

ATRIA⁴

¹ Lancet. 2017 Mar 11;389(10073):1025-1034. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30397-5

² Neth Heart J. 2018 Jun;26(6):321-333. doi: 10.1007/s12471-018-1113-5

³ 2017 Aug 3;8(65):109703-109711. doi: 10.18632/oncotarget.19858. eCollection 2017 Dec 12

⁴ J Cardiol. 2017 Nov 1;120(9):1549-1556. doi: 10.1016/j.amjcard.2017.07.051. Epub 2017 Jul 31

⁵ Thromb Haemost. 2017 Oct 5;117(10):1848-1858. doi: 10.1160/TH17-07-0478. Epub 2017 Aug 11

⁶ Gregory Ducrocq et al. Eur Heart J. 2010 May; 31(10): 1257–1265.

ESC 2016: фокус на модифицируемых факторах риска развития кровотечений

Модифицируемые факторы риска кровотечения

- ◆ Артериальная гипертензия САД>160 мм. рт. ст.
- ◆ Лабильное МНО или время пребывания в терапевтическом диапазоне <60% у пациентов, получающих АВК
- ◆ Совместное применение препаратов (НПВП, антиагреганты)
- ◆ Злоупотребление алкоголем (≥8 доз/неделю)

Потенциально модифицируемые факторы риска кровотечения

- ◆ Анемия
- ◆ Нарушение функции почек
- ◆ Нарушение функции печени
- ◆ Сниженное количество тромбоцитов или нарушение их функции

Немодифицируемые факторы риска кровотечения

- ◆ Возраст >65 лет; ≥75 лет
- ◆ Большое кровотечение в анамнезе
- ◆ Заместительная почечная терапия (диализ или трансплантированная почка)
- ◆ Инсульт в анамнезе
- ◆ Цирроз печени
- ◆ Рак
- ◆ Генетические факторы

Биомаркеры, связанные с высоким риском кровотечения

- ◆ Высокочувствительный тропонин
- ◆ Фактор дифференцировки роста-15
- ◆ Креатинин сыворотки/расчетный КлКр

Из исследования COMPASS исключались пациенты с фибрилляцией предсердий, а также на ДААТ

Основные критерии исключения[‡]

- ◆ **Необходимость в пероральной антикоагулянтной терапии или антитромбоцитарной терапии отличной от АСК**
- ◆ Инсульт ≤ 1 месяца или любой геморрагический либо лакунарный инсульт
- ◆ Тяжелая сердечная недостаточность с ФВЛЖ $< 30\%$ или NYHA класс III - IV
- ◆ СКФ < 15 мл/мин
- ◆ Любое не СС заболевание, ассоциирующееся с плохим прогнозом (метастатический рак)
- ◆ Системная терапия мощными ингибиторами CYP 3A4 или Р-гликопротеина, либо мощными индукторами CYP 3A4
- ◆ Известное заболевание печени, протекающее с коагулопатией
- ◆ Другие

[‡] должны быть учтены все другие критерии исключения и указания из местной версии инструкции по применению, а также любые другие противопоказания, перечисленные в местной версии справочной информации по ривароксabanу или препарату сравнения
ДААТ- двойная антиагрегантная терапия
Bosch J et al, Can J Cardiol 2017;33:1027–1035

Ключевые положения

- ◆ При выборе антитромботической терапии обоснованным является клинический подход на основании характеристик пациента и анализа его сопутствующей патологии
- ◆ К большим кровотечениям в исследовании COMPASS относились в том числе кровотечения, потребовавшие обращения за медицинской помощью без последующей госпитализации
- ◆ В исследовании COMPASS повышение риска кровотечений отмечалось только в 1-й год, а снижение риска СС событий сохранялось на протяжении всего времени исследования
- ◆ Кровотечение часто может являться «диагностическим маркером» других заболеваний (например, онкологии)
- ◆ Рутинное применение ИПП нецелесообразно, но оно может быть рассмотрено у пациентов высокого риска ЖК кровотечений

Рекомендации	Класс*	Уровень [~]
Использование ингибиторов протонной помпы (ИПП)		
Сопутствующее использование ингибиторов протонной помпы рекомендовано пациентам, получающим монотерапию АСК, ДААТ или монотерапию ОАК, имеющим высокий риск гастроинтестинальных кровотечений	I	A

Применение ривароксабана 2,5 мг 2 раза в день у пациентов с ИБС и ЗПА одобрено Министерством здравоохранения РФ

Показание к применению Ксарелто® у пациентов с ИБС или ЗПА

«Профилактика инсульта, инфаркта миокарда и смерти вследствие сердечно-сосудистых причин, а также профилактика острой ишемии конечностей и общей смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) или заболеванием периферических артерий (ЗПА) в комбинированной терапии с ацетилсалициловой кислотой»

Рекомендуемый режим дозирования для профилактики сосудистых событий у пациентов с ИБС или ЗПА:

- ◆ 1 таблетка препарата Ксарелто® 2,5 мг два раза в день в комбинации с суточной дозой ацетилсалициловой кислоты 75-100 мг;
- ◆ Продолжительность лечения препаратом Ксарелто® 2,5 мг должна быть долгосрочной при условии, что получаемая польза перевешивает имеющиеся риски
- ◆ Пациентам, которым диагностировали ИБС или ЗПА, лечение препаратом Ксарелто® 2,5 мг два раза в день в комбинации с ацетилсалициловой кислотой 75-100 мг один раз в день может быть начато в любое время

Регистрация в РФ – 30 января 2019 года

Спасибо за внимание

