

ALPRAZOLAM/АЛПРАЗОЛАМ

alprazolam

таблети

1. ИМЕ НА ЛЕКОТ

ALPRAZOLAM / АЛПРАЗОЛАМ

alprazolam

ATC N05B A12

2. КВАЛИТАТИВЕН И КВАНТИТАТИВЕН СОСТАВ

Таблети 0.25 mg; 0.5 mg; 1 mg

Состав:

1 таблета содржи 0.25 mg алпразолам, помошни супстанции.

1 таблета содржи 0.5 mg алпразолам, помошни супстанции.

1 таблета содржи 1 mg алпразолам, помошни супстанции.

*За целосна листа на екципиенси види точка 6.1

3. ФАРМАЦЕВТСКА ФОРМА

Таблета.

4 КЛИНИЧКИ ПОДАТОЦИ

4.1 Терапевтски индикации

Алпразолам е индициран за краткотраен третман на умерени или тешки анксиозни состојби и анксиозност поврзана со депресија. Индициран е само кога нарушувањето е тешко, онеспособувачко или при тежок стрес за пациентот.

Алпразолам не треба да се применува за краткотраен третман на блага анксиозност, како што се анксиозноста или напнатоста поврзани со стрес од секојдневниот живот. Бидејќи ефикасноста на Алпразолам во третман на депресија и фобични или опсесивни состојби сеуште не е утврдена, треба да се земе во предвид посебен третман.

4.2. Дозирање и начин на употреба

Третманот треба да биде што е можно пократок. Се препорачува пациентот да се контролира во периоди не подолги од 4 недели и да се процени потребата за продолжување на третманот, особено во случаи кога пациентот е без симптоми. Вкупното траење на третманот не би требало да биде подолго од 8 до 12 недели, вклучувајќи го и времето потребно за постепено намалување на дозата, до потполно престанување на примената.



Во одредени случаи може да биде потребна и подолга примена; во такви случаи, пред одлуката за продолжување на примената на алпразолам, лекарот треба повторно да го процени статусот на пациентот. Притоа треба да се има во предвид дека, како и кај другитеベンзодиазепини, долготрајната примена на лекот кај некои пациенти може да предизвика зависност.

Оптималната доза на алпразолам треба индивидуално да се приспособи, во зависност од тежината на симптомите и одговорот на терапијата. Треба да се применува најмалата ефективна доза. Дозирањето треба повторно да се евалуира во интервали не подолги од 4 недели. Вообичаените дози се наведени подолу; кај некои пациенти кај кои се потребни повисоки дози, дозата на лекот треба да се зголемува претпазливо, за да се избегне појавата на несакани дејства. Кога е потребно зголемување на дозата, прво треба да се зголеми вечерната доза. Општо земено, на пациентите кои претходно не примале психотропни лекови, како и на пациентите со хроничен алкохолизам, потребни им се помали дози.

Дозата секогаш треба постепено да се намалува. За време на прекин на третманот со алпразолам, дозата треба постепено да се намалува во согласност со добрата медицинска пракса. Се препорачува дневната доза на алпразолам да се намалува за не повеќе од 0.5 mg на секои три дена. Кај некои пациенти може да биде потребно дури и побавно намалување на дозата. (Видете дел 4.4 мерки на претпазливост и посебни предупредувања)

Како и кај другитеベンзодиазепини, постарите пациенти, поради намалениот клиренс, поосетливи се на дејството на алпразолам.

Анксиозност: 0.25 mg до 0.5 mg три пати на ден. Ако е потребно дозата може да се зголеми до вкупно 3 mg дневно.

Геријатрички пациенти или присуство на исцрпувачка болест: 0.25 mg два до три пати на ден. Дозата може постепено да се зголемува ако е потребно и ако пациентот добро ја поднесува.

Педијатрички пациенти: Безбедноста и ефикасноста на алпразолам кај деца иadolесценти под 18 годишна возраст, не е утврдена. Поради тоа, не се препорачува примена на алпразолам кај оваа популација.

Во случај на појава на несакани дејства, дозата треба да се намали. Се препорачува редовно да се евалуира лекувањето и што е можно побргу да се прекине со примената на лекот. Ако е потребна долготрајна примена, треба да се земе во предвид интермитентна примена на лекот, со цел да се минимизира ризикот од појава на зависност.

4.3. Контраиндикации

Алпразолам е контраиндициран кај пациенти со позната хиперсензитивност конベンзодиазепини, алпразолам или било која друга состојка на лекот.



Бензодиазепините, исто така, се контраиндицирани кај пациенти со миастенија гравис, тешка респираторна инсуфициенција, "sleep apnea" синдром, тешка хепатална инсуфициенција.

4.4. Мерки на претпазливост и посебни предупредувања

Потребна е претпазливост при третман на пациенти со нарушуна ренална функција или блага до умерена хепатална инсуфициенција.

Кај пациенти со мајорна депресија или анксиозност поврзана со депресија, бензодиазепините или лековите слични на бензодиазепини, не треба да се применуваат како монотерапија за третман на депресија, затоа што може да предизвикаат или да го зголемат ризикот од самоубиство.

Безбедноста и ефикасноста на алпразолам кај деца иadolесценти под 18 годишна возраст, не е утврдена. Поради тоа, не се препорачува примена на алпразолам кај оваа популација.

Кај постарите и/или изнемоштените пациенти, се препорачува следење на општиот принцип за примена на најниската ефективна доза, со цел да се спречи појавата на атаксија или прекумерна седација (Видете дел 4.2 Дозирање и начин на употреба). Пониска доза, исто така, се препорачува кај пациентите со хронична респираторна инсуфициенција поради ризикот од респираторна депресија.

Бензодиазепините треба да се применуваат со голема претпазливост кај пациенти со историја за злоупотреба на алкохол или лекови (Видете дел 4.5 Интеракции со други лекови или други форми на интеракции).

Зависност

Употребата на бензодиазепини може да доведе до појава на физичка и психичка зависност. Ризикот од зависност се зголемува со зголемување на дозата и времетраењето на третманот, како и кај пациенти со историја на алкохолизам и злоупотреба на лекови. Фармакозависност може да се јави при примена на терапевтски дози и/или кај пациенти без индивидуализиран ризик фактор. Постои зголемен ризик од фармакозависност при комбинирана примена на неколку бензодиазепини, независно од индикацијата (анксиолитик или хипнотик). Исто така, пријавени се случаи на злоупотреба.

Симптоми на повлекување (апстиненцијални): Откако ќе се развие физичка зависност, наглото прекинување на терапијата може да биде придружен со симптоми на повлекување. Овие симптоми вклучуваат главоболка, болки во мускулите, изразена анксиозност, напнатост, немир, конфузија, раздразливост и несоница. Во потешки случаи може да се јават следните симптоми: дереализација, деперсонализација, хиперакузија, вкочанетост и трпнење на екстремитетите, преосетливост кон светлина, бучава и физички контакт, халуцинации или епилептички напади. (Видете дел 4.2 Дозирање и начин на употреба)



За време на прекин на третманот со алпразолам, дозата треба постепено да се намалува во согласност со добрата медицинска пракса. Се препорачува дневната доза на алпразолам да се намалува за не повеќе од 0.5 mg на секои три дена. Кај некои пациенти може да биде потребно дури и побавно намалување на дозата.

Повторна појава на несоница и анксиозност: При прекинување на терапијата, може да се појави транзиторен синдром, при што симптомите што довеле до лекување со бензодиазепини се повторуваат во засилена форма. Може да биде придружен и со други реакции, вклучувајќи промени во расположението, анксиозност или нарушувања на спиењето и немир. Бидејќи ризикот од повторна појава на болеста е поголем при нагло прекинување на третманот, се препорачува постепено намалување на дозата на алпразолам, за не повеќе од 0.5 mg на секои три дена. Кај некои пациенти може да биде потребно дури и побавно намалување на дозата. (Видете дел 4.2 Дозирање и начин на употреба)

Времетраење на третманот

Времетраењето на третманот треба да биде што е можно пократоко (Видете дел 4.2 Дозирање и начин на употреба), во зависност од индикацијата, но не треба да надминува повеќе од 8 до 12 недели, вклучувајќи го и времето потребно за постепено намалување на дозата, до потполно престанување на примената. Со третманот не треба да се продолжи после овие периоди, без претходна реевалуација на состојбата на пациентот.

При започнување на терапијата, би било корисно да се извести пациентот дека терапијата ќе биде со ограничено времетраење и дека дозата постепено ќе се намалува. Исто така, важно е пациентот да биде свесен за можноста за враќање на болеста ("rebound" феномен), со што при повторна појава на симптомите на болеста, би се намалила неговата вознемиреност. Кога се применуваат бензодиазепини со долготрајно дејство, важно е пациентите да се предупредат дека замената на лекот со друг бензодиазепин со краткотрајно дејство, може да доведе до појава на симптоми на повлекување.

Амнезија

Бензодиазепините може да предизвикаат антероградна амнезија. Состојбата се јавува најчесто неколку часа по ингестија на лекот и затоа за да се намали ризикот, пациентите треба да бидат сигурни дека ќе бидат во можност да имаат непрекинат сон од 7-8 часа. (Видете дел 4.8 Несакани дејства)

Психијатриски и парадоксални реакции

При примена на бензодиазепини се јавуваат реакции како немир, агитација, иритабилност, агресивност, делузија, бес, кошмари, халуцинацији, психози, несоодветно однесување и други несакани дејства во однос на однесувањето. Во случај на појава на вакви несакани дејства, употребата на лекот треба да се прекине. Поголема е веројатноста за појава на овие несакани дејства кај децата и постарите лица.



Толеранција

Со редовна примена на бензодиазепините, во тек на неколку недели, може да дојде до појава на намалување на ефикасноста на хипнотичките ефекти.

Епизоди на хипоманија и манија забележани се при примена на алпразолам кај пациенти со депресија.

Не се препорачува примена на бензодиазепини за примарен третман на психотични болести.

Ексципиенси:

Алпразолам таблетите содржат лактоза. Пациенти со ретки наследни проблеми во однос на неподносливост на галактоза, Lapp лактоза дефицит или глукоз-галактозна малапсорпција, не може да го употребуваат овој лек.

4.5. Интеракции со други лекови или други форми на интеракции

Бензодиазепините предизвикуваат дополнителни ефекти при истовремена примена со алкохол или други лекови кои делуваат депресивно на ЦНС. Истовремена примена со алкохол не се препорачува. Алпразолам треба претпазливо да се применува кога се комбинира со лекови кои делуваат депресивно на ЦНС.

Зголемување на депресивните ефекти врз ЦНС може да се јави при истовремена примена со антипсихотици (невролептици), хипнотици, анксиолитици/седативи, антидепресиви, наркотични аналгетици, антиепилептици, анестетици и седативни антихистаминици. Во случај на наркотични аналгетици, може да се јави зголемување на еуфоријата, што може да доведе до зголемена психичка зависност.

При истовремена примена на алпразолам со лекови кои интерфеираат со неговиот метаболизам доаѓа до фармакокинетички интеракции.

CYP3A инхибитори

Лековите кои инхибираат одредени хепатални ензими (особено цитохром P450 3A4) може да ја зголемат концентрацијата на алпразолам и да го засилат неговото дејство. Податоците од клиничките испитувања и *in vitro* студиите со алпразолам, како и клиничките студии со лековите кои се метаболизираат на сличен начин како алпразолам, упатуваат на можноста од негови интеракции со бројни лекови. Зависно од степенот на интеракцијата и врз основа на достапните податоци, се советува следното:

- Не се препорачува истовремена примена на алпразолам со кетоконазол, итраконазол или други антрафунгални лекови од групата на азоли.
- Истовремената примена на алпразолам со нефазодон или флуоксамин ја зголемува AUC на алпразолам за околу 2 пати. Претпазливост и намалување на дозата се препорачува при примена на алпразолам со нефазодон, флуоксамин и циметидин.
- Претпазливост се препорачува при истовремена примена на алпразолам со флуоксетин, пропоксилен, орални контрацептиви, сертралин, дилтиазем или



макролидни антибиотици како што се еритромицин, кларитромицин и тролеандомицин.

CYP3A4 индуктори

Бидејќи алпразолам се метаболизира преку CYP3A4, индукторите на овој ензим може да го зголемат метаболизмот на алпразолам. Интеракциите кои ги вклучуваат ХИВ протеаза инхибиторите (пример ритонавир) и алпразолам се комплексни и зависни од времето. Краткотрајна примена на ниски дози на ритонавир, резултирала со големо нарушување на клиренсот на алпразолам, пролонгирање на полуживотот на елиминација и зголемување на клиничките ефекти. Меѓутоа, по продолжена изложеност на ритонавир, CYP3A индукцијата ја неутрализира оваа инхибиција. Како резултат на оваа интеракција, може да биде потребно прилагодување на дозата или прекинување на третманот со алпразолам.

4.6. Бременост и лактација

Бременост

Податоците кои се однесуваат на тератогеноста и ефектите врз постнаталниот развој и однесувањето, по третман соベンзодиазепини, се неконзистентни. Големиот број на податоци базирани на кохортни студии, укажуваат дека изложувањето на бензодиазепини во првиот триместар од бременоста, не е поврзано со зголемување на ризикот од мајорни малформации. Меѓутоа, некои case-control епидемиолошки студии, откриле двојно зголемен ризик за расцеп на уста.

Примената на бензодиазепини во високи дози, за време на вториот и/или третиот триместар од бременоста, покажала намалување на феталните активни движења и промена на феталниот срцевт ритам.

Ако, поради медицински причини, лекот во високи дози се применува во текот на последниот триместар од бременоста, дури и во мали дози, кај новороденото може да се очекува појава на синдром на млитавост како аксијална хипотонија и проблеми со цицањето кои доведуваат до слабо зголемување на телесната тежина. Овие симптоми се реверзibilни, меѓутоа може да перзистираат од 1 до 3 недели, во зависност од полуживотот на лекот. При примена на високи дози, кај новороденото може да се јави респираторна депресија или апнеја и хипотермија. Сепак, неонатални симптоми на повлекување со хиперексцитабилност, агитација и тремор може да се забележат неколку дена по раѓањето, дури и ако не е забележана појава на синдром на млитавост кај новороденото. Појавата на симптомите на повлекување после раѓањето, зависи од полуживотот на лекот.

Алпразолам не треба да се применува во период на бременост, освен ако поради клиничката состојба на бремената, потребен е третман со алпразолам. Доколку, алпразолам се користи за време на бременост, или пациентката забременила додека земала алпразолам, треба да се информира за потенцијалната опасност по фетусот.



Ако третманот со алпразолам е неопходен за време на последниот триместар од бременоста, треба да се избегнува примената на високи дози, и кај новороденчето треба да се следат апстиненцијалните симптоми и/или синдромот на млитавост.

Доење

Алпразолам се екскретира во мајчинот млеко во мали количини. Сепак, не се препорачува примена на алпразолам во период на доење.

4.7 Влијание врз способноста за возење или за ракување со машини

Седацијата, амнезијата и нарушената концентрација и нарушената мускулна функција може да влијаат врз способноста за возење или ракување со машини. При недоволно времетраење на сонот, веројатноста за појава на нарушена будност може да се зголеми (Видете интеракции).

Нарушена функција и седација може да се јави следното утро и неколку дена потоа.

4.8. Несакани дејства

Несаканите дејства, главно се јавуваат на почетокот од третманот и обично исчезнуваат во тек на терапијата или со намалување на дозата.

Следниве несакани дејства се забележани и пријавени за време на третманот со алпразолам, со следнава фреквенција: многу чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100, < 1/10$), не многу чести ($\geq 1/1000, < 1/100$), ретки ($\geq 1/10000, < 1/1000$), многу ретки ($< 1/10000$), непозната фреквенција (не може да биде пресметана од достапните податоци).

MedDRA	Фреквенција	Несакани дејства
Системска Органска Класификација		
Ендокринни нарушувања	Не многу чести	Хиперпролактинемија
Нарушувања на метаболизмот и исхраната	Чести	Намален апетит
Психијатриски нарушувања	Чести	Конфузна состојба, депресија, десоријентација, намалено либидо
	Не многу чести	Анксиозност, инсомнија, нервоза, хипоманија, манија (Видете дел 4.4 Мерки на претпазливост и посебни предупредувања), халуцинација, бес, агресивност, непријателство,



		вознемиреност, нарушување на либидото, абнормално размислување, психомоторна хиперактивност
Нарушувања на нервниот систем	Многу чести	Седација, сомноленција
	Чести	Атаксија, нарушување на рамнотежата, абнормална координација, нарушување на меморијата, дизартрија, нарушување на вниманието, хиперсомнија, летаргија, вртоглавица, главоболка
	Не многу чести	Амнезија, тремор, дистонија
	Непозната фреквенција	Неурамнотеженост на автономниот нервен систем
Нарушувања на око	Чести	Замаглен вид
Гастроинтестинални нарушувања	Чести	Констипација, сува уста, гадење
	Не многу чести	Гастроинтестинално нарушување
Хепатобилијарни нарушувања	Не многу чести	Хепатитис, абнормална хепатална функција, жолтица
Нарушувања на кожата и поткожното ткиво	Не многу чести	Дерматитис
	Непозната фреквенција	Ангиоедем
Мускулноскелетни нарушувања и нарушувања на сврзното ткиво	Не многу чести	Мускулна слабост
Ренални и уринарни нарушувања	Не многу чести	Инконтиненција, уринарна ретенција
Нарушувања на репродуктивниот систем и дојки	Не многу чести	Сексуална дисфункција, нерегуларен менструален циклус
Општи нарушувања	Чести	Замор, иритабилност
	Непозната фреквенција	Периферни едеми
Ислитувања	Не многу чести	Промена на телесната тежина, зголемен интраокуларен притисок



Симптоми на повлекување (апстиненцијални) може да се јават при рапидно намалување или нагло прекинување на третманот со бензодиазепини вклучувајќи го и алпразолам. Овие симптоми може да варираат од блага дисфорија и инсомнија до мајорен синдром, кој вклучува абдоминални и мускулни грчеви, повраќање, потење, тремор и конвулзии. Покрај тоа, при рапидно намалување или нагло прекинување на третманот со алпразолам, забележани е појава на напади.

Амнезија

Антероградна амнезија може да се јави и при примена на терапевтски дози, но ризикот се зголемува со повисоки дози. Ефектите на амнезијата може да бидат поврзани со промени во однесувањето (Видете дел 4.4 Мерки на претпазливост и посебни предупредувања).

Депресија

Постоечката депресија може да се разоткрие за време на примената на бензодиазепини.

Психијатриски и парадоксални реакции

Бензодиазепините или лекови слични на бензодиазепините можат да предизвикаат реакции како што се: немир, агитираност, иритабилност, агресивност, делузија, бес, кошмари, халуцинацији, психози, промени во однесувањето. Овие реакции може да бидат прилично сериозни. Почекто може да се јават кај деца и кај постари лица.

Кај многу од спонтаните пријави за несакани дејства кои опишуваат промени во однесувањето, пациентите обично истовремено земале други лекови со дејство врз ЦНС и/или имале поставена психијатриска дијагноза. Посебно осетливи се пациенти со гранично растројство на личноста, претходна историја за насилино и агресивно однесување, или лица со злоупотреба на алкохол или лекови. Кај пациенти со посттравматски стрес, за време на прекинот на третманот со алпразолам, забележана е појава на раздразливост, непријателство и интрузивни идеи.

Зависност

Примената на бензодиазепини (дури и во терапевтски дози) може да доведе до развој на физичка зависност: прекинот на терапијата може да доведе до појава на симптоми на прекинување или rebound феномен (Видете дел 4.4 Мерки на претпазливост и посебни предупредувања). Исто така, може да се јави и психичка зависност. Описана е злоупотреба на бензодиазепини.

4.9. Предозирање

Како и со другите бензодиазепини, предозирањето со алпразолам обично не претставува закана по живот, освен при истовремена употреба со други лекови со депресивно дејство врз ЦНС (вклучувајќи и алкохол). При третман на



предозираност со било кој лек, треба да се земе во предвид можноста дека истовремено се земени повеќе лекови.

По предозирање со орални бензодиазепини, треба да се предизвика повраќање (во рок од еден час) ако пациентот е свесен или да се направи гастроична лаважа ако пациентот е во несвест, при што мора да се обезбедат дишните патишта. Доколку празнењето на желудникот не доведе до подобрување, потребно е да се даде активен јаглен со цел да се намали апсорцијата на лекот.

Посебно внимание треба да се посвети на респираторните и на кардиоваскуларните функции за време на ургентната терапија.

Предозираноста со бензодиазепини обично се манифестира со различни степени на депресија на централниот нервен систем, почнувајќи од поспаност до кома. Во благи случаи, симптомите опфаќаат: поспаност, ментална конфузија и летаргија. Во потешките случаи, симптомите опфаќаат: атаксија, хипотонија, хипотензија, респираторна депресија, ретко кома и многу ретко се фатални.

Како антидот може да се користи флумазенил.

5. ФАРМАКОЛОШКИ СВОЈСТВА

5.1. Фармакодинамика

Алпразолам, како и другите бензодиазепини, има висок афинитет за бензодиазепинските места на врзување во мозокот. Го потпомага инхибиторното невротрансмитерско дејство на гама-аминобутерната киселина, и посредува во пред- и пост- синаптичката инхибиција во централниот нервен систем (ЦНС).

5.2. Фармакокинетика

По перорална примена алпразолам брзо се апсорбира. Максимална концентрација во плазмата се постигнува после 1 до 2 часа од примената.

Средниот полуживотот на елиминација изнесува 12-15 часа. Повторуваното дозирање може да доведе до акумулација на лекот, што треба да се земе во предвид кај постари пациенти и пациенти со нарушена ренална или хепатална функција. Алпразолам и неговите метаболити се излачуваат примарно во урината.

Ин витро, околу 80% од лекот се врзува за плазматските протеини.

5.3. Предклинички податоци за безбедноста

Не-клиничките податоци не покажуваат посебна опасност за луѓето врз основа на конвенционалните студии за генотоксичност и канцероген потенцијал.

При орална примена на алпразолам кај стаорци, во тек на 2 години, била забележана поголема зачестеност на катаректа (женки) и корнеална васкуларизација (машки). Споменатите лезии не биле забележани пред 11 месеци од третманот.

Во студиите за репродуктивна токсичност, примената на многу високи дози на алпразолам кај стаорци и зајаци е поврзана со доцнење во развојот и зголемена



инциденца на фетална смрт и скелетни малформации. Во студиите за фертилност, третирањето на машките стаорци со високи дози на алпразолам пред парењето, резултирало со намалување на процентот на забременување кај женките.

6. ФАРМАЦЕВТСКИ ПОДАТОЦИ

6.1. Листа на експириенси

Таблети 0.25 mg

Натриум докузат/натриум бензоат, лактоза моногидрат, прежелатинизиран скроб, микрокристална целулоза, кросповидон, силициум диоксид колоиден безводен, магнезиум стеарат.

Таблети 0.5 mg

Натриум докузат/натриум бензоат, лактоза моногидрат, прежелатинизиран скроб, микрокристална целулоза, кросповидон, силициум диоксид колоиден безводен, магнезиум стеарат, боја еритрозин Е 127.

Таблети 1 mg

Натриум докузат/натриум бензоат, лактоза моногидрат, прежелатинизиран скроб, микрокристална целулоза, кросповидон, силициум диоксид колоиден безводен, магнезиум стеарат, боја брилијант плава Е 133.

6.2 Инкомпабилност

Не е позната.

6.3 Рок на употреба

3 години во оригинално пакување.

Да не се употребува после истекот на рокот на употреба!

6.4 Начин на чување

Да се чува на температура до 25°C, во оригинално пакување.

ЛЕКОТ ДА СЕ ЧУВА НА МЕСТА НЕДОСТАПНИ ЗА ДЕЦА!

6.5 Пакување

Кутија со 30 таблети од 0.25 mg во блистер пакување.

Кутија со 30 таблети од 0.5 mg во блистер пакување.

Кутија со 30 таблети од 1 mg во блистер пакување.

6.6 Упатство за употреба/ракување

За орална употреба само.

6.7 Начин на издавање

Лекот се издава во аптека со рецепт.

7. ПОДАТОЦИ ЗА НОСИТЕЛОТ НА РЕШЕНИЕТО ЗА ПРОМЕТ

РЕПЛЕК ФАРМ ДООЕЛ-Скопје, ул: Козле бр. 188, 1000 Скопје, Р. Македонија

8. БРОЈ НА РЕШЕНИЕТО ЗА СТАВАЊЕ ВО ПРОМЕТ



9. ДАТУМ НА ПРВОТО РЕШЕНИЕ ЗА СТАВАЊЕ ВО ПРОМЕТ

Датум на I-во решение: 24.12.2007

10. ДАТУМ НА ПОСЛЕДНАТА РЕВИЗИЈА НА ТЕКСТОТ

08/2012

