



Хвороба сухого ока: сучасні погляди на патогенез та інноваційні рішення в лікуванні

13-16 червня у Ніцці (Франція) відбувся черговий конгрес Європейського товариства офтальмологів. Широка наукова програма заходу охоплювала засідання на тему катаракти, увеїтів, хвороб рогівки й сітківки, глаукоми, окулопластики, пухлин ока тощо. Розглянуто питання нейроофтальмології та електрофізіології ока. Проведено мультидисциплінарну сесію з питань педіатричної офтальмології, невідкладної допомоги й доглядання пацієнтів зі значним зниженням зору.

14 червня в рамках конгресу відбувся сателітний симпозиум компанії «Сантен», присвячений довготерміновим рішенням при хворобі сухого ока (ХСО). Президію симпозиуму склали **професор Steffen Heegaard (Данія), професор Elisabeth Messmer (Німеччина), професор Maite Sainz de la Maza (Іспанія), професор Andrea Leonardì (Італія)**. Учасники симпозиуму обговорили такі питання, як загальний тягар ХСО у світі, полегшення симптомів і тривале лікування ХСО, застосування циклоспорину А (ЦсА) у терапії цього стану.

Виступ **професора Maite Sainz de la Maza** мав назву «Полегшення симптомів: з чого почати?». Професор de la Maza нагадала аудиторії, що 2017 року Робоча група Товариства слізної плівки (СП) та поверхні ока (ПО) з питань ХСО II (DEWS II) створила нове визначення і сучасну систему класифікації ХСО. Відповідно до цього визначення, ХСО є мультифакторним захворюванням ПО, що характеризується порушенням гомеостазу СП і супроводжується симптомами з боку ока. Провідні етіологічні ролі у формуванні ХСО відіграють нестабільність та гіперосмолярність СП, запалення ПО, нейросенсорні розлади (Bron A.J. et al., 2017).

ХСО характеризується значним впливом на загальне самопочуття, стан здоров'я (не лише офтальмологічного) і зорову функцію. Наявність ХСО негативно впливає на наслідки хірургічних втручань з приводу катаракти, рефрактерної та вітреоретинальної хірургії. Окрім того, ХСО супроводжується значними фінансовими витратами і психологічними проблемами.

Є різні можливості лікувати ХСО. Серед них – немедичні методи (передусім вплив на стан довкілля, де перебуває пацієнт), а також медичні стратегії: збереження кількості слізної рідини; стимуляція слъозоутворення; застосування штучних сліз; затримання слізної рідини в оці з допомогою пробок у слізних точках; використання спеціальних вкладок для окулярів або окулярів із волегами камерами; носіння лікувальних контактних лінз; протизапальна терапія (глюкокортикостероїди (ГКС), ЦсА, тетрациклін, жирні кислоти, макроліди). Вибір лікування має ґрунтуватися на тяжкості захворювання (Jones L. et al., 2017).

Робоча група DEWS II подала алгоритм лікування ХСО. Так, перший захід передбачає навчання пацієнта, модифікацію довкілля й харчування, виключення медикаментів, здатних поглиблювати тяжкість ХСО, застосування лубрикантів, гігієну повік та теплі компреси. У разі неефективності цих засобів слід перейти до другого етапу, коли до стартових терапевтичних методів додають безконсервантні лубриканти, засоби збереження слъози, засоби для використання на ніч (мазі), препарати для лікування порушень з боку мейбомієвих залоз, топічні антибіотики або комбінації їх із ГКС; місцеві протизапальні та просекреторні засоби, пероральні макроліди або антибіотики тетрациклінового ряду. Якщо таке лікування також не має успіху, слід додати пероральні просекреторні засоби, сироваткові очні краплі, лікувальні контактні лінзи (третій етап). Четвертий етап лікування ХСО передбачає додавання до терапевтичного плану топічних ГКС тривалої дії, пересаджування амніотичної мембрани, хірургічну оклюзію слізних точок та інші інвазивні підходи.

Отже, для ХСО будь-якої тяжкості стандартною терапією першої лінії виступають штучні слъози, які дають змогу зменшити вираженість симптомів хвороби, передусім за нетяжкої ХСО. Слъозозамінники являють собою гіпотонічні чи ізотонічні буферні розчини, що містять електроліти, сурфактанти та в'язкі речовини. Механізм дії слъозозамінників передбачає формування змазки між верхньою повікою і ПО, стабілізацію СП, зменшення оптичних аберацій, покращення

якості зору, забезпечення псевдопротизапального ефекту. Серед обмежень щодо застосування слъозозамінників – відсутність впливу на фонове захворювання ПО, відсутність вивчення цих засобів у великих рандомізованих контрольованих дослідженнях (Caparas V.L., 2015; Messmer E.M., 2015).

Для кращого розуміння функцій штучних сліз професор de la Maza нагадала присутнім механізм утворення і структуру СП. Відомо, що СП формується під час кліпання, коли слъози розподіляються по ПО. Одразу після кліпання СП тоншає, проте водяниста плівка на ПО утримується до наступного кліпання, яке її відновлює. СП складається з муцину, водянистого шару та ліпідного шару, і всі ці компоненти відіграють певну роль у функціонуванні СП. Так, зміни муцинового компонента СП асоціюються з нестабільністю СП, а ліпідний шар запобігає випаровуванню слъози (Willcox M.D.P. et al., 2017).

Результати застосування слъозозамінників часто є незадовільними. Передусім через те, що штучні слъози не ідентичні природним, які являють собою емульсію олії у воді. Частина з наявних на фармацевтичному ринку слъозозамінників (ізотонічні розчини, водянисті полімерні гелі) мають водянисту природу й не чинять жодного впливу на стабільність СП, не запобігають випаровуванню слъози і надзвичайно недовго перебувають на ПО. Тож увагу сучасного медичного співтовариства сфокусовано на пошуку штучних сліз, які були би більш схожими на природні й, відповідно, більш ефективними.

Особливої уваги в контексті лікування ХСО заслуговує катіонна емульсія (КЕ), яка має такі властивості, як здатність посилювати стабільність СП, зволожувати й змашувати ПО, протективно впливати на ПО, протидіяти випаровуванню слізної рідини. Важливою особливістю КЕ є значна тривалість ефекту.

При інстиляції КЕ виникають електростатичні сили тяжіння між позитивно зарядженими наночастинками олії і негативно зарядженими муцинами ПО, що покращує розповсюдження засобу й подовжує тривалість перебування його на ПО (Jones L. et al., 2017). Важливо, що КЕ взаємодіє з усіма компонентами СП: ліпідним шаром (відновлення вмісту ліпідів, протидія випаровуванню, стабілізація СП), водянистим шаром (зволоження, тривале перебування засобу на ПО) і муциновим шаром (електростатичне прилипання засобу, змашування й захист ПО) (Lallemant F. et al., 2012; Lyseng-Williamson K.K. et al., 2016).

У багатоцентровому відкритому рандомізованому дослідженні II фази, проведеному M. Amrane і спів-авт. (2014), порівнювали ефективність КЕ і полівінілалкогольовидону (ПВА-П). У дослідженні взяли участь пацієнти з ХСО незначної й помірної тяжкості віком ≥ 18 років, що лікувалися з приводу ХСО впродовж ≥ 3 міс. Діагноз ХСО ставили за наявності щонайменше трьох з-поміж таких показників: середній час розриву СП (ЧРСП) ≤ 10 с, оцінка за тестом Ширмера без анестезії ≤ 10 мм/5 хв, оцінка забарвлення рогівки флуоресцеїном за Оксфордською шкалою > 1 , оцінка забарвлення рогівки лісаміновим зеленим за шкалою ван Бійстервельда ≥ 3 – у поєднанні з наявністю щонайменше двох таких симптомів, як відчуття печіння, сухість ока, свербіж, біль, відчуття піску в очах, відчуття липкості чи стороннього предмета, фотофобія. Вираженість кожного із цих симптомів оцінювали окремо за шкалою від 0 до 3 балів. Відповідно до оцінки загального дискомфорту з боку ока (сума оцінок за кожним із восьми перелічених вище симптомів), покращення було достовірно більше вираженим у групі КЕ, ніж у групі ПВА-П, уже на 7-й день лікування ($p=0,020$). Перевага КЕ збереглася і на 28-й день. У групі КЕ також більш



виражено зростав ЧРСП (на 1,7 с проти 0,6 с у групі ПВА-П, $p=0,015$). Застосування КЕ вірогідно покращувало оцінку забарвлення лісаміновим зеленим порівняно з ПВА-П, що свідчить про протективну дію на ПО. Кількість побічних ефектів у обох групах була однаковою; несприятливого впливу лікування на рівень внутрішньоочного тиску не зафіксовано.

У проспективному багатоцентровому рандомізованому дослідженні NOSIKA взяли участь 85 пацієнтів із помірно тяжкою і тяжкою ХСО в поєднанні з кератитом чи кератокон'юнктивітом. Під час цього дослідження ефективність і безпечність КЕ порівнювали з аналогічними показниками 0,18% розчину гіалуронату натрію (Robert P.Y. et al., 2016). На 28-й день лікування КЕ продемонструвала однаковий із гіалуронатом вплив на забарвлення ПО. Покращення зафіксовано вже на 7-й день лікування. Частка хворих зі зменшенням ступеня забарвлення рогівки флуоресцеїном стало знижувалася протягом застосування обох препаратів. У групі КЕ цей показник був дещо вищим, хоча різниця не сягнула рівня істотності. Загальна оцінка тяжкості симптомів ХСО стало зменшувалася протягом лікування, проте на 28-й день покращення було вірогідно більш вираженим у групі КЕ. У групі КЕ також істотно зменшилося відчуття болю в оці й покращився стан пацієнтів, коли вони керують автомобільним транспортом, порівняно з групою гіалуронату натрію. Кількість побічних ефектів була дещо вищою серед учасників, що користувалися гіалуронатом.

Доповідач підсумовує: ХСО є мультифакторним захворюванням ПО, що характеризується втратою гомеостазу СП (Craig J.P. et al., 2017). Підходи до ведення пацієнтів із ХСО спрямовано на переривання патогенетичного хибного кола цієї хвороби (Jones L. et al., 2017). КЕ є ліпідовмісними очними краплями, які допомагають стабілізувати всі три шари СП. Наслідком застосування КЕ є зменшення вираженості симптомів, збільшення ЧРСП і зниження забарвлення рогівки лісаміновим зеленим у пацієнтів із ХСО незначної й середньої тяжкості (Amrane M. et al., 2014). КЕ робить сприятливий вплив на ПО й ефективно знижує відчуття дискомфорту в оці у пацієнтів із помірно тяжкою й тяжкою ХСО (Robert P.Y. et al., 2016). КЕ характеризується хорошим профілем безпеки (Amrane M. et al., 2014; Robert P.Y. et al., 2016). КЕ зволожує й захищає ПО, а також сприяє відновленню її при ХСО.

Наприкінці доповіді слухачам запропонували відповісти на кілька питань, проголосувавши з допомогою електронних пристроїв.

Яке із цих тверджень є правильним?

А). Штучні слъозозамінники слід застосовувати лише на першому етапі лікування ХСО.

Б). КЕ підтримує оптимальний стан усіх трьох шарів СП, посилюючи її стабільність.

В). КЕ добре «прилипає» до позитивно зарядженої ПО, що покращує рівномірність розподілення її та час перебування на ПО.

Г). КЕ характеризується менш тривалим часом перебування на ПО, ніж інші лубриканти.

(Правильна відповідь – Б.)

Яке із цих тверджень неправильне?

А). КЕ стабілізує всі 3 шари СП, покращуючи стан ПО при ХСО незначної й середньої тяжкості.

Продовження на стор. 58.

Хвороба сухого ока: сучасні погляди на патогенез та інноваційні рішення в лікуванні

Продовження. Початок на стор. 57.

Б). КЕ робить сприятливий вплив на забарвлення ПО у пацієнтів із помірно тяжкою й тяжкою ХСО.

В). КЕ часто спричиняє подразнення ока після інстиляцій.

Г). У пацієнтів із ХСО КЕ є вдалим вибором лубриканта завдяки здатності «прилипати» до ПО.

(Правильна відповідь – В.)

Професор Andrea Leonardі, виступаючи, охарактеризував доказову базу 0,1% КЕ ЦсА. Процитоване вище визначення ХСО допомагає виділити головні патогенетичні підвалини цього захворювання, серед яких утрата гомеостазу СП, нестабільність СП, гіперосмолярність, запалення й опосередковане ним пошкодження, нейро-сенсорні розлади (Bron A.J. et al., 2017; Craig J.P. et al., 2017). Загалом ХСО можна поділити на два провідні різновиди: вододефіцитну ХСО і ХСО, пов'язану з надмірним випаровуванням. Попри певні відмінності в патогенезі обидва ці різновиди супроводжуються морфологічними й біохімічними порушеннями епітелію рогівки. Роль запалення в розвитку таких порушень важко переоцінити.

Стрес, асоційований із постійним висушуванням ПО, спричиняє запалення ПО як у пацієнтів із ХСО, так і у здорових осіб. Однак слід зазначити, що ХСО розвивається не в усіх. Про поширеність цього захворювання свідчить те, що на ХСО хвибує близько 34% населення світу (Lekhanont K.A. et al., 2006). Приблизно такий самий показник (35%) фіксують у Європі (Jacobsson L.T.H. et al., 1989). Факторами ризику ХСО виступають: жіноча стать, похилий вік, високий рівень естрогенів, певні чинники довкілля (Moss S.E., 2000; Versura P., 2015; Um S.B., 2014; Paulsen A.J., 2014).

Ознаками тяжкої ХСО є точкові ерозії, нитчастий кератит, виразкування й утворення шрамів рогівки,

гіпоестезія рогівки, погіршення й утрата зору, зниження якості життя та збільшення частоти психологічних розладів порівняно з особами без ХСО (Messmer E.M., 2015; Behrens A. et al., 2006; Bourcier T. et al., 2005; Miljanović B. et al., 2007; Buchholz P. et al., 2006; Na K.S. et al., 2015). ХСО важить і з соціального погляду, адже супроводжується значним фінансовим навантаженням як на окремих пацієнтів, так і на систему охорони здоров'я в цілому (Clegg J.P. et al., 2006; Schiffman R.M. et al., 2003).

ХСО є мультифакторним захворюванням, тому взаємний вплив патогенетичних механізмів урештому й підсилює зачароване коло запалення й ушкодження ПО (Baudouin C. et al., 2013). Це зумовлює потребу ефективного протизапального лікування тривалої дії. Топічні ГКС і штучні слюзи забезпечують лише нетривале покращення (Pflugfelder S.C., 2004). Своєю чергою, ЦсА характеризується сприятливим впливом на запальний компонент ХСО й може застосовуватися для тривалого лікування (Lallemand F. et al., 2003; Barber L.D. et al., 2005). 2015 року КЕ ЦсА схвалили у країнах Євросоюзу для лікування тяжкого кератиту в дорослих пацієнтів із ХСО, які не відповідали на лікування слюзозамінниками. Натепер 0,1% КЕ ЦсА залишається єдиним препаратом цієї активної речовини, схваленим для топічного офтальмологічного застосування.

Ключовими перевагами ЦсА є: низька водорозчинність завдяки циклічній структурі; антиапоптичний вплив на епітелій кон'юнктиви; потужна протизапальна дія з гальмуванням проліферації Т-лімфоцитів (Schultz C. et al., 2014; Caparas V.L., 2015). Окремо слід наголосити на тому, що ЦсА реалізує імуномодулювальний і протизапальний ефект, не спричиняючи

значущих побічних ефектів, властивих ГКС (Schultz C. et al., 2014; Caparas V.L., 2015).

У мультицентровому рандомізованому подвійному сліпому контрольованому дослідженні SANSIKA взяли участь пацієнти з дев'яти європейських країн (Австрія, Бельгія, Чехія, Франція, Німеччина, Італія, Іспанія, Швеція, Велика Британія). Тяжку ХСО визначали за такими критеріями: забарвлення рогівки флуоресцеїном на рівні 4 за Оксфордською шкалою; результат за тестом Ширмера ≥ 2 мм / 5 хв і < 10 мм / 5 хв; оцінка за індексом захворювань ПО (Ocular Surface Disease Index, OSDI) ≥ 23 . Виявлено, що забарвлення ПО більш виражено знизилось у групі КЕ ЦсА, ніж у групі контролю.

Щоб визначити стійкість ефекту лікування КЕ ЦсА після припинення курсу терапії та виявлення чинників, що спричиняють рецидиви ХСО у лікованих хворих, продовжили дослідження SANSIKA (Labetoulle M. et al., 2018). З-поміж 62 пацієнтів, у яких спостерегли виражене покращення, у 38,7% відбувся рецидив ХСО. Дальший аналіз показав, що у групі КЕ ЦсА частка рецидивів становила 34,9%, а у групі контролю, пацієнти якої користувалися засобом без активних речовин, – 47,4%. Відтинок часу до настання рецидиву був більшим у групі КЕ ЦсА (32 тиж проти 25 тиж у групі контролю). Варто наголосити, що результати дослідження виявили важливість тривалої терапії ЦсА. Так, констатовано, що пацієнти, які лікувалися КЕ ЦсА 12 міс, довше зберігали оцінку забарвлення рогівки флуоресцеїном на рівні 1 бала, ніж пацієнти, які лікувалися 6 міс.

Найпоширенішим побічним ефектом був помірний біль в оці, коли застосовували краплі (у 13,0%), проте жодна з побічних реакцій не спричиняла припинення лікування.

Професор Leonardі підсумував: основою ХСО є хронічне запалення, що спонукає застосовувати протизапальну терапію. Ефективність і безпечність 0,1% КЕ ЦсА у разі лікування ХСО продемонстрували клінічні дослідження і відкрите продовження дослідження SANSIKA. Тривале лікування 0,1% КЕ ЦсА знижує вираженість запалення, добре переноситься пацієнтами й може модифікувати прогресування ХСО.

Підготувала **Лариса Стрільчук**

3

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПІКА

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ "БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"

АСОЦІАЦІЯ ДІТЯЧИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛІВ УКРАЇНИ
ГО «ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ»
ГО «ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ»

Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Міждисциплінарні підходи до діагностики та лікування захворювань органів респіраторної системи у дітей»
м. Чернівці, 17-18 жовтня 2019 р.
Палац «Академічний», вул. Шиллера, 11

Дводенна програма включатиме в себе обговорення та дискусії присвячені актуальним питанням сучасної отоларингології, педіатрії та сімейної медицини:

- респіраторна патологія дитячого віку;
- гострі інфекційно-запальні захворювання респіраторного тракту;
- бронхіальна астма та респіраторні алергози;
- особливості рецидивного та хронічного перебігу патології органів дихання;
- особливості вакцинації;
- запобігання розвитку антибіотикорезистентності;
- патології лімфаденоїдного глоткового кільця;
- захворювання гортані, носа і приносових синусів;
- проблеми ранньої діагностики та реабілітації порушень слуху;
- маршрутизація пацієнтів з урахуванням рівнів надання медичної допомоги.

Мова: українська, англійська, російська

Онлайн реєстрація учасників та додаткова інформація на сайті
pediatria.bsmu.edu.ua/respcnf2019

Реєстраційний внесок 200 грн, який включає в себе отримання матеріалів та сертифікату конференції, фуршет. Проживання оплачується окремо.

З питань проживання звертатися по тел. +38 (067)247 82 07; тел./факс: +38 (044) 244 91 83; e-mail: o.kornienko@males.com.ua

RESPCONF2019@GMAIL.COM

ОРГКОМІТЕТ:
Анатолій Косаковський +380503822652
Олена Колоскова +380506553988
Лариса Сидорчук +380991493966

АНОНС

II Міжнародний конгрес

Рациональне використання
антибіотиків у сучасному світі.
Antibiotic resistance STOP!



RESISTANCE

15-16 листопада, м. Київ



Захід проводитиметься у рамках Всесвітнього тижня належного застосування антибіотиків.

Детальна інформація на сайті: <http://antibiotic-congress.com>

Контактна інформація

Ірина Хоменко

тел.: (098) 613 33 01

E-mail: Homenko.medexpert@gmail.com

www.med-expert.com.ua

Інноваційна технологія Novasorb® для застосування один раз на день



**Разрывает
«порочный круг» воспаления
поверхностных тканей глаза**

ІКЕРВИС® розриває «порочне коло» запалення при синдромі сухого ока, завдяки чому істотно знижується пошкодження рогівки.^{1–3}



Коли слезозамісної терапії недостатньо, може допомогти ІКЕРВИС®

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Ікервис®

Склад: 1 мл емульсії містить 1 мг циклоспорино. **Показання до застосування.** Лікування тяжкого кератиту у дорослих пацієнтів із синдромом сухого ока при відсутності покращення на тлі терапії препаратами штучної слюзи. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Інфекції очей чи прилеглих тканин або підозра на них. **Особливості застосування.** Застосування лікарського засобу ІКЕРВИС® у пацієнтів з герпетичним ураженням очей в анамнезі не вивчали, тому його слід з обережністю застосовувати таким пацієнтам. Є обмежений досвід застосування препарату ІКЕРВИС® пацієнтам з глаукомою. Слід з обережністю застосовувати ІКЕРВИС® таким пацієнтам одночасно з іншими препаратами, особливо з бета-адреноблокаторами, які, як відомо, знижують слезовиділення. **Вплив на імунну систему.** Лікарські засоби, що впливають на імунну систему, в тому числі циклоспорин, можуть знизити захист організму хазяїна щодо інфекцій і злоякісних новоутворень. Одночасне застосування препарату ІКЕРВИС® з очними краплями, що містять кортикостероїди, може посилити дію препарату ІКЕРВИС® на імунну систему. **Важливість.** Лікарський засіб ІКЕРВИС® не рекомендується застосовувати у період вагітності, якщо тільки можлива користь для матері не перевищує потенційний ризик для плода. **Спосіб застосування та дози. Дорослі.** Рекомендована доза становить 1 краплю препарату ІКЕРВИС® один раз на добу в уражене око перед сном. Ефективність лікування слід оцінювати не рідше 1 разу на 6 місяців. **Діти.** Відсутній достатній досвід застосування препарату ІКЕРВИС® дітям (віком до 18 років) для лікування тяжкого кератиту із синдромом сухого ока при відсутності покращення на тлі терапії препаратами штучної слюзи. **Побічні реакції.** У більшості випадків небажані явища при застосуванні лікарського засобу ІКЕРВИС® у клінічних дослідженнях мали локальний характер і були легкого або помірного ступеня тяжкості. Еритема повік, збільшення слезотечі, гіперемія, розмитий зір, набряклість повік, гіперемія кон'юнктиви, подразнення очей, біль в очах. Біль у місці застосування. Подразнення, еритема, слезотеча у місці застосування. **Термін придатності.** 3 роки. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С. Не заморозувати. **Категорія відпуску.** За рецептом. Р. п. МОЗ України: № UA/17100/01/01.

Література:

1. Baudouin C et al. Br J Ophthalmol 2014;98:1168–1176.
2. DEWS (International Dry Eye Workshop). Ocul Surf 2007;5(2): 65–204.
3. Leonardi A et al. Eur J Ophthalmol 2016;26(4):287–296.

Даний матеріал не є рекламою лікарського засобу, містить виключно наукову та медичну довідкову інформацію, призначений для персонального використання і/або наданий за запитом.

Перед призначенням будь-якого препарату, згаданого у цьому матеріалі, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом інструкції виробника щодо застосування препарату. SANTEN не рекомендує застосовувати продукти з метою, що відрізняється від тих, які описані в інструкції для застосування даної продукції. Даний матеріал призначений лише для медичних фахівців і для розповсюдження під час спеціалізованих медичних заходів і для друку в спеціалізованих медичних журналах. Виготовлений: серпень 2019 р. Дійсний до: серпень 2021 р.

Представництво «Сантен Ой» в Україні: м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корпус 7-В, офіс 15. Тел.: +38 044 200 68 85.