

# СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТУБОУВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Проф. Н. И. Козуб, К. В. Сыкал, доц. И. Н. Сыкал, доц. Н. А. Сыкал

**Харьковская медицинская академия последипломного образования**

*Тубоовариальные образования придатков матки составляют 13–25 % среди острых заболеваний гениталий у женщин репродуктивного возраста. Инфекции, приводящие к образованию тубоовариального абсцесса, приводят к бесплодию в 76 % случаев, а к внематочной беременности — в 11 %. Проведение органосохраняющего оперативного лечения у пациенток с тубоовариальными образованиями приводит к беременности лишь у 25 % женщин, медикаментозная терапия восстанавливает репродуктивную функцию у 4–15 % пациенток. Комбинация медикаментозного и лапароскопического лечения способствует наступлению беременности у 32–64 % пациенток, в связи с чем дальнейшие разработки комбинированных способов лечения пациенток с тубоовариальными образованиями является актуальной проблемой в гинекологии.*

**Ключевые слова:** тубоовариальные образования, тубоовариальные абсцессы, бесплодие.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТИОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ТУБОУВАРІАЛЬНИМИ УТВОРЕННЯМИ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Проф. М. І. Козуб, К. В. Сикал, доц. І. М. Сикал, доц. Н. О. Сикал

*Тубооваріальні утворення придатків матки складають 13–25 % серед гострих захворювань геніталій у жінок репродуктивного віку. Інфекції, які спричиняють утворення тубооваріального абсцесу, призводять до безпліддя у 76 % випадків, а до позаматкової вагітності — в 11 %. Проведення органозберігаючого оперативного лікування у пацієнток із тубооваріальними утвореннями дає змогу завагітніти лише 25 % жінок, медикаментозна терапія відновлює репродуктивну функцію у 4–15 % пацієнток. Комбінація медикаментозного і лапароскопічного лікування сприяє настанню вагітності у 32–64 % пацієнток, у зв'язку з чим подальші розробки комбінованих способів лікування пацієнток із тубооваріальними утвореннями є актуальною проблемою в гінекології.*

**Ключові слова:** тубооваріальні утворення, тубооваріальний абсцес, безпліддя.

## THE MODERN VIEW OF THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND TREATMENT OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH TUBO-OVARIAL ADNEXAL FORMATION

N. I. Kozub, K. V. Sykal, I. N. Sykal, N. A. Sykal

*Tubo-ovarial adnexal education constitute 13–25 % of acute genital diseases in women of reproductive age. Infection leading to formation of tubo-ovarian abscesses cause infertility in 76 % of cases, and ectopic pregnancy in 11 %. Carrying organ-operative treatment in patients with tubo-ovarian pregnancy education leads to only 25 % of cases and conducting medical therapy restores reproductive function in 4–15 % of patients. The combination of medication and laparoscopic treatment contributes to pregnancy in 32–64 % of patients, and therefore the further razrobotki combined methods of treatment of patients with tubo-ovarian formations is an urgent problem in gynecology.*

**Keywords:** tubo-ovarial formation, tubo-ovarial abscess, infertility.

Острые гинекологические заболевания придатков матки составляют 1–26 % среди всех заболеваний женщин [11]. Частота возникновения тубоовариальных абсцессов среди острых заболеваний составляет 13–25 % и, как правило, они возникают у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, 59 % из этих женщин нерожавшие [26]. Некоторые авторы сообщают об увеличении частоты тубоовариальных абсцессов в 3

раза [13]. Наиболее редко наблюдается возникновение тубоовариального абсцесса у девочек-подростков (девственниц). В литературе описано 8 случаев их возникновения [20]. Основной причиной возникновения тубоовариального абсцесса, являются инфекции, передающиеся половым путем [8]. Тубоовариальный абсцесс развивается после острых воспалительных заболеваний придатков матки в 48,4 % случаев, в 35,5 % случаев

после использования женщинами внутриматочными спиралями (ВМС) в течение года, а также после внутрибрюшного хирургического вмешательства — в 29 % случаев [28]. Тубоовариальный абсцесс может возникать также и как осложнение после тазовой и брюшной хирургии, злокачественных опухолей, и как осложнение аппендэктомии [22]. Учитывая нарастание этой проблемы, в настоящее время достаточно остро стоит вопрос о сохранении репродуктивной функции у пациенток с тубоовариальными абсцессами. Инфекции, приводящие к формированию тубоовариального абсцесса, приводят к бесплодию у 56 % пациенток и возникновению внематочной беременности у 11 % женщин репродуктивного возраста [7, 25]. Инфекции в полости малого таза повышают шанс развития эктопической беременности от 1,5 до 6,8 раза [9]. Процесс формирования воспалительных образований придатков сложен. Этиология тубоовариального абсцесса полимикробная. Распространение инфекции идет преимущественно интраканаликулярным путем: от эндометрия (при внутриматочных кровотечениях, абортах, внутриматочных вмешательствах, наличии ВМС) к маточным трубам и яичникам с развитием эндометрита, гнойного сальпингита и оофорита и к формированию тубоовариального абсцесса [12].

Клинические проявления гнойного воспалительного процесса придатков матки разнообразны. Острый тубоовариальный абсцесс начинается с повышения температуры, тахикардии, острых болей локального характера в левой или правой гипогастриальной области, иррадирующих в поясницу, прямую кишку и бедро на стороне поражения, проявляется эмоционально-невротическими расстройствами с симптомами возбуждения или депрессии, эмоциональной лабильности, явлениями диспареунии. При влагалищном исследовании четких образований придатков пропальпировать не удастся из-за резкой болезненности и перитонеальных явлений. Наиболее типичный признак — болезненность при смещении шейки матки и при пальпации заднего и боковых сводов [10].

Диагностика тубоовариального абсцесса основана на жалобах (острые боли в области таза выявляются в 100 % случаев, лихорадка — в 54,8 % случаев), при объективном обследовании выявляются симптомы интоксикации, болевой симптом, гемодинамические расстройства; выделения из влагалища имеют место в 77,4 % случаев, нерегулярные менструальные кровотечения — у 45,2 % пациенток. При лабораторных исследованиях капиллярной крови выявляется: повышение СОЭ в 71 % случаев, повышение уровня С-реактивного белка в 71 % случаев, лейкоцитоз — у 61,3 % пациенток [28]. У 55–65 % больных

с тубоовариальным абсцессом развивается ранний почечный синдром. Функциональные нарушения мочевыводящей системы встречаются у 2/3 больных, а у половины больных развивается гидроуретер и гидронефроз вследствие вовлечения в воспалительный процесс тазовой и предпузырной клетчатки [12].

Воспалительная опухоль придатков при ультразвуковой диагностике характеризуется, как правило, образованием, размеры которого превышают 6 см в диаметре. Зачастую эти образования имеют неправильную форму, и нечеткий широкий контур (при отсутствии перфорации) (рис. 1).



Рис. 1. Наиболее типичная локализация тубоовариального абсцесса — позади матки

В структуре воспалительных опухолей преобладает патология маточной трубы, которая в зависимости от отдела трубы может быть расширена от 8–9 мм до 45–60 мм. При этом содержимое трубы бывает чаще мелкозернистое (кровь), грубозернистое (гной), однородное (сероза) (рис. 2).

Стенки трубы утолщаются и видна ее трехстеночная структура, при этом больше утолщается



Рис. 2. Тубоовариальный абсцесс, образование уровня жидкости разных по плотности сред

внутренняя стенка, которая зачастую имеет выступы в просвет трубы. Если в процесс вовлечен яичник, то его структура меняется в сторону неоднородной трансформации с образованием полостей неправильной формы, различной величины, чаще с мелкозернистым содержимым (рис. 3).

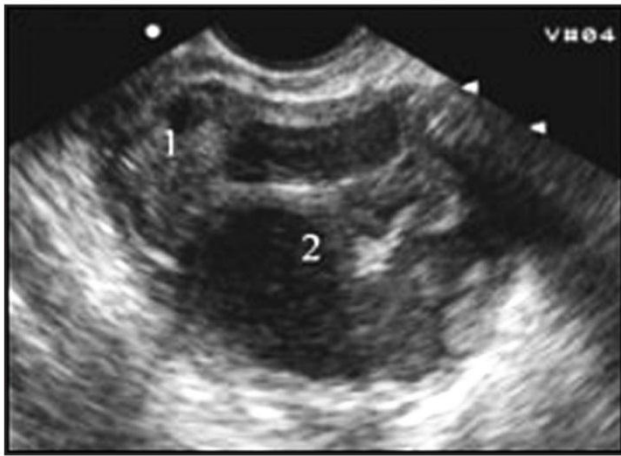


Рис. 3. Тубоовариальный комплекс — яичник (1) и пиосальпинкс (2)

Попытка смещения воспалительной опухоли вызывает резкую болезненность (рис. 4). Описанное образование тесно прилежит к одному из ребер матки, не смещается при исследовании (рис. 5). При перфорации воспалительной опухоли позади матки определяется до 50 мл неоднородной, иногда расслаивающейся жидкости. В случае дренирования воспалительной опухоли через матку полость матки имеет щелевидное расширение.

Дифференциальную диагностику проводят с острой патологией брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, кишечная непроходимость, хирургический перитонит, онкологический процесс), а также при подозрении на мочекаменную болезнь, опухоль мочевого пузыря, гнойный цистит и пиелонефрит [12].

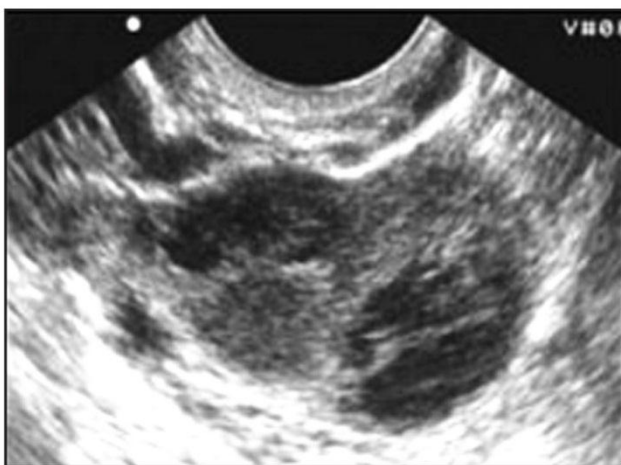


Рис. 4. Тубоовариальный абсцесс — дифференцировать придатки нереально

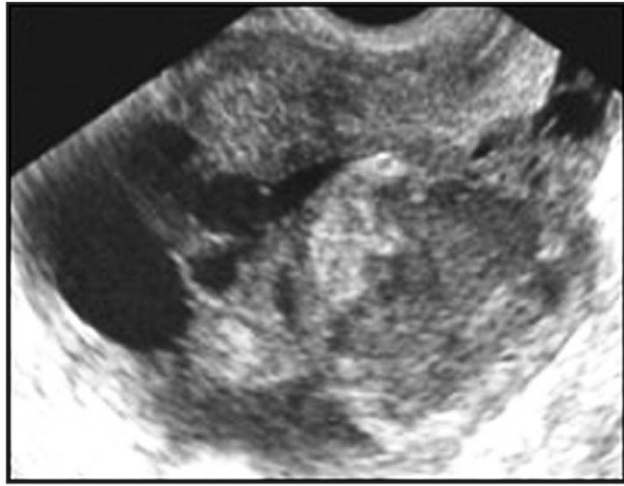


Рис. 5. Тубоовариальный абсцесс

Значительные трудности представляет проведение дифференциального диагноза с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Характерным клиническим симптомом острого аппендицита является боль в правой подвздошной области живота и реакция всего организма. Наиболее часто боли возникают неожиданно и без видимых причин. Боли усиливаются при положении больной лежа на левом боку и снижаются лежа на правом. Больная испытывает тошноту, если возникает рвота, то чаще однократная. Температура держится в основном около  $37,5^{\circ}$ , разность температур в подмышечной впадине и прямой кишке более  $1^{\circ}$ . При осмотре язык обложен белым налетом. Живот отстает в акте дыхания. Последовательная и аккуратная пальпация всего живота, начиная с левой половины и переходя на правую, позволяет установить локализацию боли и напряжение мышц передней брюшной стенки [14, 23].

Главным признаком острого холецистита является боль, носящая характер печеночной (желчной) колики. Колика возникает внезапно в правом подреберье, чаще ночью и носит схваткообразный характер со смещением в правое плечо и лопатку, правую половину шеи и лица. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, иногда замедлением частоты сердечных сокращений и повышением температуры. Боли бывают настолько сильными, что пациентки теряют сознание. Смещаясь в левую половину грудной клетки, боль может вести к аритмии (холецистокардиальный синдром). При осмотре резкая болезненность в правом подреберье, усиливающаяся при покалывании по краю реберной дуги. Длительность течения острого холецистита — от 2–3 нед. до 2–3 мес. [2].

Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости — схваткообразные боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов.

Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости и ее уровня, а также от длительности заболевания. Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без каких-либо предвестников. При обтурационной кишечной непроходимости вне схваткообразного приступа они обычно полностью исчезают. Странгуляционной непроходимости свойственны постоянные резкие боли, которые периодически усиливаются. При аускультации определяется усиленная перистальтика. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2–3-и сут., когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми распирающими болями в животе [1, 17].

Клинические проявления распространенного перитонита многообразны и складываются в большинстве случаев из симптомов основного заболевания и «наслоения» на них признаков воспаления брюшины, абдоминального сепсиса или септического шока. Так же, как симптомы местного перитонита являются составной частью клинических проявлений острых заболеваний органов брюшной полости, так и семиотика распространенного воспаления брюшины включает проявления этих заболеваний. Клинические проявления распространенного перитонита определены сочетанием 3 моментов.

Синдром, характерный для заболевания или травмы, вызвавших перитонит:

- острое начало — «кинжальная» боль; перфорация полого органа, абсцессов или кист, нарушение мезентериального кровообращения, странгуляция кишечника, травма;
- постепенное развитие — гнойно-деструктивные заболевания органов брюшной полости, первичный перитонит.

Синдром распространенного воспаления брюшины:

- постоянные боли в животе;
- напряжение брюшных мышц;
- симптомы раздражения брюшины (Щеткина–Блумберга, Воскресенского, Куленкампа);
- симптомы кишечной недостаточности (рвота, отсутствие перистальтики и дефекации, вздутие живота) [3, 4, 16].

Острый цистит возникает обычно внезапно, через некоторое время после переохлаждения или воздействия другого провоцирующего фактора. Основными его симптомами являются частые болезненные мочеиспускания, боли внизу живота, пиурия. Интенсивность болей при мочеиспускании нарастает. Боль может принимать почти постоянный характер, но чаще связана с актом

мочеиспускания и возникает в начале, в конце или на протяжении всего акта мочеиспускания; нарушение выведения мочи; неполное опорожнение мочевого пузыря; прерывистая слабая струя мочи; боли внизу живота и в области поясницы. В связи с учащенными императивными позывами к мочеиспусканию больные не в состоянии удерживать мочу [19].

У больных с острым пиелонефритом характерно: повышение температуры тела, появление боли ноющего характера в поясничной области. После нескольких часов лихорадки температура обычно критически снижается, что сопровождается обильным потоотделением, но спустя некоторое время или на следующий день, часто в одно и то же время суток, приступ лихорадки возобновляется и носит гектический или интермиттирующий характер. Боли обостряются при нарушении проходимости мочевых путей и иррадиируют в надлобковую область, промежность, бедро, наружные половые органы. Может наблюдаться болезненное учащенное мочеиспускание. При бимануальной пальпации часто определяют увеличение размеров почки. Мышцы поясничной области напряжены, симптом Пастернацкого положительный. У ряда больных отмечается искривление позвоночника в сторону пораженной почки [6, 18].

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) характеризуется образованием камней в мочевой системе (почках, мочеточниках и мочевом пузыре). Клиническая картина мочекаменной болезни зависит от формы, размеров, количества и локализации конкрементов. Основными и наиболее частыми проявлениями мочекаменной болезни являются: боли — локализуются преимущественно в поясничной области или в животе, могут быть острыми или тупыми, периодическими или постоянными. Камни мочеточников вызывают острые приступы болей (почечную колику) с иррадиацией в подвздошную или паховую область, на внутреннюю поверхность бедра, в половые органы. Камни в мочевом пузыре являются причиной болей над лонем. Гематурия (кровь в моче) — отмечается у большей части больных с мочекаменной болезнью, усиливается при движении [5, 27].

Консервативное лечение тубоовариального абсцесса начинают с антибактериальной терапии: антибиотики широкого спектра действия, которые назначаются в сочетании с метронидазолом — пенициллиновый и аминогликозидный ряд; цефалоспорины и аминогликозиды; цефалоспорины и тетрациклин; возможна комбинация линкомицина или клиндамицина с аминогликозидами, но часто результат такого лечения малоэффективен. К хирургическому вмешательству прибегают в 25 % случаев [15, 21].

Хирургическое лечение tuboовариальных образований возможно как лапаротомическим, так и лапароскопическим доступами. Органосохраняющее вмешательство лапароскопическим доступом с дренированием абсцесса выполняют у 22,6% пациенток, лапаротомия и дренирование абсцесса выполняется у 32,3% больных, одностороннее удаление придатков матки проводится у 12,9% женщин, гистерэктомия с двухсторонним удалением придатков матки выполняется у 12,9% пациенток [28]. Если есть подозрение на разрыв tuboовариального абсцесса и пациентке проведено органосохраняющее хирургическое лечение, то наступление беременности наблюдается в 25% случаев, если нет подозрений на разрыв tuboовариального абсцесса и пациентка получала только медикаментозную терапию, то наступление беременности в последующем составляет от 4 до 15%, а если сразу после установления диагноза tuboовариальный абсцесс прибегают к медикаментозному лечению

и немедленной лапароскопии с дренированием в течение 24 ч, то частота наступления беременности составляет 32–63% [24]. Кроме того, существует альтернативный подход в лечении tuboовариального абсцесса, который заключается в трансвагинальном дренировании абсцесса под ультразвуковым контролем [23].

### ВЫВОДЫ

Восстановление репродуктивной функции пациенток с tuboовариальным абсцессом является актуальной проблемой в гинекологии. Учитывая достаточно негативное влияние tuboовариального абсцесса на репродуктивную функцию женщин (бесплодие в последующем у 56% и наступление внематочной беременности в 11% случаев) в перспективе необходима разработка новых подходов к ведению данных пациенток, позволяющих увеличить количество больных с восстановленной репродуктивной функцией.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бабаджанов Б. Р. Диагностика и лечение ранней острой спаечной кишечной непроходимости / Б. Р. Бабаджанов, Б. Н. Курьязов, О. Б. Таджикибаев // Хирургия Узбекистана. — 2001. — № 2. — С. 82–83.
2. Васильев В. Е. Острый холецистит: современные технологии лечения / В. Е. Васильев, А. Б. Перунов // Консилиум. — 2001. — № 7. — С. 36–42.
3. Гостищев В. К. Перитонит / В. К. Гостищев, В. П. Сажин, А. Л. Авдовенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 240 с.
4. Гостищев В. К. Общая хирургия / В. К. Гостищев. — 4-е изд., перераб., доп. и испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.
5. Дзюрак В. С. Мочекаменная болезнь / В. С. Дзюрак, С. А. Возианов // Мистецтво лікування. — 2004. — № 7. — С. 72–76.
6. Довлатян А. А. Острый пиелонефрит беременных / А. А. Довлатян. — М.: Медицина, 2004. — 216 с.
7. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, А. М. Абубакирова, Т. А. Федорова. — М.: Медицина, 1998. — С. 206.
8. Использование новых технологий в лечении больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки / Т. А. Макаренко, В. Б. Цхай, В. Н. Соколов, Е. С. Серикова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2011. — № 1. — С. 63–66.
9. Козуб М. І. Трубная беременность: этиология, патогенез, психофизиологические и хирургические аспекты ее лечения / М. І. Козуб, М. М. Козуб, М. Ю. Клімова // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтернет, 2011. — С. 54–58.
10. Краснопольский В. И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина. — М.: МЕДпресс, 1999. — 233 с.
11. Кулаков В. И. Отдаленные результаты лечения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / В. И. Кулаков, А. С. Гаспаров, А. Г. Козаченко // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М.: Пантори, 2005. — 220 с.
12. Кулаков В. И. Гинекология — национальное руководство / В. И. Кулаков, Г. М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1150 с.
13. Некоторые современные аспекты этиологии, клинической картины и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки / С. Л. Синчихин, О. Б. Мамиев, Е. В. Лахилова, А. В. Буров // Гинекология. — Т. 12, № 5. — С. 10–14.
14. Петров С. В. Общая хирургия: учебное пособие для мед. вузов / С. В. Петров. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 767 с.
15. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р.
16. Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. В 2-х т. / В. С. Савельев, А. И. Кириенко. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 608 с.

17. Тинтиналли Дж. Э. Неотложная медицинская помощь / Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза [пер. с англ.]. — М.: Медицина, 2001. — С. 120–134.
18. Тиктинский О. Л. Нефрология / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина. — М.: Медицина, 1996. — С. 94–100.
19. Циститы / Г. Н. Скрябин, В. П. Александров, Д. Г. Кореньков, Т. Н. Назаров. — СПб: ИД СПбМАПО, 2006. — 148 с.
20. Goodwin K. Tubo-ovarian abscess in virginal adolescent females: a case report and review of the literature / K. Goodwin, N. Fleming, T. Dumont // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. — 2013. — Aug. — Vol. 26 (4). — P. 99–102.
21. Granberg S. The management of pelvic abscess / S. Granberg, K. Gjelland, E. Ekerhovd // Best Pract. Res. Clin. Obstet Gynaecol. — 2009. — Oct. — Vol. 23 (5). — P. 94–120.
22. Granulicatella tubo-ovarian abscess in an adolescent virginal female / W. G. Gensheimer, S. Y. Reddy, M. Mulconry, C. Greves // J. Pediatr. Abiotrophia Adolesc Gynecol. — 2010. — Feb. — Vol. 23 (1). — P. 9–12.
23. Hugh T. B. Appendectomy — becoming a rare event? / T. B. Hugh, T. J. Hugh // Med. J. Aust. — 2001. — Vol. 175 (1) — P. 7–8.
24. Laparoscopic entry techniques / G. Ahmad, H. O'Flynn, J. M. Duffy [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. — 2012. — Feb. — № 15. — P. 64–70.
25. Lareau S. M. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess / S. M. Lareau, R. H. Beigi // Infect. Dis. Clin. North Am. — 2008. — Dec. — Vol. 22 (4). — P. 693–708.
26. Rosen M. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility / M. Rosen, D. Breitkopf, K. Waud // Obstet Gynecol. Surv. — 2009. — Oct. — Vol. 64 (10). — P. 200–210.
27. Skolarikos A. Percutaneous Nephrolithotomy and its Legacy / A. Skolarikos, G. Alivizatos, J. J. de la Rosette // European Urology. — 2005. — Vol. 47, № 1. — P. 22–28.
28. Tubo-ovarian abscesses: A retrospective analysis of risk factors, clinical features, and treatments / Hatice Ender Soyding, Mehmet Siddik Evsen, Ali Özler [et al.] // Gaziantep Med. J. — 2013. — Vol. 19 (2). — P. 71–75.

### ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Пропонуємо Вам передплатити журнал на 2015 рік  
**«ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ»**

Вартість одного номера — 46 грн

ф. СП-1


**А Б О Н Е М Е Н Т**  
 На ~~таблетку~~ журнал **89215**  
(індекс видання)

**Проблеми безперервної медичної освіти та науки**  
(найменування видання)

Кількість комплектів	
на 20 <b>15</b> рік по місяцях	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	<b>р і ч н а</b>

Куди: \_\_\_\_\_  
(поштовий індекс) (адреса)

Кому: \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали)

---

**ДОСТАВНА КАРТКА-ДОРУЧЕННЯ**


**А Б О Н Е М Е Н Т**  
 На ~~таблетку~~ журнал **89215**  
(індекс видання)

**Проблеми безперервної медичної освіти та науки**  
(найменування видання)

Вартість	передплати	грн.	коп.	Кількість комплектів
	перeadресування	грн.	коп.	
на 20 <b>15</b> рік по місяцях				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	<b>р і ч н а</b>			

поштовий індекс \_\_\_\_\_ місто \_\_\_\_\_ село \_\_\_\_\_

код вулиці \_\_\_\_\_ область \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ вулиця \_\_\_\_\_

буд. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ Прізвище, ініціали \_\_\_\_\_