

С.П. Пасечніков

Сергій Петрович Пасечніков — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри урології  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ

## Цистит: етіопатогенез, класифікація, клінічна картина, діагностика, лікування

Цистит — запалення слизової оболонки сечового міхура. Розповсюдженість гострого циститу (ГЦ) в Україні становить 314 на 100 тис. населення, хронічного циститу (ХЦ) — 135 на 100 тис. населення. Більшість хворих — жінки молодого віку та жінки у передміжкритичному періоді. У середньому кожен епізод ГЦ у жінок пов'язаний з наявністю симптомів протягом 6,1 доби, обмеженням активності упродовж 2,4 доби, неможливістю відвідати заняття або роботу протягом 0,4 доби.

### Етіопатогенез

Фактором виникнення циститу є наявність патогенних мікроорганізмів та дистрофічних конгестивних процесів у стінці сечового міхура. У більшості випадків цистит викликаний грамнегативними бактеріями, з яких близько 80% становить *Escherichia coli*. Другий за частотою збудник ГЦ (11%) — *Staphylococcus saprophyticus*. Причиною решти випадків в основному є *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.* В етіології циститу певну роль відіграють урогенітальні інфекції, викликані *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*.

У жіночій групі 20–50 років цистит приблизно у 50 разів частіше виникає у жінок. У більш пізньому віці частота циститу зростає як у чоловіків, так і у жінок, причому співвідношення жінки/чоловіки зникається.

Високий рівень захворюваності у жінок значною мірою пов'язаний з порушенням нормального ритму сечовивипускнення. Особливо небезпечна рефлекторна затримка сечі, що виникає після пологів та операцій на органах черевної порожнини і таза. Наявність однократної катетеризації може призвести до інфікування сечовивідних шляхів.

Цистит супроводжує різноманітні патологічні стани сечовивідних шляхів та статевих органів і може бути першим клінічним

проявом аномалій розвитку, пієлонефриту, сечокам'яної хвороби, онкологічних та запальних уражень цих органів.

Фіксація збудника до слизової оболонки сечового міхура відбувається за наявності порушень уродинаміки нирок сечовивідних шляхів і підвищення внутрішньоміхурового тиску, що викликає венозний застій, ішемію, пошкодження стінок та їх дистрофічні зміни. Синдром внутрішньоміхурової гіпертензії виникає як при гіпотонії, так і при гіпертонії дотруора. Також ішемію слизової оболонки сечового міхура спричиняє переохолодження.

Інфекція проникає у сечовий міхур висхідним (по сечівнику), низхідним (з нирок), гематогенним і лімфогенним шляхами.

Умовами виникнення циститу є:

- наявність патогенних мікроорганізмів;
- порушення уродинаміки;
- дистрофія, розлади місцевого кровообігу (ішемія) або порушення цілісності стінок міхура;
- порушення ритму сечовивипускнення у жінок.

У жінок відзначають високу схильність до рецидивування циститу, що можна пояснити такими факторами, як:

- анатомо-фізіологічні особливості організму жінки (короткий та широкий сечівник, близькість до резервуарів умовно-патогенних мікроорганізмів);
- супутні гінекологічні захворювання із запальним та гормональним компонентами, що порушує дисбіоз піхви;
- частота статевих актів, особливості контрацепції.

### Класифікація

1. За патогенетичним принципом:
  - первинний;
  - вторинний, що виникає як ускладнення реніальних існуючих захворювань або аномалій сечового міхура і статевих органів.

2. За етіологією:

- інфекційний (неспецифічний, специфічний);
- хімічний;
- променевої;
- медикаментозний;
- термічний.

3. За перебігом:

- ГЦ;
- ХЦ (латентний, рецидивуючий), який частіше за все є вторинним.

4. Залежно від розповсюдженості запального процесу:

- дифузний (тотальний);
- вогнищевий;
- шийковий (тригоніт) — якщо у процес залучена тільки шийка сечового міхура.

5. Залежно від характеру і глибини патоморфологічних змін:

- катаральний, фолікулярний, гаморрагічний, виразковий, накротичний ГЦ;
- інкрустуваний, поліпозний, кістовий, виразковий, інтерстиціальний ХЦ.

### Клінічна картина

Головні симптоми ГЦ — часте і болісне сечовивипускнення, нерідко з імперативними позивами та нетриманням сечі, біль у проекції сечового міхура (лобкова ділянка, промежина) та сечівника. Майже у 40% жінок із ГЦ виявляють макрогоматурію, але цей симптом не є показником ускладненої інфекції. Інтенсивність болю не завжди відповідає вираженості морфологічних змін слизового шару сечового міхура і залежить від типу вищої нервової діяльності та ступеня підвищення тону дотруора (як до тангемів).

ХЦ є ускладненням гострого або іншого захворювання сечового міхура, сечівника, нирок та статевих органів (дивертикул, пухлина, конкремент, сторонні тіла, нервово-м'язова дисфункція сечового міхура,

## Канефрон® Н

При запальних захворюваннях нирок та сечового міхура

- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям гостіє
- потенціювання протизапальної терапії



Вироб. Т.Д. Біоноріка (Україна) ЛТД, м. Київ, вулиця Миколаївська, 100/101, 01011, Київська обл.  
 Українська філія Біоноріка (Україна) ЛТД, м. Київ, вулиця Миколаївська, 100/101, 01011, Київська обл.  
 Біоноріка (Україна) ЛТД, м. Київ, вулиця Миколаївська, 100/101, 01011, Київська обл.



стриктура сечівника, рак або доброякісна гіперплазія передміхурової залози, простатит, уретрит, хронічний пієлонефрит, туберкульоз), цукрового діабету, опущення піхви, хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів.

Клінічні симптоми ХЦ такі ж самі, як і при ГЦ, але менш виражені. Під час рецидивів реєструють класичну клінічну картину ГЦ.

Для геморагічного циститу характерна наявність у сечі домішків крові (можуть бути згустки), некротичного — некротизованих фрагментів слизового шару сечового міхура. Ятрогенне походження хімічного і термічного циститу пов'язане із введенням хімічно агресивної рідини, частіше — спиртового розчину йоду, або надмірно підігртої рідини. Променевий цистит виникає внаслідок променевої терапії ділянки таза.

У чоловіків цистит є переважно вторинним, у складі симптомокомплексу гострого простатиту.

Для ГЦ у жінок характерна тенденція до рецидивування та можливість ускладнення (висхідний пієлонефрит). Підвищення температури тіла та інтоксикації свідчать про ускладнення гострим висхідним пієлонефритом або про порушення цілісності слизового та м'язового шарів сечового міхура (виразковий та некротичний цистит).

Некротичний цистит — найбільш тяжку форму ГЦ — діагностують відносно рідко. Він пов'язаний зі стисненням задньої стінки сечового міхура і судин у поєднанні з інфекцією, введенням в сечовий міхур концентрованих розчинів хімічних речовин. Характерні висока температура тіла, виражена інтоксикація аж до бактеріотоксичного шоку, олігурія, анурія. Сеча мутна, із неприємним запахом, домішками крові, фібрину, фрагментами слизового шару. При перфорації сечового міхура розвиваються явища сечового перитоніту або тазової сечової флегмони.

## Діагностика

При фізикальному огляді виявляють болючість при пальпації над лоном, у жінок пальпація сечівника через піхву болюча, інколи гіперемованій зовнішній отвір сечівника.

Лабораторне дослідження включає:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі (лейкоцитурія, бактеріурія, еритроцитурія). Лейкоцитурію виявляють у всіх порціях сечі. Відсутність лейкоцитурії протирічить діагнозу ГЦ і ставить його під сумнів, але при шийковому циститі лейкоцитурія може бути відсутня;
- бактеріологічне дослідження при ГЦ, коли збудники та профілі їх антимікробної чутливості передбачувані, не є обов'язковим, при ХЦ — обов'язкове. Традиційний стандарт для діагностично значущої бактеріурії —  $\geq 10^5$  КУО/мл — встановлений понад 40 років тому. Результати більш пізніх досліджень показали, що цей стандарт не відповідає практичним вимогам, якщо його застосовувати у випадках гострого інфекційно-запального процесу. Так, майже  $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$  випадків ГЦ демонструють бактеріурію  $< 10^5$  КУО/мл. На практиці для діагностики ГЦ необхідно використовувати кількість колоній  $\geq 10^3$  КУО/мл.

Для діагностики циститу також застосовують:

- ультразвукове дослідження нирок, сечоводів, сечового міхура, передміхурової залози;
- екскреторну урографію (тільки при ХЦ та атиповому перебігу ГЦ);
- цистоскопію (тільки при ХЦ). Інструментальні дослідження при ГЦ взагалі протипоказані і виконуються тільки при затяжному перебігу запального процесу (понад 2–3 тиж). Цистоскопія також показана після регресу симптомів гострого геморагічного циститу.

Для жінок із ХЦ обов'язкова консультація гінеколога та обстеження на захворювання, що передаються статевим шляхом.

При ГЦ у жінок обов'язковий огляд зовнішнього отвору сечівника та вагінальне дослідження. За наявності вагінальних та уретральних виділень, герпетичних ерозій, неприємного запаху, гіперемії пацієнтки підлягають обстеженню у гінеколога на наявність захворювань, що передаються статевим шляхом.

## Диференційна діагностика

Диференційну діагностику при ГЦ проводять з туберкульозом, особливо при асептичній піурії, раком сечового міхура, доброякісною гіперплазією і раком передміхурової залози, каменем інтрамурального відділу сечовода, захворюваннями сечівника, міхурово-сечівникового сегмента, дивертикулом сечового міхура, нейрогенною дисфункцією сечового міхура, захворюваннями органів таза.

Перебіг гострого апендициту може супроводжуватися елементами симптомокомплексу ГЦ при тазовому розташуванні червоподібного відростка. Відзначають дизурію, мікрогематурію, незначну лейкоцитурію (5–10 лейкоцитів у полі зору). Але ГЦ не характеризується змінами в формулі крові, лейкоцитозом.

## Лікування

Терапія при ГЦ може бути як амбулаторною, так і в умовах стаціонару (при тяжкому або затяжному перебігу), лікування спрямоване на ліквідацію низки етіопатогенетичних факторів.

Хворим призначають спокій, молочно-рослинну дієту з виключенням гострих приправ, консервованих продуктів, м'ясних бульйонів, прийом достатньої кількості рідини (сечогінні трави, чай, мінеральна вода, ягідні морси, киселі). Показані (крім випадків геморагічного циститу) теплові процедури: сидячі ванни, сухе тепло, мікроклізма, зрошення піхви відварами трав.

## Медикаментозна терапія

У більшості випадків застосовують анальгезивні та спазмолітичні засоби. З анальгетиків, нестероїдних протизапальних препаратів та спазмолітиків призначають: кеторолак, кетопрофен, диклофенак, декскетопрофен, дротаверин, ректальні супозиторії з екстрактом красавки.

З урахуванням етіологічної структури збудників ГЦ проводять пероральну антибактеріальну монотерапію. Застосування у жінок антимікробних препаратів короткими курсами є вискоєфективним і бажаним

завдяки покращеній схемі, низькій вартості та меншій кількості побічних реакцій. Але необхідно враховувати потенційні додаткові витрати, пов'язані з невадим лікуванням або рецидивами, що виникають при короткостроковій терапії. Необхідно також оцінити потенційні психологічні аспекти лікування разовою дозою у тому розумінні, що симптоми можуть не регресувати за 2–3 доби і у хворі може виникнути помилкове враження про «недостатнє» лікування.

Американська та Європейська Асоціації урологів розробили рекомендації, що базуються на доказах. У висновках наголошується, що хворі реагують на терапію одноразовою дозою менш ефективно, ніж на той самий антибіотик, який приймають протягом певного часу. Водночас антибіотики, застосовані протягом 3 діб, мають такий самий ефект, як і препарати, тривалість прийому яких більша.

Існує положення, що антибіотик є першочерговим для емпіричної терапії тільки тоді, коли частка резистентності уропатогенів до нього нижча за 10–20%. На жаль, згідно з результатами вивчення цього питання, у нашому регіоні резистентність патогенної урофлори до сульфаметоксазолу/триметоприму (найбільш вивчений у країнах Європи препарат — 30 рандомізованих контрольованих досліджень) значно перевищує 20%, тому його застосування є недоцільним.

Доведено, що фторхінолонів еквівалентні сульфаметоксазолу/триметоприму, якщо їх приймати у 3-денному режимі. Доказів ефективності довшого терміну застосування цієї групи препаратів не існує, але в клінічній практиці частіше за все для всіх груп антибіотиків застосовують 5–14-денну схему. Із фторхінолонів призначають:

- норфлоксацин, пефлоксацин — 0,4 г 2 рази на добу;
- офлоксацин 0,2–0,4 г 2 рази на добу;
- ципрофлоксацин 0,25–0,5 г 2 рази на добу;
- левофлоксацин 0,25–0,5 г 1 раз на добу.

Також ефективні амоксицилін 0,5 г 3 рази на добу, амоксицилін/клавуланова кислота 0,375 г 3 рази на добу. Інші  $\beta$ -лактамі антибіотики демонструють нижчу ефективність (відповідних рандомізованих досліджень не проведено).

Нітрофурані потребують проведення подальших досліджень і наразі не можуть розглядатися як засіб для короткотермінової терапії. Рекомендований як мінімум 7-денний курс (фуразидин 0,05 г 3 рази на добу).

Альтернативним антибіотиком є фосфоміцин, застосування якого протягом 1–2 діб дозволяє ліквідувати симптоми захворювання у більшості пацієнтів. Добову дозу 3,0 г приймають увечері перед сном.

За відсутності регресу явищ ГЦ протягом 3–8 діб проводять заміну антибіотику або призначають комбіновану антибактеріальну терапію.

При гострому геморагічному циститі застосовують гемостатики:

- етамзилат натрію 12,5% 2,0 мл внутрішньом'язово 2–3 рази на добу;
- амінокапронову кислоту 0,5 г 3 рази на добу внутрішньо або 5% розчин по 30 мл 3–4 рази на добу внутрішньо.

Призначають також ендоскопічну дилатуючу або інстиляції 1% розчину формаліну по 120–150 мл (у виняткових випадках).

Лікування гострого променевого, термічного та хімічного циститу має свої особливості. Застосовують гормональні препарати (гідрокортизон, преднізолон, дексаметазон), препарати, що підвищують реактивність (метилурацил 0,5–1,0 г 4 рази на добу внутрішньо протягом 2–3 тиж), десенсибілізуючі засоби. Для інстиляцій використовують суміш, до складу якої входять 0,9% розчин метилурацилу, 0,5% прокаїну, гідрокортизон, антибіотики, вітамін В<sub>12</sub>.

Інстиляції сечового міхура показані тільки при затяжному циститі, ліквідації залишкових явищ ПЦ, при ХЦ, для регенерації слизової оболонки сечового міхура при хімічному, термічному та променево-му циститі. Для інстиляцій застосовують 2% розчин колоїдного срібла (для анальгезивного ефекту — у суміші з 0,5–1% прокаїном), лікувальні олії з шипшини, обліпихи, суміш риб'ячого жиру/натрію хлориду з гідрокортизоном, суміш гідрокортизону 2 мл з 10–20% диметилсульфоксидом 10 мл та 0,5–1% прокаїні 10–20 мл.

При некротичному циститі показано раннє оперативне втручання — цистостомія, видалення некротичних тканин, дренажування паравезикального простору. У післяопераційний період проводять постійне зрошення порожнини сечового міхура розчинами антисептиків.

У середньому при раціональній і своєчасно розпочатій терапії явища гострого катарального циститу регресують протягом 2–3 дб, більш тяжкі форми — до 2 тиж. Триваліший перебіг захворювання треба розцінювати як затяжний, і проводити ретельне рентгенологічне, інструментальне обстеження, гінекологічний огляд, дослідження передміхурової залози.

Для профілактики можливого рецидивування рекомендовано виключення пере-

охолодження, великих фізичних навантажень, своєчасне лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, і запальних хвороб жіночих статевих органів, нирок та сечовивідних шляхів. Показані профілактика стандартизованими фітопрепаратами, що мають доказову базу, та санаторно-курортне лікування.

Окрім того, пацієнтам із часто рецидивуючим циститом (>2 загострень протягом 6 міс і >3 загострень впродовж 1 року) призначають профілактичне лікування. Існує декілька підходів до такої терапії:

- тривалий профілактичний прийом одного з фторидіолонів у низьких дозах кожні 10 днів впродовж 3 міс;
- пацієнтам, в яких загострення пов'язані зі статевим актом, рекомендований прийом антибіотика після коїтусу з поступовим зменшенням дози препарату;
- жінкам в післяменопаузальний період за відсутності протипоказань (наявність гормонозалежних пухлин) рекомендовано перфуретральне або інтравагінальне застосування гормональних кремів або супозиторіїв із вмістом естрогенів.

Медикаментозна терапія при загостренні ХЦ на відрізняється від такої при ПЦ, але триває більшим курсом. Застосовують ацикловір, спазмолітики, антибактеріальні препарати. З урахуванням етіологічної структури збудника ХЦ проводять пероральну антибактеріальну монотерапію, яка може починатися емпірично після культурального дослідження сечі. У клінічній практиці частіше за все застосовують 5–14-денну схему для всіх груп антибіотиків.

#### Фізіотерапія

Фізіотерапевтичне лікування пацієнтів із ХЦ після регресу симптомів складається з таких процедур:

- ультрависокочастотна терапія на ділянці проєкції сечового міхура № 6–8 щоденно;

- дієтична терапія за червоно-крижовою методикою (при вираженій цисталгії) № 8 щоденно;
- ректальна ультратонотерапія № 6–10 щоденно;
- парафіно-срокеритова аплікація на проєкцію сечового міхура № 8–10 щоденно;
- ультразвукова терапія на ділянці проєкції шийки сечового міхура № 8–10 щоденно;
- індукторна ділянці сечового міхура № 6–8 щоденно.

#### Фітотерапія

Фітотерапія відіграє важливу роль у лікуванні циститу, оскільки має багатогранний вплив на сечові шляхи: сприяє зменшенню адгезії бактерій до слизової оболонки (сечогінна дія), зменшує запалення, печію та біль при сечовипусканні (протизапальна дія), усуває спазм сечового міхура (спазмолітична дія). З огляду на прогресуючу проблему антибіотикорезистентності велике значення має пошуку альтернативних методів лікування при інфекціях сечовивідних шляхів. До обнадійливих методів останнім часом відносять ефідинопрофілактику та сучасну доказову фітотерапію. Остання відіграє важливу роль у лікуванні хворих на цистит. З цією метою призначають рослинні препарати, які мають стандартизований за вмістом активних речовин склад та доказову базу стосовно ефективності.

Так, на сьогодні існує великий позитивний досвід застосування комбінованого фітопрепарату Канефрон® Н в лікуванні гострих (як складових комплексної терапії) і для профілактики загострень хронічних інфекцій сечових шляхів. А у нещодавно опублікованому ГСР-дослідженні монотерапія препаратом Канефрон® Н продемонструвала можливість ефективного лікування неускладненого циститу у жінок без антибіотиків у 87,6% випадків без розвитку рецидивів протягом 1 міс.

Одержано 20.07.2016

Інформація для професійної діяльності медичів та фармацевтичних працівників  
Канефрон® Н

Р.л. № ЦА/4708/01/01, ЦА/4708/02/01 від 09.08.2011 р.

Склад. 1 таблетка, вертала оболонкою, містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячелику 18 мг, кориця лободиста 18 мг, листя розмарину 18 мг; 100 горошків пероральних містять 28 г водно-спиртового екстракту (1:16) лікарських рослин: трави золототисячелику 0,8 г, кориця лободиста 0,8 г, листя розмарину 0,8 г. Фармакологічна група. Засоби, які застосовують у урології. Код АТС. G04B X50\*\*. Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних ін-

фекціях сечового міхура і нерос хронічні ній інфекції заворювання нерос; профілактика утворення сечових каменів. Побічні реакції. Дуже рідко при підвищеній чутливості — алергічні реакції (висипання, кропивниця, свербіж, півреші шкіри), порушення з боку травного тракту (нудота, блювання, діарея).

Виробник: «Bionorica SE» (Німеччина).

Представництво в Україні: ТОВ «Біонорика», 02085, Київ, вул. Княжий замок, 8.

Тел.: (044) 521-88-00, факс: (044) 521-88-01, e-mail: office@bionorica.com

З новими інформаціями про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування.

## Канефрон® Н

### При запальних захворюваннях нирок та сечового міхура

- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям гістції
- потенціювання протизапальної терапії



Виробник: ТОВ «Біонорика», 02085, Київ, вул. Княжий замок, 8. Представництво в Україні: ТОВ «Біонорика», 02085, Київ, вул. Княжий замок, 8. Тел.: (044) 521-88-00, факс: (044) 521-88-01, e-mail: office@bionorica.com



## Тестові запитання

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

### 1. Більшість хворих на цистит становлять:

- діти та підлітки
- жінки молодого віку
- жінки у передклімактеричному періоді
- чоловіки молодого віку
- чоловіки похилого віку
- жінки та чоловіки однаковою мірою незалежно від віку

### 2. Етіологічними збудниками циститу можуть бути:

- *Escherichia coli*
- *Staphylococcus saprophiticus*
- *Enterococcus faecalis*
- *Klebsiella spp.*
- *Proteus spp.*
- *Chlamidia trachomatis*
- *Ureaplasma urealiticum*
- *Trichomonas vaginalis*
- усі вищеперелічені

### 3. За яких умов можливий розвиток циститу?

- наявність патогенних мікроорганізмів
- порушення уродинаміки
- дистрофія, розлади місцевого кровообігу (ішемія) або порушення цілісності стінок міхура
- порушення ритму сечовипускання у жінок

### 4. Висока схильність до рецидивування циститу у жінок зумовлена:

- анатомо-фізіологічними особливостями жіночого організму (короткий

та широкий сечівник, близькість до резервуарів умовно-патогенних мікроорганізмів)

- частими супутніми гінекологічними захворюваннями із запальним та гормональним компонентами, що порушує дисбіоз піхви
- частотою статевих актів
- особливостями контрацепції
- усі відповіді правильні

### 5. Залежно від характеру і глибини патоморфологічних змін ГЦ поділяють на:

- катаральний
- інкрустуваний
- фолікулярний
- геморагічний
- кістозний
- поліпозний
- виразковий
- некротичний
- інтерстиціальний

### 6. Для ГЦ характерні:

- часте і болісне сечовипускання
- імперативні позиви до сечовипускання, нетримання сечі
- біль у проекції сечового міхура (лобкова ділянка, промежина) та сечівника
- макрогематурія
- усе вищеперелічене

### 7. Чи є обов'язковим бактеріологічне дослідження при ГЦ?

- так
- ні

### 8. Чи є обов'язковим бактеріологічне дослідження при ХЦ?

- так
- ні

### 9. Лікування ГЦ включає:

- спокій, молочно-рослинну дієту, прийом достатньої кількості рідини
- теплові процедури (крім випадків геморагічного циститу)
- анальгезивні, спазмолітичні засоби
- пероральну антибактеріальну монотерапію короткими курсами
- фізіотерапію
- фітотерапію

### 10. Які антибіотики доцільно призначати при ГЦ?

- фторхінолони
- амоксицилін
- амоксицилін/клавуланову кислоту
- нітрофурані
- фосфоміцини
- антибіотики, частка резистентності уропатогенів до яких < 10–20%

### 11. Які можливі альтернативні методи лікування неускладненого циститу?

- вакцинопрофілактика
- фітозбори
- стандартизовані фітопрепарати з доказовою базою (Канефрон® Н)

Для получения сертификата ответьте на тестовые вопросы в режиме on-line на сайте журнала [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua) или отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу: 01001, Киев-1, а/я «В»-82, ООО «МОРИОН»

### Контактные данные:

ФІО \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: индекс \_\_\_\_\_

область \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_