

П.В. Бардов, О.П. Шевченко, Т.П. Коржова  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

# Оцінка клінічної ефективності застосування тіотриазоліну в лікуванні хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій

**Мета роботи** – визначити клінічну ефективність тіотриазоліну при лікуванні хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій.

**Матеріали та методи.** З метою оцінки ефективності удосконаленої нами комплексної патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, а також для порівняння її результатів з такими загальноприйнятими методами лікування обстежених (132 пацієнти) було розподілено на дві рівноцінні клінічні групи. Критеріями розподілу були вік пацієнта, тривалість перебігу захворювання, клінічна форма ураження, а також скарги хворих на порушення копулятивної функції та результати дослідження у них показників спермограми.

**Результати та обговорення.** Згідно із запропонованими нами критеріями оцінки ефективності лікування у 58 (86,6%) із 67 пацієнтів основної клінічної групи досягнуто повного клінічного виліковування з нормалізацією запліднювальних властивостей еякуляту, у 7 (10,4%) – виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників і у 1 (1,5%) – виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників.

Серед 65 чоловіків, яким проводили традиційну терапію (група порівняння), у 23 (35,4%) досягнуто повного клінічного виліковування, у 33 (50,5%) – етіологічного виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників, у 6 (9,2%) – виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників і у 3 (4,6%) – не досягнуто етіологічного виліковування при одночасній відсутності терапевтичного покращення та збереженні значних порушень показників запліднювальних властивостей еякуляту (азооспермія).

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про те, що включення до комплексної патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит та простатовезикуліт препаратів групи тіотриазоліну сприяє скороченню термінів лікування, покращенню медико-соціальних показників життя пацієнтів та подовженню тривалості ремісії.

## Ключові слова

Хронічний простатит, простатовезикуліт, тіотриазолін.

Хронічний простатит із супутнім ураженням інших додаткових статевих залоз, зокрема сім'яних міхурців (везикуліт), придатків яєчок (епідидиміт), яєчок (орхіт), у 40–50% чоловіків є причиною безплідного шлюбу.

Останніми десятиліттями питання щодо своєчасної діагностики уражень передміхурової залози стали особливо актуальними. Це зумовлено зростанням захворюваності на хронічний простатит серед чоловіків молодого і середнього

віку, що призводить до зниження у них копулятивної та репродуктивної функцій. Запальні ураження репродуктивної системи у чоловіків виникають внаслідок інфікування сечостатевих шляхів низкою патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Значення інфекційних агентів (хламідій, гонококів, мікоплазми, уреоплазми, трихомонад, гарднерел, грибів роду *Candida* тощо) у розвитку інфекцій урогенітальної системи вивчено досить детально. Разом з тим резуль-

тати досліджень, проведених протягом останніх років, свідчать про збільшення кількості змішаних (мікст-інфекційних) уражень сечостатевого тракту, що спричиняє зміни характеру їхнього клінічного перебігу і зростання частоти різноманітних ускладнень.

На розвиток і характер перебігу хронічного запалення органів сечостатевої системи, а також на виникнення ускладнень, зокрема копулятивного та репродуктивного характеру, впливають також порушення біохімічного складу секрету придаткових статевих залоз і стан місцевого (локального) імунітету [3, 10]. При цьому роль порушень місцевого імунного захисту і змін біохімічного складу секрету передміхурової залози та інших придаткових статевих залоз в патогенезі запальних захворювань статевих органів у чоловіків і їхній вплив на запліднювальні властивості еякуляту остаточно не визначені. Існує також низка питань щодо ролі чинників місцевого імунітету репродуктивної системи у протиінфекційній резистентності організму при хронічному простатиті і простатовезикуліті.

У вітчизняній та зарубіжній спеціальній літературі традиційно розглядають дві теорії етіології хронічного ураження передміхурової залози і сім'яних міхурців (хронічний простатит, хронічний простатовезикуліт): інфекційну та неінфекційну (асептичну).

Згідно з інфекційною теорією захворювання розвивається в результаті каналікулярного проникнення патогенних мікроорганізмів з уретри в тканини передміхурової залози і сім'яних міхурців через лімфатичні судинні анастомози та гематогенним шляхом — унаслідок уретровенозного рефлюксу або через венозні та артеріальні анастомози, що спричиняють осідання в цих органах циркулюючих з кров'ю мікроорганізмів. Специфічними інфекційними агентами, що зумовлюють ураження передміхурової залози і сім'яних міхурців, є хламідії, гонококи, трихомонади, мікоплазми, уреоплазми, гриби роду *Candida* [2, 4]. Погляди дослідників на роль різних мікроорганізмів в етіології хронічного простатиту і простатовезикуліту досить суперечливі.

Деякі автори висловлюють думку, що основними інфекційними агентами, які спричиняють запальне ураження органів репродуктивної системи у чоловіків, є умовно-патогенні мікроорганізми, наявні у сечостатевих органах і кишечнику людини: золотистий стафілокок, фекальний стрептокок, кишкова паличка, протей, клібсієла тощо [4].

Разом з тим виявлення бактерій у виділеннях з уретри і в секреті передміхурової залози неможливо об'єднувати з етіологією хронічного

простатиту [7, 9]. Це зумовлено тим, що аналогічні мікроорганізми ізольовані від уретри і секрету передміхурової залози однаково часто у чоловіків як із симптомами хронічного простатиту, так і без них [9]. Крім того, результати бактеріоскопічних і бактеріологічних досліджень секрету передміхурової залози, отриманого під час її масажу, можуть бути хибними, що пов'язано з його змішуванням із вмістом уретри. При цьому не виключено можливості персистенції бактерій у передміхуровій залозі без запального процесу [6].

Популярною є теорія неінфекційного (асептичного) простатиту, до чинників виникнення якого належать порушення дренажу простатичних ацинусів (конгестія), застій крові у венах органів малого таза, імунологічні та гормональні зміни, порушення іннервації, алергія, стиснення тканини передміхурової залози [3].

Існує думка, що нині у 2/3 хворих на хронічний простатит етіологічним чинником є конгестія у венах малого таза [9]. Тривалий венозний застій у передміхуровій залозі призводить до серозного набряку та інфільтрації її тканини просякаючими із судин елементами білої крові. Внаслідок цього порушується метаболізм органа, що спричиняє хімічне подразнення його слизової оболонки і вихід з току крові лейкоцитів у порожнини залози. У подальшому можливе приєднання інфекції, що ускладнює перебіг захворювання [1].

Доведено, що у 80–93% хворих на хронічний простатит суттєво знижений рівень тестостерону, що призводить до гіперестрогенії, яка спричиняє погіршення репаративних процесів і дистрофічні зміни в передміхуровій залозі.

Вивчено також роль імунних порушень у розвитку хронічного простатиту. За результатами фундаментальних досліджень зроблено висновок, що імунізація лабораторних тварин суспензією тканини передміхурової залози дає змогу отримати сироватку, введення якої здоровим тваринам зумовлює деструктивні зміни в залозі за типом простатичного «алергозу».

Про участь імунологічного чинника в розвитку хронічного простатиту свідчить поява в крові хворих на простатит аутоантитіл як реакція на антигени клітин передміхурової залози за наявності в ній хронічного запалення. Одним з морфологічних виявів аутоімунного процесу є так званий гранулематозний простатит [9, 10].

Отже, дотепер немає єдиної думки щодо важливої етіологічної ролі наведених вище чинників у виникненні хронічного простатиту.

Запальні захворювання статевих органів у чоловіків та їхні наслідки мають провідне значення в генезі безпліддя порівняно з іншими

чинниками. Питома вага безплідних шлюбів у світі досягає 15–20% [8, 10]. У половині випадків безпліддя є результатом патології органів репродуктивної системи в одного з подружжя. При цьому і у жінок, і у чоловіків безпліддя виявляють однаково часто.

Механізм виникнення патологічних змін репродуктивної системи складний і до кінця не вивчений. Більшість дослідників [1, 8] пов'язують зміни показників спермограми як із запальними захворюваннями репродуктивної системи, так і з перенесеною інфекцією у минулому. Разом з тим питання про значення хронічних запальних захворювань статевих шляхів як причини патології сперми і безпліддя ще не вирішене. Одні дослідники стверджують, що латентна інфекція може бути виявлена у 40% чоловіків з безпліддям. Її розглядають як одну з найчастіших причин зниження фертильних властивостей еякуляту [5, 8]. Інші автори вважають, що хронічні запальні захворювання сечостатевого тракту можна розглядати як причину інфертильності менш ніж у 10% чоловіків з безпліддям [1].

Як свідчать результати досліджень, у хворих з лейкоспермією такі показники спермограми, як кількість сперматозоїдів у 1 мл, їхня рухливість і відсоток нормальних форм, були суттєво зміненими порівняно з такими у практично здорових чоловіків. Серед цих хворих патологічну концентрацію гранулоцитів виявлено у 15%. Дослідники дійшли висновку, що така клітинна відповідь може негативно впливати на фертильні властивості еякуляту через цитотоксичну дію імунної системи.

За даними деяких авторів [1, 3], патоспермію при хронічних захворюваннях статевих органів виявлено у 33–82% чоловіків. В одних випадках патоспермія є тимчасовою, в інших — носить стійкий характер, а в решті — зміни сперми прогресивно нарастають аж до розвитку азооспермії.

Ступінь і частота порушень репродуктивної функції залежать від тривалості запального процесу в статевих органах. Цю думку підтримують інші автори [3], вказуючи на кореляцію між тривалістю захворювання і показниками еякуляту.

Отже, запальні захворювання статевих органів, які часто призводять до безпліддя у чоловіків (задній уретрит, простатит, везикуліт, куперит, орхіт, епідидиміт), зумовлені проникненням інфекційних агентів на тлі гемодинамічних порушень в органах малого тазу.

## Матеріали та методи

До важливих чинників патогенезу хронічного простатиту, який, на нашу думку, потребує обов'язкової терапевтичної корекції, належать по-

рушення мікроциркуляції в передміхуровій залозі (тромбоз венозної системи).

Патогенетична терапія обстежених нами хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт включала заходи, спрямовані на усунення виявів конгестії в малому тазі, покращення відтоку застійного секрету з передміхурової залози та сім'яних міхурців, стимуляцію крово- і лімфообігу, а також нормалізацію функції передміхурової залози, сперматогенезу та усунення патогенетичних механізмів автоагресії.

Однією з груп лікарських засобів, які застосовують для лікування хворих на хронічний простатит, є препарати з протиішемічною і мембраностабілізуючою дією, зокрема тіотриазолін.

Тіотриазолін широко відомий фахівцям різних галузей, особливо його кардіо- і гепатопротекторні властивості. Зокрема мембраностабілізуювальна активність препарату добре вивчена і досить широко використовується в медичній практиці. З появою на українському ринку тіотриазоліну, з'явилася додаткова можливість більш широкого використання його властивостей і в лікуванні хворих на хронічний простатит.

При всмоктуванні в прямій кишці препарат виявляє протиішемічну, антиоксидантну, мембраностабілізуювальну, імуномодулювальну і регенерувальну дію.

Завдяки цьому тіотриазолін сприяє підвищенню ефективності будь-якої базисної терапії (зокрема антибактеріальної), запобігає розвитку ускладнень, скорочує терміни лікування [5].

З метою оцінки ефективності удосконаленої нами комплексної патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, а також для порівняння її результатів з такими загальноприйнятими методами лікування, обстежених (132 пацієнти) розподілили на дві рівноцінні клінічні групи. Критеріями розподілу були вік пацієнта, тривалість перебігу захворювання, клінічна форма ураження, а також скарги хворих на порушення копулятивної функції та результати дослідження у них показників спермограми.

До основної клінічної групи було включено 67 пацієнтів, серед яких у 23 чоловіків показники спермограми відповідали нормоспермії, у 21 — олігоспермії I ступеня, у 14 — олігоспермії II ступеня, у 7 — олігоспермії III ступеня і у 2 осіб виявлено азооспермію.

До другої клінічної групи (група порівняння) увійшли 65 хворих. При дослідженні спермограми у 22 з них було виявлено нормоспермію, у 20 — олігоспермію I ступеня, у 15 — олігоспер-

мію II ступеня, у 6 — олігоспермію III ступеня і у 2 — азооспермію.

Для усунення порушень копулятивної та репродуктивної функції хворим основної клінічної групи призначали низку додаткових терапевтичних заходів. При цьому тактичні підходи до проведення цих терапевтичних заходів та їхній обсяг були індивідуалізовані для кожного пацієнта з урахуванням ступеня і характеру статевих порушень, а також показників дослідження спермограми.

Хворим основної клінічної групи, які скаржились на прискорене сім'явиверження, ми вважали за доцільне включити до комплексної терапії лікарські препарати, терапевтична дія яких спрямована як на центральні (кора мозку, гіпоталамус, функціональні спинномозкові центри), так і на периферичні структури (аферентні та еферентні гілки рефлекторної дуги).

Важливим компонентом патогенетичної терапії при хронічному простатиті і простатовезикуліті є терапевтичні заходи, спрямовані на покращення відтоку зі статевих залоз. Для цього хворим призначали препарат з широким спектром терапевтичних ефектів, такими як відновлення мікроциркуляції, протизапальна, імуномодулювальна, мембраностабілізуювальна, протиішемічна, антиоксидантна, регенеративна дія, — тіотриазолін у формі ректальних свічок для застосування *per rectum* один раз на день (на ніч) протягом 20–30 днів.

### Результати та обговорення

Проведення всебічного аналізу терапевтичної ефективності запропонованого нами патогенетичного і реабілітаційного методу лікування та традиційного методу терапії при хронічному простатиті і простатовезикуліті, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, дало змогу виявити суттєві відмінності в отриманих результатах, що зумовило розподіл пацієнтів на відповідні підгрупи (згідно з вказаними вище критеріями).

Основна клінічна група включала 67 хворих, серед яких у 18 було діагностовано катаральний простатит, у 28 — фолікулярний, у 21 — простатовезикуліт. До групи порівняння увійшли 65 пацієнтів, серед яких у 18 діагностовано катаральний простатит, у 26 — фолікулярний, у 21 — простатовезикуліт.

Згідно із запропонованими нами критеріями оцінки ефективності лікування у 58 (86,6%) з 67 пацієнтів основної клінічної групи досягнуто повного клінічного виліковування з нормалізацією запліднювальних властивостей еякуляту, у 7 (10,4%) — виліковування з відносною норма-

лізацією клініко-лабораторних показників і у 1 (1,5%) — виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників.

Серед 65 чоловіків, яким проводили традиційну терапію (група порівняння), у 23 (35,4%) досягнуто повного клінічного виліковування, у 33 (50,5%) — етіологічного виліковування з відносною нормалізацією клініко-лабораторних показників, у 6 (9,2%) — виліковування з частковим збереженням клінічної симптоматики при незначній нормалізації лабораторних показників і у 3 (4,6%) — не досягнуто етіологічного виліковування при одночасній відсутності терапевтичного покращення та збереженні значних порушень показників запліднювальних властивостей еякуляту (азооспермія).

Показники запліднювальних властивостей еякуляту у хворих на хронічний простатит після проведення комплексної удосконаленої терапії та після традиційного лікування наведено в таблиці.

Наведені вище результати клінічного обстеження і дослідження запліднювальних властивостей еякуляту у пацієнтів у динаміці лікування свідчать про необхідність проведення комплексної патогенетичної терапії, спрямованої на нормалізацію порушень стану місцевого кровообігу з включенням препаратів протиішемічної дії для забезпечення нормального функціонування статевої системи та передміхурової залози й інших придаткових статевих залоз.

### Висновки

Комплексну терапію у хворих на хронічний простатит і простатовезикуліт, ускладнених порушеннями копулятивної та репродуктивної функцій, слід проводити індивідуалізовано із застосуванням відповідних етіотропних антибактеріальних засобів з урахуванням етіології, а також моно- або мікст-інфекційного ураження. Патогенетична терапія при хронічному простатиті і простатовезикуліті, ускладнених порушеннями функції статевих органів, також передбачає індивідуалізований підхід. Зокрема, рекомендований комплекс терапевтичних заходів, спрямованих на усунення виявів конгестії в малому тазі, покращення відтоку застійного секрету з передміхурової залози та сім'яних міхурців, стимуляцію крово- і лімфообігу, а також нормалізацію функції передміхурової залози і сперматогенезу. Вважаємо за доцільне застосування препарату з широким спектром терапевтичних ефектів, таких як відновлення мікроциркуляції, протизапальна, імуномодулювальна, мембраностабілізуювальна, протиішемічна, антиоксидантна, регенеративна дія, — «Далмаксину» (діюча речо-



Таблиця. Показники запліднювальних властивостей еякуляту в обстежених хворих на хронічний простатит після лікування

Форма простатиту	Характер еякуляту в обстежених										Разом хворих	
	Нормоспермія		Олігоспермія I ступеня		Олігоспермія II ступеня		Олігоспермія III ступеня		Азооспермія			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>Застосування комплексного удосконаленого методу лікування</i>												
Катаральний (n = 18)	17	25,4	1	1,5	—	0	—	0	—	0	18	26,9
Фолікулярний (n = 28)	25	67,3	2	3	1	1,5	—	0	—	0	28	41,8
Простатовезикуліт (n = 21)	16	23,9	4	6	—	0	1	1,5	—	0	21	31,3
Разом	58	86,6	7	10,4	1	1,5	1	1,5	—	0	67	100
<i>Застосування традиційного методу лікування</i>												
Катаральний (n = 18)	12	18,5	4	6,2	2	3,1	—	0	—	0	18	27,7
Фолікулярний (n = 28)	9	13,8	9	13,8	6	9,2	2	3,1	—	0	26	40
Простатовезикуліт (n = 21)	2	3	7	10,8	5	8	4	6,2	3	4,6	21	32,3
Разом	23	35,4	20	30,8	13	20	6	9,2	3	4,6	65	100

вина — тіотриазолін) у формі ректальних свічок один раз на день (на ніч) протягом 20—30 днів. Включення до комплексної патогенетичної терапії хворих на хронічний простатит та простато-

везикуліт препаратів групи тіотриазоліну сприяє скороченню термінів лікування, покращенню медико-соціальних показників їхнього життя та подовженню тривалості ремісії.

**Список літератури**

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путём.— М.: Медицинская книга, 2009.— 413 с.
2. Акулович А.И. Оценка комплексного лечения больных хроническим простатитом по тестам функциональной диагностики // Здоровоохранение Белоруссии.— 2004.— № 3.— С. 69—71.
3. Афонин А.В. Диагностика и лечение больных хроническим уретропростатитом, осложненным инфекциями урогенитального тракта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 1991.— 17 с.
4. Бабюк І.А. Комплексне лікування хворих на хронічний простатит з використанням низькоенергетичного гелій-неонового лазера і ультразвукового дослідження передміхурової залози: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Х., 1992.— 25 с.
5. Літус О.І. Особливості місцевого імунітету при різних

- клінічних формах інфекційного простатиту та патогенетично обумовлена терапія захворювання: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 1996.— 21 с.
6. Лопаткин Н.А., Борисенко Н.И., Городецкая С.Б., Кондратьева Е.М. Дифференциальная диагностика аллергического простатита // Урология и нефрология.— 2010.— № 2.— С. 17—20.
7. Люлько А.В. Заболевания предстательной железы.— К.: Здоровья, 1984.— 280 с.
8. Brandes D., Bourne G. Histochemistry of some aspects of prostate pathology // Biol. Prostata and relat tissues.— Bethesda, 2003.— P. 29—41.
9. Meares E.M. Prostatitis-acute and chronic // Prostatic disorders / Eds. D.F. Paulson.— Philadelphia: Lea & Febiger, 1989.— P. 71—106.
10. Wei S.G., Wang L.F., Miao S.Y. et al. Fertility studies with antisperm antibodies // J. Androl.— 1994.— Vol. 32 (3).— P. 251—262. doi: 10.3109/01485019408987793.

П.В. Бардов, Е.П. Шевченко, Т.П. Коржова

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ

**Оценка клинической эффективности применения тиотриазолина в лечении больных с хроническим простатитом и простатовезикулитом, осложненных нарушениями копулятивной и репродуктивной функций**

**Цель работы** — определить клиническую эффективность тиотриазолина при лечении больных с хроническим простатитом и простатовезикулитом, осложненных нарушениями копулятивной и репродуктивной функций.

**Материалы и методы.** С целью оценки эффективности усовершенствованной нами комплексной патогенетической терапии хронического простатита и простатовезикулита, осложненных нарушениями копулятивной и репродуктивной функций, а также для сравнения ее результатов с таковыми общепринятых методов лечения обследованных

(132 пацієнта) розділили на дві рівноцінні клінічні групи. Критеріями розділення були вік пацієнтів, тривалість захворювання, клінічна форма ураження, а також скарги на порушення копулятивної функції і результати дослідження у них показателів спермограми.

**Результати і обговорення.** Згідно запропонованих нами критеріям оцінки ефективності лікування у 58 (86,6%) із 67 пацієнтів основної клінічної групи досягнуто повне клінічне выздоровлення з нормалізацією оплодотворительних властивостей еякулята, у 7 (10,4%) – выздоровлення з відносительной нормалізацією клініко-лабораторних показателів і у 1 (1,5%) – выздоровлення з частиним збереженням клінічної симптоматики при незначительной нормалізації лабораторних показателів.

Серед 65 чоловіків, яким проводили традиційну терапію (група порівняння), у 23 (35,4%) досягнуто повне клінічне выздоровлення, у 33 (50,5%) – етіологічне выздоровлення з відносительной нормалізацією клініко-лабораторних показателів, у 6 (9,2%) – выздоровлення з частиним збереженням клінічної симптоматики при незначительной нормалізації лабораторних показателів і у 3 (4,6%) – не досягнуто етіологічного выздоровлення при одночасному відсутності терапевтичного покращення і збереженні суттєвих порушень показателів оплодотворительних властивостей еякулята (азооспермія).

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про те, що включення в комплексну патогенетичну терапію хворих з хронічним простатитом і простатовезикулітом препаратів групи тіотриазоліну сприяє скороченню термінів лікування, покращенню медико-соціальних показателів життя пацієнтів і подовженню термінів ремісії.

**Ключові слова:** хронічний простатит, простатовезикуліт, тіотриазолін.

P.V. Bardov, O.P. Shevchenko, T.P. Korzova

*O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv*

## Evaluation of the clinical efficacy of thiotriazolin in treatment of patients with chronic prostatitis and prostatovesiculitis complicated by impaired copulative and reproductive functions

**Objective** – to determine the clinical efficacy of thiotriazolin in the treatment of patients with chronic prostatitis and prostatovesiculitis complicated by impaired copulative and reproductive functions.

**Materials and methods.** In order to evaluate the effectiveness of the improved comprehensive pathogenetic therapy of chronic prostatitis and prostatovesiculitis complicated by copulative and reproductive dysfunctions, as well as to compare its results with those of conventional treatment methods, the patients under study (n = 132) were divided into two equivalent clinical groups. The division criteria were the age of the patients, the duration of the disease, the clinical form of the lesion, as well as complaints of impaired copulative function and the results of their spermogram study.

**Results and discussion.** According to our criteria for evaluating the effectiveness of treatment, in 58 (86.6%) of 67 patients of the main clinical group, a complete clinical recovery was achieved with normalization of the ejaculate's fertile properties, in 7 (10.4%) – the recovery with a relative normalization of clinical and laboratory indicators, and in 1 (1.5%) – the recovery with partial preservation of clinical symptoms and a slight normalization of laboratory parameters.

Among 65 men who underwent traditional therapy (comparison group), 23 (35.4%) achieved complete clinical recovery, 33 (50.5%) had an etiological recovery with a relative normalization of clinical and laboratory indicators, 6 (9.2%) had recovery with partial preservation of clinical symptoms and a slight normalization of laboratory parameters; in 3 (4.6%) patients an etiological recovery was not achieved and a simultaneous lack of therapeutic improvement and preservation of significant violations of fertility properties of the ejaculate (azoospermia) were observed.

**Conclusions.** The results of the study indicate that the inclusion of drugs of the thiotriazolin group in the complex pathogenetic therapy of patients with chronic prostatitis and prostatovesiculitis helps to reduce treatment time, improve medical and social indicators of patients' lives and extend the duration of remission.

**Key words:** chronic prostatitis, prostatovesiculitis, thiotriazolin.

### Дані про авторів:

**Бардов Павло Васильович**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

**Шевченко Олена Петрівна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

01601, м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13

E-mail: dvk2@ukr.net

**Коржова Тетяна Павлівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології