

Ефективність протизапальної та метаболічної біорегуляції у комплексній терапії хронічного панкреатиту на тлі запальних змін органів гастродуоденальної зони

Н. О. Шевченко¹, Л. С. Бабінець²

¹Одеський національний медичний університет, Україна

²Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, Україна

Ключевые слова: хронічний панкреатит, протизапальна і метаболічна біорегуляційна терапія, запальні ураження органів гастродуоденальної зони, коморбідність, екзокринна недостатність підшлункової залози

Вступ. Клінічний перебіг хронічного панкреатиту (ХП) характеризується поліморфізмом симптоматики, яка часто пов'язана із коморбідністю ХП з іншими ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Часто це деструктивно-запальні процеси верхніх відділів ШКТ. Особливо така коморбідність притаманна пацієнтам з ХП молодого віку (до 45 років). Медико-соціальна актуальність даної проблеми пов'язана з тим, що упродовж останніх років спостерігається чітке зростання поширеності патології підшлункової залози (ПЗ) в осіб молодого працездатного віку, хоча загострення хронічного процесу у разі «сприятливих умов» відбувається в усіх вікових категоріях. Розповсюдженість ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,7%, причому серед хворих гастроентерологічного профілю, за різними даними, досягає 10,0% [1, 2, 3, 7, 9, 11, 12]. В Україні за 2006–2013 рр. показник розповсюдженості хвороб ПЗ на 10 тис. дорослого населення зріс на 56,8%. Щодо хронічних запальних уражень органів гастродуоденальної зони (ГДЗ), то хронічні гастрити, дуоденіти та інше вже багато років залишаються захворюваннями, що найбільш часто діагностують у нашій державі. Цікавим залишається той факт, що маніфестація запального процесу як у ПЗ, так і у слизовій оболонці (СО) ГДЗ починається з ушкоджувальної дії на органи одного або сукупності декількох етіологічних чинників, до яких належать неправильне харчування, зловживання алкоголем і тютюнопаління, рефлюкс жовчі при наявності жовчнокам'яної хвороби та дисфункції сфінктеру Одді, надмірне вживання деяких видів медикаментів (нестероїдні протизапальні засоби, деякі групи антибіотиків, кортикостероїди тощо), гіперпродукція пепсину та соляної кислоти і тривале знаходження у стані хронічного стресу [4, 5].

Поліетіологічність ХП, особливо в коморбідності з запальними явищами органів ГДЗ, багатоланковість

патогенезу і різноманітність клінічних проявів створюють суттєві труднощі при їх лікуванні, що обумовлені ще й віковими обмеженнями застосування низки лікарських засобів, а це вимагає перегляду їх дозування і термінів призначення. Виходячи із розуміння патогенетичних механізмів розвитку поліморфізму ХП і запалення СО органів ГДЗ можна припустити, що створення комплексної системи протизапальної і метаболічної терапії сприятиме підвищенню ефективності лікування даної категорії хворих [2, 14].

Цікавою і доцільною з цієї точки зору є біорегуляційна антигомотоксична терапія, яка має високий рівень успішної клінічної емпірики, достатньої доказовості, а також добру переносимість і прихильність пацієнтів. Для корекції клінічних порушень при ХП і ураженні СО ГДЗ було обрано сучасні біорегуляційні комплексні препарати — Траумель С (комплексний універсальний протизапальний засіб) і Убіхіон Композитум (комплексний біорегуляційний метаболік для корекції мітохондріальної дисфункції). Дія обраних препаратів обумовлена їх унікальним складом — речовинами рослинного та мінерального походження, які регулюють ферментні системи організму, покращують процеси клітинного дихання. Внаслідок таких особливостей складових препаратів забезпечуються імунокоригуюча, метаболічна, дезінтоксикаційна, антиоксидантна і протизапальна дії, що базуються на активації захисних сил організму і нормалізації порушених функцій. Результатом зазначених біорегуляторних механізмів на клітинному рівні є багатofакторна метаболічна, дезінтоксикаційна, антиоксидантна та протизапальна дії, що мають високий рівень доказовості у клінічній та експериментальній медицині [1, 10, 13]. Крім того, унікальний склад і технологія створення біорегуляційних препаратів забезпечують ефект відсутності блокування захисних механізмів, особливо розвитку запалення, а також

Таблиця 1

Порівняльний аналіз клінічних симптомів і результатів ендоскопії пацієнтів з ХП у коморбідності із запальними змінами СО ГДЗ

Клініко-інструментальний показник	I група, 28,%		II група, n=22%	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Абдомінальний біль	22 78,57±7,57	3 10,71±5,95 $p_1 < 0,001$	18 81,82±8,22	9 40,91±10,48 $p_2 < 0,002$
Відрижка повітрям	14 50,00±9,45	6 21,43±7,89 $p_1 < 0,002$	15 68,18±9,93	11 50,00±10,66 $p_2 > 0,05$
Здуття живота	20 71,43±8,69	8 28,57±8,69 $p_1 < 0,003$	17 77,27±9,15	9 40,91±10,48 $p_2 < 0,002$
Пронос	18 64,29±9,05	5 17,86±7,37 $p_1 < 0,003$	13 59,09±10,73	9 40,91±10,73 $p_2 > 0,05$
Закреп	7 25,00±8,33	3 10,71±5,95 $p_1 > 0,05$	5 22,73±8,94	3 13,64±7,32 $p_2 > 0,05$
Ерозії СО ГДЗ	24 92,31±5,23	10 38,46±9,73 $p_1 < 0,001$	20 90,91±6,13	12 54,55±10,62 $p_2 > 0,05$

Примітки: р — вірогідність відмінностей між дослідними групами до та після лікування ($p < 0,05$ – $0,001$).

приводять до розриву захисних механізмів, підтримки особистих захисних сил без додаткового фармакологічного навантаження на організм пацієнта з ураженням ПЗ і ШКТ [13]. Все наведене вище мотивувало провести дане дослідження.

Мета: дослідити ефективність курсу біорегуляційної протизапальної і метаболічної терапії на основі динаміки клінічних показників і параметрів екзокринної функції ПЗ і стану СО органів ГДЗ пацієнтів з ХП.

Матеріали і методи дослідження. Обстежили 50 хворих на ХП із зовнішньосекреторною недостатністю (ЗСН) ПЗ у фазі нестійкої ремісії у поєднанні із запальними захворюваннями СО ГДЗ, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Одеського обласного клінічного медичного центру. Пацієнтів було рандомізовано на 2 групи. I група (28 пацієнтів середнім віком $40,25 \pm 1,34$ року) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ) — ферменти чистого панкреатину, інгібітори протонної помпи, спазмолітики або прокінетики (за необхідністю), підсилене ступеневим курсом біорегуляційної терапії, що включало парентеральний курс протизапального препарату Траумель С по 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень (наприклад, понеділок і четвер) і метаболіка Убіхіон Композитум по 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень (наприклад, вівторок і п'ятниця) № 5 кожного препарату з переходом на пероральне застосування Траумель С по 1 таблетці через 1 годину після їжі тричі на добу протягом 30 днів.

II група — 22 пацієнти (середнім віком $41,34 \pm 1,21$ року) із ХП та супутнім загостренням у ГДЗ отримували тільки комплексне ЗЛ. Контрольну

групу склали 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком, статтю і соціальним статусом.

Діагноз ХП верифікували згідно із загальноприйнятими в клініці критеріями [6]. Для оцінки глибини ЗСН ПЗ використовували неінвазивний панкреатичний тест — вміст фекальної α -еластизи, що визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів фірми Bioserv Eastase 1-Elisa [7, 12]. Оцінка — згідно із загальноприйнятими міжнародними критеріями: виражена ЗСН ПЗ — < 100 мкг/г; середній ступінь — 100 – 150 мкг/г; легкий ступінь — 150 – 200 мкг/г; збережена функція ПЗ — > 200 мкг/г [6]. Проводили також оцінку α -амілази крові (за методом Караваєва) (норма — $12,0$ – $32,0$ мг/(г \times мл)) і ліпази крові (ферментативно-колориметричним методом) — норма $13,0$ – $60,0$ Од/л. Дослідження стану СО органів ГДЗ проводили за допомогою фіброезофагогастроуденоскопії апаратом Olympus GIF-E (Японія) із наступним дослідженням біоптатів СО ГДЗ. Про ефективність лікування робили висновок за динамікою основних клінічних симптомів і вищеназаних показників у ході лікування двох груп порівняння.

Результати та обговорення. Результати дослідження дозволили встановити, що ступеневе застосування біорегуляційної терапії сприяло значному достовірному покращенню клінічних ознак ХП у коморбідності із запальними явищами у ГДЗ. Згідно із даними, що наведені у табл. 1, у пацієнтів I групи значно скоріше зменшилися прояви больового абдомінального синдрому ($p_1 < 0,001$), майже третина хворих відчула зменшення епізодів диспепсичного синдрому у вигляді відрижки повітрям і здуття живота. Слід зазначити, що додавання до стандартного

Таблиця 2

Аналіз показників екскреторної функції ПЗ хворих на ХП у коморбідності з запальними явищами у СО ГДЗ

Показник екскреторної функції ПЗ	Здорові, n=20	I група, n=28,%		II група, n=22,%	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Амілаза крові, мг/(г×мл)	19,73±2,13	49,41±0,03	21,50±0,01* p ₁ <0,05	51,18±0,02	43,22±0,04 p ₂ >0,05
Ліпаза крові, ОД/л	47,21±0,03	86,73±0,01	44,56±0,02* p ₁ <0,05	62,43±0,03	57,31±0,01 p ₂ >0,05
Фекальна α-еластаза, мкг/г	228,7±8,73	163,57±0,13	216,11±0,09* p ₁ <0,05	177,28±0,09	195,11±0,12 p ₂ >0,05

Примітки: * — різниця вірогідна порівняно з показниками в групі контролю (p<0,05–0,001); p — вірогідність відмінностей між дослідними групами до та після лікування (p<0,05).

лікування препаратів Траумель С і Убіхінон Композитум не виявило достатньо вищої ефективності на регуляцію випорожнень у порівнянні із ЗЛ (p₁>0,05).

Аналіз результатів ендоскопічного дослідження, проведеного через 10 днів лікування, показав, що у пацієнтів I групи із додатковим призначенням біореґуляційної антигомотоксичної терапії спостерігалось більш швидке загоєння ерозій СО шлунка і стравоходу. Суттєво, що у 14 пацієнтів I групи залишились ерозії на СО стравоходу і шлунка, але вони були поодинокі. Тоді як у II групі лише у 3 пацієнтів СО ГДЗ через 10 днів стандартного лікування була рожевою, у решти пацієнтів відмічено наявність зливних і множинних ерозій.

Дослідження екскреторної функції ПЗ у хворих на ХП у коморбідності з запальними явищами у СО ГДЗ (табл. 2) встановило, що за рівнем амілази крові і фекальної α-еластази у пацієнтів на вході була наявна ЗСН ПЗ легкого ступеня. Встановлено, що запропонований лікувальний комплекс сприяв вірогідному збільшенню рівня фекальної α-еластази від легкого ступеня ЗСН ПЗ до нормальних показників, а також призвів до нормалізації рівня амілази та ліпази крові. У пацієнтів II групи покращення відбулося, однак показники фекальної α-еластази залишались на рівні ЗСН ПЗ легкого ступеня.

Таким чином, порівняльний аналіз динаміки результатів лікування у двох групах дослідження довів, що майже за всіма клінічними ознаками захворювання, даними ендоскопії та параметрами екзокринної функції ПЗ після проведеного лікування у групі із застосуванням курсу протизапальної і метаболічної біореґуляційної терапії результати були вірогідно кращими, ніж в групі ЗЛ. Середній термін нормалізації стану СО ГДЗ у групі із додатковим курсом біореґуляції становив 14,4±0,86 доби, тоді як в групі ЗЛ — 18,1±0,46 доби.

Висновки. Було доведено, що додаткове включення ступеневої біореґуляційної протизапальної (Траумель С) і метаболічної (Убіхінон Композитум) терапії за запропонованою схемою до ЗЛ достовірно більш ефективно (p 0,05–0,001) покращило клінічний перебіг захворювання, сприяло нормалізації екзокринної функції ПЗ, а також більш швидко нормалізувало стан СО органів ГДЗ — за 14,4±0,86 доби, тоді як у групі ЗЛ — за 18,1±0,46 доби.

Перспективи подальших досліджень. У подальших дослідженнях плануємо проаналізувати стан ліпідного обміну хворих на ХП у коморбідності із запальними змінами органів ГДЗ і зв'язок його параметрів із якістю життя пацієнтів.

Література:

1. Антигомотоксическая терапия распространенных заболеваний у детей (справочное пособие для врачей). Киев: Книга плюс, 2006. 248 с.
2. Бабінець Л. С., Криський О. І., Коваль Ю. В., Коцаба Ю. Я., Литвинюк Т. С. Оцінка клінічної симптоматики та загального стану хворих на хронічний панкреатит в амбулаторній практиці. *Здобутки клінічної та експериментальної медицини*. 2011. С. 8.
3. Бабінець Л. С., Пінкевич З. Я. Клініко-патогенетичне обґрунтування впливу тютюнопаління на клінічний перебіг хронічного панкреатиту. *Здоров'я України*. 2013. № 4. С. 46–48.
4. Винокурова Л. В. Клинико-патогенетические механизмы развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности при хроническом панкреатите : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук : 14.00.47. Москва, 2009. 24 с.
5. Губергриц Н. Б. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы: этиопатогенетические варианты и лечение. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 3 (13). С. 24–32.
6. Губергриц Н.Б. Новая международная классификация хронического панкреатита (2007) М-ANNHEIM. *Вестник Клуба Панкреатологов*. 2008. № 1, Т. 2. С. 10–25.
7. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271. Клінічний протокол для надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит.
8. Co G.A., Yadav D., Slivka A. et al. Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2011. Vol. 9. P. 266–273.
9. Etmad B., Whitcomb D. C. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*. 2009. Vol. 120, No 3. P. 682–707.

10. Inflammation Resolution. Dr. B. Seilheimer & Dr. M. Schultz (May 21, 2019).
11. Rutter K., Ferlitsch A., Sautner T. Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis. *WJS*. 2010. Vol. 34, No 11. P. 2642–2647.
12. Sai J.K., Suyama M., Kubokawa Y., Watanabe S. Diagnosis of mild chronic pancreatitis (Cambridge classification): comparative study using secretin injection–

magnetic resonance cholangiopancreatography and endoscopic retrograde pancreatography. *World J. Gastroenterol.* 2008. Vol. 14, No 8. P. 1218–1221.

13. St. Laurent G., Toma I., Tackett M. et al. AB0080 Differential effects of tr14 versus diclofenac on pro-resolving lipid mediators revealed by maseq. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018. Vol. 77. P. 1237–1238.
14. Yadav D., Lowenfels A. B. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*. 2013. Vol. 144. P. 1252–1261.

УДК 616.37-002.2:616.153

doi: 10.33149/vkr.2020.04.06

Ефективність протизапальної та метаболічної біореґуляції у комплексній терапії хронічного панкреатиту на тлі запальних змін органів гастроудоденальної зони

Н. О. Шевченко¹, Л. С. Бабінець²

¹Одеський національний медичний університет, Україна

²Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, протизапальна і метаболічна біореґуляційна терапія, запальні ураження органів гастроудоденальної зони, коморбідність, екзокринна недостатність підшлункової залози

Актуальність. Клінічний перебіг хронічного панкреатиту (ХП) характеризується поліморфізмом симптоматики, яка часто пов'язана із коморбідністю ХП з іншими ураженнями шлунково-кишкового тракту. Часто це деструктивно-запальні процеси верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Особливо така коморбідність притаманна пацієнтам з ХП молодого віку (до 45 років).

Мета: дослідити ефективність курсу біореґуляційної протизапальної і метаболічної терапії на основі динаміки клінічних показників і параметрів екзокринної функції підшлункової залози (ПЗ) і стану слизової оболонки органів гастроудоденальної зони (ГДЗ) пацієнтів з ХП.

Матеріали та методи. Обстежили 50 хворих на ХП із зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ у фазі нестійкої ремісії в поєднанні із запальними захворюваннями слизових оболонок ГДЗ. І група (28 пацієнтів середнім віком $40,25 \pm 1,34$ року) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ) — ферменти чистого панкреатину, інгібітори протонної помпи, спазмолітики або прокінетики (за необхідністю), підсилене ступеневим курсом біореґуляційної терапії, що включало парентеральний курс протизапального препарату Траумель С по 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень (наприклад, понеділок і четвер) і метаболіка Убіхінон Композитум по 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень (наприклад, вівторок і п'ятниця) № 5 кожного препарату з переходом на пероральне застосування Траумель С по 1 таблетці через 1 годину після їжі тричі на добу протягом 30 днів. 22 пацієнти з ХП та супутнім загостренням у ГДЗ II групи (середнім віком $41,34 \pm 1,21$ року) отримували тільки комплексне ЗЛ.

Результати та обговорення. Порівняльний аналіз динаміки результатів лікування у двох групах дослідження до-

вів, що майже за всіма клінічними ознаками захворювання, даними ендоскопії та параметрами екзокринної функції ПЗ після проведеного лікування у групі із застосуванням курсу протизапальної і метаболічної біореґуляційної терапії результати були вірогідно кращими, ніж в групі ЗЛ. Середній термін нормалізації стану слизової оболонки ГДЗ у групі із додатковим курсом біореґуляції становив $14,4 \pm 0,86$ доби, тоді як в групі ЗЛ — $18,1 \pm 0,46$ доби.

Висновки. Було доведено, що додаткове включення ступеневої біореґуляційної протизапальної (Траумель С) і метаболічної (Убіхінон Композитум) терапії за запропонованою схемою до ЗЛ достовірно більш ефективно ($p < 0,05 - 0,001$) покращило клінічний перебіг захворювання, сприяло нормалізації екзокринної функції ПЗ, а також більш швидко нормалізувало стан слизової оболонки органів ГДЗ — за $14,4 \pm 0,86$ доби, тоді як у групі ЗЛ — за $18,1 \pm 0,46$ доби.

УДК 616.37-002.2:616.153

doi: 10.33149/vkr.2020.04.06

Ефективність протизапальної та метаболічної біореґуляції у комплексній терапії хронічного панкреатиту на тлі запальних змін органів гастроудоденальної зони

Н. А. Шевченко¹, Л. С. Бабінець²

¹Одесский национальный медицинский университет, Украина

²Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, противовоспалительная и метаболическая биорегуляционная терапия, воспалительные поражения органов гастроудоденальной зоны, коморбидность, экзокринная недостаточность поджелудочной железы

Актуальность. Клиническое течение хронического панкреатита (ХП) характеризуется полиморфизмом симптоматики, которая часто связана с коморбидностью ХП с другими поражениями желудочно-кишечного тракта. Часто это деструктивно-воспалительные процессы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Особенно такая коморбидность присуща пациентам с ХП молодого возраста (до 45 лет).

Цель: исследовать эффективность курса биорегуляционной противовоспалительной и метаболической терапии на основе динамики клинических показателей

и параметров экзокринной функции поджелудочной железы (ПЖ) и состояния слизистой оболочки органов гастродуоденальной зоны (ГДЗ) пациентов с ХП.

Материалы и методы. Обследовали 50 больных ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ в фазе нестойкой ремиссии в сочетании с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек ГДЗ. I группа (28 пациентов, средний возраст $40,25 \pm 1,34$ года) получали общепринятое лечение (ОЛ) — ферменты чистого панкреатина, ингибиторы протонной помпы, спазмолитики или прокинетики (при необходимости), усиленное ступенчатым курсом биорегуляционной терапии, включавшим парентеральный курс противовоспалительного препарата Траумель С по 2,2 мл внутримышечно дважды в неделю (например, понедельник и четверг) и метаболита Убихинон Композитум по 2,2 мл внутримышечно дважды в неделю (например, вторник и пятница) №5 каждого препарата с переходом на пероральное применение Траумель С по 1 таблетке через 1 час после еды три раза в сутки в течение 30 дней. 22 пациента с ХП и сопутствующим обострением в ГДЗ II группы (средний возраст $41,34 \pm 1,21$ года) получали только комплексное ОЛ.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ динамики результатов лечения в двух группах исследования доказал, что почти по всем клиническим признакам заболевания, данным эндоскопии и параметрам экзокринной функции ПЖ после проведенного лечения в группе с применением курса противовоспалительной и метаболической биорегуляционной терапии результаты были достоверно лучше, чем в группе ОЛ. Средний срок нормализации состояния слизистых оболочек ГДЗ в группе с дополнительным курсом биорегуляции составил $14,4 \pm 0,86$ суток, тогда как в группе ОЛ — $18,1 \pm 0,46$ суток.

Выводы. Было доказано, что дополнительное включение ступенчатой биорегуляционной противовоспалительной (Траумель С) и метаболической (Убихинон Композитум) терапии по предложенной схеме в ОЛ достоверно более эффективно ($p < 0,05 - 0,001$) улучшило клиническое течение заболевания, способствовало нормализации экзокринной функции ПЖ, а также быстрее нормализовало состояние слизистой оболочки органов ГДЗ — за $14,4 \pm 0,86$ суток, тогда как в группе ОЛ — за $18,1 \pm 0,46$ суток.

EN

Efficacy of antiinflammatory and metabolic bioregulation in complex therapy of chronic pancreatitis with the inflammatory changes of gastroduodenal zone organs

N. O. Shevchenko¹, L. S. Babinets²

¹Odessa National Medical University, Ukraine

²Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, antiinflammatory and metabolic bioregulatory therapy, inflammatory lesions of the gastroduodenal zone, comorbidity, exocrine pancreatic insufficiency

Background. The clinical course of chronic pancreatitis (CP) is characterized by symptomatic polymorphism, which is often associated with comorbidity of CP with other lesions of the gastrointestinal tract. Destructive-inflammatory processes of the upper gastrointestinal tract are very common. Such comorbidity is especially typical for young patients with CP (up to 45 years).

The aim is to study the effectiveness of bioregulatory anti-inflammatory and metabolic therapy based on the dynamics of clinical indices and parameters of exocrine pancreatic function and the condition of the mucous membrane of the gastroduodenal zone of patients with CP.

Materials and methods. We examined 50 patients with CP with exocrine insufficiency in the phase of unstable remission in combination with inflammatory diseases of the mucous membranes of the gastroduodenal zone. Group 1 (28 patients, age 40.25 ± 1.34 years) received conventional treatment (CT) — pure pancreatin enzymes, proton pump inhibitors, antispasmodics or prokinetics (if necessary), enhanced by a step-by-step course of bioregulatory therapy, including parenteral course of anti-inflammatory drug Traumel C 2.2 ml intramuscularly twice a week (e.g., Monday and Thursday) and metabolic Ubiquinone Compositum 2.2 ml intramuscularly twice a week (e.g., Tuesday and Friday) № 5 each drug with the transition for oral administration of Traumel C per 1 tablet 1 hour after meals three times a day for 30 days. 22 patients with CP and concomitant exacerbation in gastroduodenal zone group 2 (age 41.34 ± 1.21 years) received only complex CT.

Results and discussion. A comparative analysis of the dynamics of treatment outcomes in the two study groups showed that almost all clinical signs of the disease, endoscopy and exocrine pancreatic function after treatment in the group using anti-inflammatory and metabolic bioregulatory therapy results were significantly better than in CT group. The mean time to normalization of mucous membranes of gastroduodenal zone in the group with an additional course of bioregulation was 14.4 ± 0.86 days, while in the group of CT — 18.1 ± 0.46 days.

Conclusion. It was proved that the additional inclusion of step-by-step bioregulatory antiinflammatory (Traumel C) and metabolic (Ubiquinone Compositum) therapy according to the proposed scheme to the CT significantly more effectively ($p < 0.05 - 0.001$) improved the clinical course of the disease, contributed to the normalization of exocrine pancreatic function, as well as more quickly normalized the condition of the mucous membrane of the gastroduodenal zone — during 14.4 ± 0.86 days, while in the group of CT — during 18.1 ± 0.46 days.