

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(2)-20

УДК: 616.149 - 008.341.1: 347.440.32

## ВПЛИВ L-ORNITHINE L-ASPARTATE НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КРОВОТЕЧАМИ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ

Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І., Кедик О. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:  
e-mail: doctor.svo@gmail.com

Статтю отримано 18 червня 2020 р.; прийнято до друку 28 липня 2020 р.

**Анотація.** Мета дослідження - оцінити динаміку змін якості життя пацієнтів із цирозом печінки, ускладненим кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку при прийомі L-Ornithine L-Aspartate. У дослідження було включено 67 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цирозу печінки, ускладненого кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку. Всі пацієнти випадковим чином були розподілені на дві групи - дослідну групу (34 пацієнти, стандартна терапія доповнена прийомом L-Ornithine L-Aspartate) та групу порівняння (33 пацієнти, стандартна терапія). Для оцінки ефективності проведеного лікування проводили оцінку якості життя за опитувальником Gastrointestinal Symptom Rating Scale на 1-2, 7 та 30 добу. Параметричні величини оцінювали із використанням t-критерію Ст'юдента, непараметричні величини - із використанням критерію Манна-Уїтні. Інтенсивність досліджуваних синдромів на початку дослідження в обох групах достовірно не відрізнялася, що пояснюється однорідністю контингенту пацієнтів. У пацієнтів дослідної групи мала місце тенденція до більш швидкого прогресивного зменшення інтенсивності досліджуваних показників як протягом перебування в стаціонарі, так і після виписки. Покращення якості життя після виписки пацієнтів дослідної групи із стаціонару пов'язане із продовженням курсу прийому L-Ornithine L-Aspartate у вигляді гранул. Помірне зменшення інтенсивності досліджуваних синдромів протягом перебування у стаціонарі у пацієнтів групи порівняння можна пояснити призначенням пацієнтам лише стандартної інтенсивної терапії. Після виписки пацієнтів групи порівняння із стаціонару та припинення інтенсивної терапії жодних змін у показниках якості життя не спостерігалось. Таким чином, призначення пацієнтам із цирозом печінки, ускладненим кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, L-Ornithine L-Aspartate дозволяє достовірно покращити показники якості життя та зменшити інтенсивність диспептичного, больового, діарейного, констипаційного та рефлюксного синдромів. Планується оцінити віддалені результати застосування L-Ornithine L-Aspartate у даного контингенту пацієнтів.

**Ключові слова:** L-Ornithine L-Aspartate; цироз печінки; кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку; якість життя.

### Вступ

Цирози печінки займають значне місце в структурі захворювань органів травлення, залишаючись вкрай актуальною соціально-економічною та клініко-епідеміологічною проблемою охорони здоров'я всіх країн світу. Це пов'язано з широкою поширеністю їх основних етіологічних чинників у вигляді персистенції гепатотропних вірусів, що поєднується зі збільшенням споживання алкоголю, а також високим рівнем смертності [10].

Ускладнення цирозу печінки є найбільш частою причиною смерті у хворих гастроентерологічного профілю, складаючи не менше 40% від загального числа пацієнтів [6].

Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку виникають в 50-70% випадків у хворих на цироз печінки. Рецидиви кровотечі виникають у 70% пацієнтів, протягом першого року після інциденту. Летальність при кожному епізоді становить до 40%. Вкрай високий ризик рецидиву кровотечі, особливо протягом першого тижня, досягаючи до 50%. Ризик залишається високим до 3 місяців після первинної кровотечі, тому такі хворі потребують динамічного диспансерного спостереження та активної тактики лікаря та пацієнта. Тільки

через 6 місяців після кровотечі, при постійному лікуванні та спостереженні лікаря, критерії ризику рецидиву кровотечі з розширених вен стравоходу та шлунку стабілізуються [1, 2, 7, 8, 9].

Зважаючи на актуальність даної проблеми, не викликає сумніву пошук нових та клінічна оцінка ефективності вже існуючих гепатотропних засобів, яким відведена одна із провідних ролей у лікуванні цирозу печінки та його ускладнень. Одним із таких засобів є L-Ornithine L-Aspartate [3, 4, 5].

**Мета** дослідження - оцінити динаміку змін якості життя пацієнтів із цирозом печінки, ускладненим кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку при прийомі L-Ornithine L-Aspartate.

### Матеріали та методи

Проспективне дослідження виконували на кафедрі ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі Клінічного високоспеціалізованого хірургічного Центру з малоінвазивними технологіями Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

Відповідно до мети та завдань, у дослідження було включено 67 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цирозу печінки, ускладненого кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку.

Критеріями включення у дослідження були:

1. Цироз печінки класів А та В за класифікацією Child-Pugh.

2. Активна кровотеча із одного або декількох варикозних вузлів стравоходу та шлунка на момент поступлення до стаціонару.

3. Ендоскопічне лігування варикозних вузлів, що кровили, як основний метод гемостазу.

4. Відсутність маніфестації будь-якої супутньої патології на момент поступлення до стаціонару.

Критеріями виключення із дослідження були:

1. Маніфестації будь-якої супутньої патології протягом перебування у стаціонарі.

2. Діагностування гострої патології, не пов'язаної із основним захворюванням протягом перебування у стаціонарі.

3. Відмова пацієнта від подальшого лікування.

Жінок у дослідженні було 19 (28,4 %), чоловіків - 48 (71,6 %). Середній вік становив 45,1±14,4 років.

Усім пацієнтам із досліджуваного контингенту проводили повний комплекс діагностичних заходів відповідно до чинних Стандартів організації та професійно орієнтованих протоколів надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота та грудної клітки, Удосконалених алгоритмів діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі (методичні рекомендації), локальних клінічних протоколів.

З метою зупинки кровотечі всім пацієнтам виконували лігування варикозних вузлів, що кровили та, при потребі, профілактичне лігування потенційно небезпечних з точки зору ризику виникнення кровотечі вузлів.

З лікувальною метою призначали інфузійно-трансфузійну терапію, гемостатичні, антисекреторні засоби, проводили антибіотикопрофілактику, стимуляцію перистальтики, симптоматичну терапію відповідно до рекомендацій чинних стандартів та протоколів.

Усі пацієнти випадковим чином були розподілені на дві групи. Дослідну групу (34 пацієнти), яким з метою підтримки функції печінки призначали внутрішньовенно крапельно L-Ornithine L-Aspartate в дозі 10 мл на 500 мл фізіологічного розчину 2 рази на добу протягом усього перебування в стаціонарі, із наступним переведенням на L-Ornithine L-Aspartate у вигляді гранул в дозі 3 грами 1 раз на добу терміном до 1 місяця. У групу порівняння (33 пацієнти) увійшли хворі, які даний препарат не отримували.

Для оцінки ефективності проведеного лікування проводили оцінку якості життя за опитувальником Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) на 1-2 добу (після виконання ендоскопічного гемостазу та проведення невідкладних лікувальних заходів), на 7 та 30 добу.

Опитувальник GSRS використовується для оцінки якості життя гастроентерологічних хворих і містить 15 питань. Кожне питання оцінюється по семибальній шкалі - від 1 до 7 балів, після чого визначається середній бал по питаннях, що входять до певного синдрому, який вивчається.

Питання групуються у 5 синдромів:

1. DS (діарейний синдром) - питання 11, 12, 14.

2. IS (диспепсичний синдром) - питання 6, 7, 8, 9.

3. CS (констипаційний синдром) - питання 10, 13, 15.

4. AP (синдром абдомінального болю) - питання 1, 4.

5. RS (рефлюксний синдром) - питання 2, 3, 5.

Показники в межах 1-2 балів свідчать про нормальну якість життя.

Градація больових відчуттів в опитувальнику GSRS була наступною:

1. Не турбували - 1 бал.

2. Незначний дискомфорт - 2 бали.

3. Помірний дискомфорт - 3 бали.

4. Середній дискомфорт - 4 бали.

5. Відносно сильний (проте терпимий) дискомфорт - 5 балів.

6. Сильний дискомфорт - 6 балів.

7. Дуже сильний дискомфорт - 7 балів.

Одержані дані піддавалися обробці за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows. Параметричні величини (тривалість перебування у стаціонарі, лабораторні показники) оцінювали із використанням t-критерію Ст'юдента, непараметричні величини (показники якості життя) - із використанням критерію Манна-Уїтні.

## Результати. Обговорення

При статистичному аналізі основних показників досліджувані групи були однорідними за гендерно-віковим складом та клініко-лабораторними показниками.

Тривалість перебування у стаціонарі була достовірно меншою ( $p < 0,05$ ) у дослідній групі ( $7,5 \pm 2,7$  днів), ніж у групі порівняння ( $8,7 \pm 1,2$  днів).

При аналізі якості життя посиндромно у досліджуваному контингенті нами було отримано наступні дані.

Числові показники інтенсивності всіх синдромів у досліджуваному контингенті наведені у таблиці 1.

Графічно динаміка змін інтенсивності досліджуваних синдромів наведена на рисунках 1 та 2.

Інтенсивність диспептичного синдрому на початку дослідження в обох групах достовірно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ), що можна пояснити однорідністю контингенту пацієнтів у обох досліджуваних групах. При оцінці якості життя на 7 добу дослідження, інтенсивність диспептичного синдрому у пацієнтів дослідної групи була достовірно меншою ( $p < 0,01$ ) за аналогічний показник у групі порівняння. Аналогічна картина спостерігалася і при аналізі якості життя пацієнтів на 30 добу, коли відмінності між групами також були достовірними ( $p < 0,01$ ).

При статистичному аналізі динаміки змін показників

**Таблиця 1.** Показники інтенсивності всіх синдромів у досліджуваному контингенті.

Терміни дослідження	Групи	
	Дослідна (n=34)	Порівняння (n=33)
<b>Диспептичний синдром (IS)</b>		
1-2 доба	4,02±0,72	4,02±0,73
7 доба	3,34±0,47	3,67±0,58
30 доба	2,82±0,64	3,54±0,52
<b>Больовий синдром (AP)</b>		
1-2 доба	3,00±0,69	2,97±0,67
7 доба	2,62±0,45	2,64±0,42
30 доба	2,13±0,41	2,50±0,35
<b>Діарейний синдром (DS)</b>		
1-2 доба	2,57±0,49	2,60±0,42
7 доба	2,33±0,45	2,40±0,36
30 доба	2,12±0,42	2,35±0,31
<b>Констипаційний синдром (CS)</b>		
1-2 доба	2,70±0,54	2,74±0,49
7 доба	2,43±0,44	2,45±0,34
30 доба	2,21±0,39	2,37±0,34
<b>Рефлюксний синдром (RS)</b>		
1-2 доба	2,04±0,64	2,01±0,63
7 доба	1,91±0,57	1,84±0,52
30 доба	1,57±0,35	1,76±0,45

інтенсивності диспептичного синдрому всередині кожної групи були отримані наступні дані. У дослідній групі показник інтенсивності диспептичного синдрому на 7 добу був достовірно нижчим ( $p<0,01$ ) за аналогічний показник на 1 добу. Подальше зменшення інтенсивності даного показника з 7 до 30 доби також було достовірним ( $p<0,01$ ).

У групі порівняння показник інтенсивності диспептичного синдрому на 7 добу також був достовірно нижчим ( $p<0,05$ ) за показник на 1 добу, проте достовірність була меншою, ніж у дослідній групі на аналогічних термінах дослідження. В період з 7 до 30 доби, хоча й спостерігалася незначне зменшення числових показників інтенсивності диспептичного синдрому, проте статистична достовірність різниці підтверджена не була ( $p>0,05$ ).

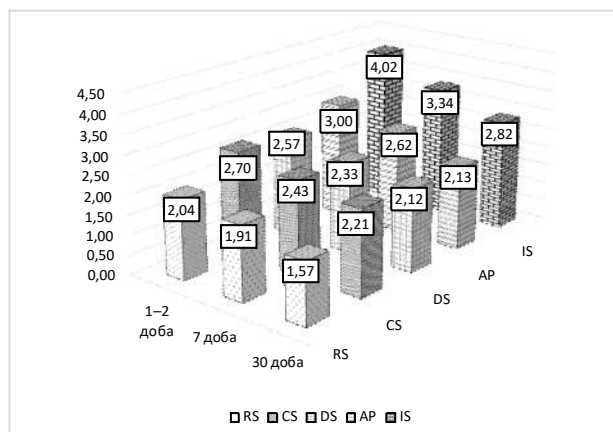
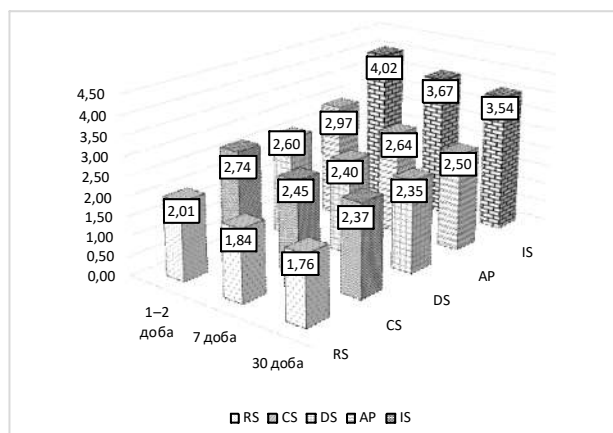
Інтенсивність больового синдрому на початку дослідження в обох групах достовірна не відрізнялася ( $p>0,05$ ), що можна пояснити однорідністю контингенту пацієнтів у обох досліджуваних групах. При оцінці якості життя на 7 добу дослідження, жодних статистичних відмінностей між групами також знайдено не було ( $p>0,05$ ). Проте, при аналізі якості життя пацієнтів на 30 добу, відмінності між досліджуваними групами були достовірними ( $p<0,01$ ).

При статистичному аналізі динаміки змін показників інтенсивності больового синдрому всередині кожної групи були отримані наступні дані. У дослідній групі по-

казник інтенсивності больового синдрому на 7 добу був достовірно нижчим ( $p<0,01$ ) за аналогічний показник на 1 добу. Подальше зменшення інтенсивності даного показника з 7 до 30 доби також було достовірним ( $p<0,01$ ).

У групі порівняння показник інтенсивності больового синдрому на 7 добу також був достовірно нижчим ( $p<0,05$ ) за показник на 1 добу, проте достовірність була меншою, ніж у дослідній групі на аналогічних термінах дослідження. В період з 7 до 30 доби, хоча й спостерігалася незначне зменшення числових показників інтенсивності больового синдрому, проте статистична достовірність різниці підтверджена не була ( $p>0,05$ ).

Дані таблиці 1 та рисунків 1, 2 демонструють картину динаміки змін показників діарейного та констипаційного синдромів схожу із такою при оцінці больового синдрому. Хоча числові показники на всіх термінах дослідження незначно перевищували нормальні значення, проте спостерігалася незначна їх позитивна динаміка. Так, інтенсивність діарейного та констипаційного синдромів на початку дослідження в обох групах достовірно не відрізнялася ( $p>0,05$ ), що можна пояснити однорідністю контингенту пацієнтів у обох досліджуваних гру-

**Рис. 1.** Динаміка змін інтенсивності досліджуваних синдромів у дослідній групі.**Рис. 2.** Динаміка змін інтенсивності досліджуваних синдромів у групі порівняння.

пах. При оцінці якості життя на 7 добу дослідження, жодних статистичних відмінностей між групами також знайдено не було ( $p > 0,05$ ). Проте, при аналізі якості життя пацієнтів на 30 добу, відмінності між досліджуваними групами були достовірними ( $p < 0,05$ ).

При статистичному аналізі динаміки змін показників інтенсивності діарейного та констипаційного синдромів всередині кожної групи були отримані наступні дані. У дослідній групі показники інтенсивності досліджуваних синдромів на 7 добу були достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) за аналогічні показники на 1 добу. Подальше зменшення інтенсивності даних показників з 7 до 30 доби також було достовірним ( $p < 0,05$ ).

У групі порівняння показники інтенсивності діарейного та констипаційного синдромів на 7 добу також були достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) за показники на 1 добу, проте достовірність була меншою, ніж у дослідній групі на аналогічних термінах дослідження. В період з 7 до 30 доби, хоча й спостерігалось незначне зменшення числових показників інтенсивності досліджуваних синдромів, проте статистична достовірність різниці підтверджена не була ( $p > 0,05$ ).

Числові показники інтенсивності рефлюксного синдрому на всіх термінах дослідження знаходилися в межах нормальних значень. Інтенсивність рефлюксного синдрому на початку дослідження та на 7 добу в обох групах достовірно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). Проте, при аналізі якості життя пацієнтів на 30 добу, відмінності між досліджуваними групами були достовірними ( $p < 0,05$ ).

Статистичний аналіз динаміки змін показників інтенсивності рефлюксного синдрому всередині кожної групи продемонстрував наступне. Хоча в обох групах протягом перебування у стаціонарі спостерігалось зменшення числових значень інтенсивності досліджуваного показника, проте достовірно підтвердити відмінності між групами не вдалося ( $p > 0,05$ ). Аналогічно, в період з 7 до 30 доби в групі порівняння жодних статистично значущих змін не спостерігалось ( $p > 0,05$ ), на відміну від дослідної групи, де зниження вираженості рефлюксно-

го синдрому було достовірним ( $p < 0,05$ ).

Як видно із наведених вище даних, інтенсивність досліджуваних синдромів на початку дослідження в обох групах достовірно не відрізнялася, що можна пояснити однорідністю контингенту пацієнтів у обох досліджуваних групах, однаковим початком захворювання та відсутністю виконання будь-яких маніпуляцій.

Тенденція до більш швидкого прогресивного зменшення інтенсивності досліджуваних показників у пацієнтів дослідної групи у порівнянні із пацієнтами групи порівняння, може бути пояснена доповненням комплексного лікування у дослідній групі L-Ornithine L-Aspartate.

Покращення якості життя після виписки пацієнтів дослідної групи із стаціонару, на нашу думку, пов'язане із продовженням курсу прийому L-Ornithine L-Aspartate у вигляді гранул.

Помірне зменшення інтенсивності досліджуваних синдромів протягом перебування у стаціонарі у пацієнтів групи порівняння, на нашу думку, можна пояснити призначенням пацієнтам лише стандартної інтенсивної терапії. Після виписки пацієнта із стаціонару та припинення інтенсивної терапії жодних змін у лабораторних показниках та показниках якості життя не спостерігалось, на відміну від пацієнтів дослідної групи.

## Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Призначення пацієнтам із цирозом печінки, ускладненим кровотоком із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, ін'єкційної форми L-Ornithine L-Aspartate протягом стаціонарного лікування із наступним переведенням на гранульовану форму препарату дозволяє достовірно покращити показники якості життя та зменшити інтенсивність диспептичного, больового, діарейного, констипаційного та рефлюксного синдромів.

Планується оцінити віддалені результати застосування L-Ornithine L-Aspartate у пацієнтів із цирозом печінки, ускладненим кровотоком із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку.

## Список посилань - References

- Brunner, F., Berzigotti, A., & Bosch, J. (2017). Prevention and treatment of variceal haemorrhage in 2017. *Liver Int.*, 37 (1), 104-115. doi: 10.1111/liv.13277.
- Buechter, M., Kahraman, A., Manka, P., Gerken, G., Jochum, C., Canbay, A., & Dechene, A. (2016). Spleen and Liver Stiffness Is Positively Correlated with the Risk of Esophageal Variceal Bleeding. *Digestion*, 94 (3), 138-144. doi: 10.1159/000450704.
- Butterworth, R. F., McPhail, M. J. W. (2019). L-Ornithine L-Aspartate (LOLA) for Hepatic Encephalopathy in Cirrhosis: Results of Randomized Controlled Trials and Meta-Analyses. *Drugs*, 79 (1), 31-37. doi: 10.1007/s40265-018-1024-1.
- Canbay, A., & Sowa, J. P. (2019). L-Ornithine L-Aspartate (LOLA) as a Novel Approach for Therapy of Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *Drugs*, 79 (1), 39-44. doi: 10.1007/s40265-018-1020-5.
- Goh, E. T., Stokes, C. S., Sidhu, S. S., Vilstrup, H., Gluud, L. L., & Morgan, M. Y. (2018). L-ornithine L-aspartate for prevention and treatment of hepatic encephalopathy in people with cirrhosis. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5 (5), CD012410. doi: 10.1002/14651858.CD012410.pub2.
- Gross, M. (2015). Liver cirrhosis and the most common complications: diagnosis and treatment. *MMW Fortschr Med.*, 157 (1), 75-9. doi: 10.1007/s15006-015-2550-3.
- Hernandez-Gea, V., Berbel, C., Baiges, A., & Garcia-Pagan, J. C. (2018). Acute variceal bleeding: risk stratification and management (including TIPS). *Hepatol. Int.*, 12 (1), 81-90. doi: 10.1007/s12072-017-9804-3.
- Moctezuma Velazquez, C., & Abalde, J. G. (2017). Non-invasive diagnosis of esophageal varices after Baveno VI. *Turk J. Gastroenterol.*, 28 (3), 159-165. doi: 10.5152/tjg.2017.16744.
- Tayyem, O., Bilal, M., Samuel, R., Merwat, S. K. (2018). Evaluation and management of variceal bleeding. *Dis. Mon.*, 64 (7), 312-320. doi: 10.1016/j.disamonth.2018.02.001.

10. Zhou, W. C., Zhang, Q. B., & Qiao, L. (2014). Pathogenesis of liver cirrhosis. *World J. Gastroenterol.*, 20 (23), 7312-24. doi:

10.3748/wjg.v20.i23.7312.

# **ВЛИЯНИЕ L-ORNITHINE L-ASPARTATE НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

**Петрушенко В. В., Гребенюк Д. И., Кедик А.А.**

**Аннотация.** Цель исследования - оценить динамику изменений качества жизни пациентов с циррозом печени, осложнённым кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при приёме L-Ornithine L-Aspartate. В исследование было включено 67 пациентов с подтвержденным диагнозом цирроза печени осложненного кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Все пациенты случайным образом были разделены на две группы - опытная группа (34 пациента, стандартная терапия, дополненная приёмом L-Ornithine L-Aspartate) и группу сравнения (33 пациента, стандартная терапия). Для оценки эффективности проведённого лечения проводили оценку качества жизни по опроснику Gastrointestinal Symptom Rating Scale на 1-2, 7 и 30 сутки. Параметрические величины оценивали с использованием t-критерия Стьюдента, непараметрические величины - с использованием критерия Манна-Уитни. Интенсивность исследуемых синдромов в начале исследования в обеих группах достоверно не отличалась, что объясняется однородностью контингента пациентов. У пациентов опытной группы имела место тенденция к более быстрому прогрессивному уменьшению интенсивности исследуемых показателей как во время пребывания в стационаре, так и после выписки. Улучшение качества жизни после выписки пациентов опытной группы из стационара связано с продолжением курса приема L-Ornithine L-Aspartate в виде гранул. Умеренное уменьшение интенсивности исследуемых синдромов во время пребывания в стационаре у пациентов группы сравнения можно объяснить назначением пациентам только стандартной интенсивной терапии. После выписки пациентов группы сравнения из стационара и прекращения интенсивной терапии никаких изменений показателей качества жизни не наблюдалось. Таким образом, назначение пациентам с циррозом печени, осложнённым кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, L-Ornithine L-Aspartate позволяет достоверно улучшить показатели качества жизни и уменьшить интенсивность диспептического, болевого, диарейного, констипационного и рефлюксного синдромов. Планируется оценить отдалённые результаты применения L-Ornithine L-Aspartate в данном контингенте пациентов.

**Ключевые слова:** L-Ornithine L-Aspartate; цирроз печени; кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка; качество жизни.

# **EFFECT OF L-ORNITHINE L-ASPARTATE ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICEAL BLEEDING**

**Petrushenko V. V., Grebeniuk D. I., Kedyk O. O.**

**Annotation.** The aim of the study was to evaluate the dynamics of changes in the quality of life of patients with liver cirrhosis complicated by esophageal and gastric variceal bleeding while taking L-Ornithine L-Aspartate. 67 patients with a confirmed diagnosis of liver cirrhosis complicated by esophageal and gastric variceal bleeding were included in the study. All patients were randomly divided into two groups - experimental group (34 patients, standard therapy, supplemented with L-Ornithine L-Aspartate) and comparison group (33 patients, standard therapy). To evaluate the effectiveness of the treatment, the quality of life was assessed using the Gastrointestinal Symptom Rating Scale questionnaire on days 1st-2nd, 7th and 30th. Parametric values were evaluated using Student's t-test, non-parametric values - using the Mann-Whitney test. The intensity of the studied syndromes at the beginning of the study did not differ significantly in both groups. It is explained by the homogeneity of the patient population. In patients of the experimental group, there was a tendency to a more rapid progressive decrease in the intensity of the studied parameters both during their stay in the hospital and after discharge. The improvement in the quality of life after discharge of patients of the experimental group from the hospital is associated with the continuation of the course of taking L-Ornithine L-Aspartate in the form of granules. A moderate decrease in the intensity of the studied syndromes during hospitalization in patients of the comparison group can be explained by the appointment of only standard intensive care. After the patients of the comparison group were discharged from the hospital and the intensive care was stopped, no changes in the quality of life were observed. Thus, the administration of L-Ornithine L-Aspartate to patients with liver cirrhosis complicated by esophageal and gastric variceal bleeding can significantly improve the quality of life and reduce the intensity of dyspeptic, pain, diarrheal, constipation and reflux syndromes. It is planned to evaluate the long-term results of the use of L-Ornithine L-Aspartate in this patient population.

**Keywords:** L-Ornithine L-Aspartate; liver cirrhosis; esophageal and gastric variceal bleeding; quality of life.