

CRR
JOURNAL
OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ISSN 2181-0974
DOI 10.26739/2181-0974



Journal of
**CARDIORESPIRATORY
RESEARCH**

Special Issue 1.1

2022



АССОЦИАЦИЯ
ТЕРАПЕВТОВ
УЗБЕКИСТАНА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции
(Самарканд, 22 апрель 2022 г.)

Под редакцией
Ж.А. РИЗАЕВА

ТОМ I

Самарканд-2022

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Жасур Алимджанович РИЗАЕВ
доктор медицинских наук, профессор
(отв. редактор)

Шухрат Худайбердиевич ЗИЯДУЛЛАЕВ
доктор медицинских наук
(зам. отв. редактора)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА
Наргиза Нурмаатовна АБДУЛЛАЕВА
Гуландом Зикриллаевна ШОДИКУЛОВА
Мухайё Бердикуловна ХОЛЖИГИТОВА
Заррина Бахтияровна БАБАМУРАДОВНА
Саодат Хабибовна ЯРМУХАММЕДОВА
Шоира Акбаровна ХУСИНОВА
Ирина Рубеновна АГАБАБЯН

Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 22 апрель 2022 г.) / отв. ред. РИЗАЕВ Ж.А. - Самарканд: СамГМУ, 2022. – 736 с.

В сборнике собраны материалы, которые содержат статьи и тезисы докладов, представленных на международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины», проведенной в СамГМУ 22 апрель 2022 г. Значительная часть материалов отражает современные проблемы внутренней медицины, посвященные поиску эффективных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.

Представленные материалы будут интересны специалистам всех направлений внутренней медицины и широкому кругу читателей, интересующихся вопросами возникновения и профилактики основных заболеваний терапевтического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Главный редактор: Э.Н.ТАШКЕНБАЕВА

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал



ISSN: 2181-0974
DOI: 10.26739/2181-0974



№SI-1.1
2022

Главный редактор:

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

доктор медицинских наук, проф. заведующая кафедрой внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского института, председатель Ассоциации терапевтов Самаркандской области. <https://orcid.org/0000-0001-5705-4972>

Заместитель главного редактора:

Хайбулина Зарина Руслановна

доктор медицинских наук, руководитель отдела биохимии с группой микробиологии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Аляви Анис Лютфуллаевич

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Ассоциации Терапевтов Узбекистана, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>

Бокерия Лео Антонович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Москва), <https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>

Курбанов Равшанбек Давлетович

академик АН РУз, доктор медицинских наук, професор, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>

Michał Tendera

профессор кафедры кардиологии Верхнесилезского кардиологического центра, Силезский медицинский университет в Катовице, Польша (Польша) <https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>

Покушалов Евгений Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по науке и развитию сети клиник «Центр новых медицинских технологий» (ЦНМТ), (Новосибирск), <https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>

Акилов Хабибулла Атауллаевич

доктор медицинских наук, профессор, Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент)

Цурко Владимир Викторович

доктор медицинских наук, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва) <https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>

Абдиева Гулнора Алиевна

ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Медицинского Института <https://orcid.org/0000-0002-6980-6278> (ответственный секретарь)

Ризаев Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор, Ректор Самаркандского государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновациям Самаркандского Государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>

Зуфаров Миржамол Мирумарович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>

Ливерко Ирина Владимировна

доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Республики Узбекистан (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>

Камилова Умида Кабировна

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>

Тураев Феруз Фатхуллаевич

доктор медицинских наук, Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ю.Г. Туракулова

Саидов Максуд Арифович

к.м.н., директор Самаркандского областного отделения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (г. Самарканд)

Насирова Зарина Акбаровна

PhD, ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского Института (ответственный секретарь)



Жураева Мохигул Азимжановна

доктор медицинских наук, профессор
РАЕ доцент кафедры Врачей общей
практики №1, Андижанского государственного
медицинского института,
Андижон, Узбекистан

Алейник Владимир Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор
кафедры нормальной физиологии Андижанского
государственного медицинского института,
Андижон, Узбекистан

Равзатов Жасур Бахрамович

ассистент кафедры Пропедевтики внутренних болезней
Андижанского государственного медицинского института,
Андижон, Узбекистан

Козимжанова Мумтозбегим Рустамбек кизи

студентка 1 курса Андижанского государственного
медицинского института, Андижон, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕЦИСТОКИНИНА-8 ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ НА МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2022-SI-1-1>

АННОТАЦИЯ

Нарушение функции сердца при осложненном течении цирроза печени, называемой цирротической кардиомиопатией, является в последнее время очень актуальным и малоизученным сопутствующим заболеванием, который наблюдается примерно у 50% взрослых и детей, которые обращались за трансплантацией печени. У таких больных структурные, функциональные, гемодинамические, электрокардиографические изменения сердца связаны с тяжелым повреждением печени, и они проявляются в стрессовых ситуациях. Несмотря на современный взгляд на данную проблему и быстрый прогресс в науке и фармакотерапии, необходимой диагностики и лечения на данный момент не существует. Это все может быть связано с недостаточным изучением данной проблемы.

Ключевые слова: цирроз печени, электрофизиологические изменения сердца, стресс, цирротическая кардиомиопатия, перегрузка сердца, ритм сердца

Zhuraeva Mohigul Azimzhanovna

MD, Professor of RAE, Associate Professor of
the Department of General Practitioners No. 1
of Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan

Aleynik Vladimir Alekseevich

Doctor of Medical Sciences, Professor
of the Department of Normal Physiology of the Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

Ravzatov Zhasur Bahramovich

assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases,
Andijan, Uzbekistan

Kozimzhanova Mumtozbegim Rustambek kizi

1st year student of Andijan State Medical Faculty
Andijan, Uzbekistan



THE EFFECT OF CHOLECYSTOKININ-8 IN LIVER DISEASES ON THE MECHANISMS OF REGULATION OF CARDIAC ACTIVITY

ANNOTATION

Cardiac dysfunction in the complicated course of cirrhosis of the liver, called cirrhotic cardiomyopathy, has recently been a very relevant and little-studied concomitant disease, which is observed in about 50% of adults and children who have applied for liver transplantation. In such patients, structural, functional, hemodynamic, electrocardiographic changes of the heart are associated with severe liver damage, and they manifest themselves in stressful situations. Despite the modern view of this problem and the rapid progress in science and pharmacotherapy, the necessary diagnosis and treatment does not exist at the moment. This may all be due to insufficient study of this problem.

Key words: cirrhosis of the liver, electrophysiological changes of the heart, stress, cirrhotic cardiomyopathy, heart overload, heart rhythm

Juraeva Mohigul Azimjanovna

tibbiyot fanlari doktori, professor

RAN 1-son umumiy amaliyot shifokorlari kafedrasini dotsenti,

Andijon davlat tibbiyot instituti,

Andijon, O'zbekiston

Aleynik Vladimir Alekseevich

tibbiyot fanlari doktori, professor

Andijon davlat tibbiyot instituti normal fiziologiya kafedrasini,

Andijon, O'zbekiston

Ravzatov Jasur Baxramovich

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini assistenti

Andijon davlat tibbiyot instituti,

Andijon, O'zbekiston

Kozimjanova Mumtozbegin Rustambek kizi

Andijon davlat tibbiyot instituti 1-kurs talabasi,

Andijon, O'zbekiston

JIGAR KASALLIKLARIDA XOLECISTOKININ-8 NING YURAK FAOLIYATINI TARTIB BERISH MEKANIZMLARIGA TA'SIRI

ANNOTATSIYA

Jigar sirozining murakkab kursida yurak disfunktsiyasi sirozli kardiyomiyopatiya deb ataladi, bu so'nggi paytlarda juda dolzarb va kam tushunilgan qo'shma kasallik bo'lib, u jigar transplantatsiyasi uchun murojaat qilgan kattalar va bolalarning taxminan 50% da uchraydi. Bunday bemorlarda yurakdagi tizimli, funktsional, gemodinamik, elektrokardiografik o'zgarishlar jigarning jiddiy shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, ular stressli vaziyatlarda o'zini namoyon qiladi. Ushbu muammoning zamonaviy ko'rinishi va ilm-fan va farmakoterapiyaning jadal rivojlanishiga qaramay, hozirda zarur diagnostika va davolash mavjud emas. Bularning barchasi ushbu muammoning yetarli darajada o'rganilmaganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

В этом обзоре мы хотели изучить механизмы управления состоянием печени и сердца [1]. Конечно же увеличение объема циркулирующей жидкости при декомпенсированном вирусном циррозе печени приводит к увеличению сердечного выброса, который в свою очередь проявляется перегрузкой сердца. Такое же состояние было бы оценено как сердечная недостаточность, но циррозе печени из-за низкого и очень плохого сосудистого возврата к сердцу при циррозе печени и низкого сосудистого сопротивления проблемы с левым желудочком не очень выражены и выглядят в скрытой форме, которую в свою очередь можно назвать "цирротической кардиомиопатией" и которую на протяжении многих лет ошибочно считали алкогольной кардиомиопатией. Существенным элементом в определении цирротической кардиомиопатии является хроническая сердечная дисфункция у пациентов с циррозом печени, которая характеризуется медленной



сократительной реакцией на фармакологический или физиологический стресс и/или нарушением диастолической релаксации с электрофизиологическими нарушениями, при отсутствии других сердечных патологий. [2,3,4]. Из-за отсутствия до недавнего времени четких критериев цирротической кардиомиопатии ее распространенность остается неизвестной. Для поддержания правильного кровотока сердце работает без остановки и реагирует на все потребности организма. А для этого необходимо обеспечить сердечный ритм и достаточный уровень среднего системного артериального давления. Кровь, которую выбрасывают обе желудочки сердца в единицу времени называется сердечным выбросом и выбросы должны быть одинаковыми. Но если выброс одного желудочка будет больше или меньше второго, то тогда уже может развиваться сердечная недостаточность. Для правильной и синхронной работы сердца существуют контролирующие всё это регуляторные механизмы. Существует два основных типа регуляторных механизмов - внутрисердечная и внесердечная регуляция. Мы бы хотели изучить именно внесердечные механизмы. Внесердечная регуляция осуществляется эндокринными железами, электролитами и вегетативной нервной системой. Одним из путей внесердечной регуляции деятельности сердца при заболеваниях печени явилось увеличение вагусного влияния на сердце в результате увеличения в крови короткоцепочных пептидов таких как ХЦК -8. Доказано, что печень выводит до 85% короткоцепочных пептидов гастриновой (пентагастрин) и холецистокининовой (ХЦК-8) групп [5,6].

Работами научно-исследовательской лаборатории АндГосМИ на собаках была показана физиологическая утилизация печенью низкомолекулярных пептидов, в частности, ХЦК-8 и пентагастрина [5,6,7]. Что подтверждается рядом других исследователей [8] данная утилизация может значительно меняться при заболеваниях печени за счет присутствия чрезмерного количества циркулирующих кишечных пептидов, которые больная печень не может утилизировать. Это также влияет на механизмы регуляции сердечной деятельности. В тоже время факторы, влияющие на механизмы этих модифицирующих влияний, изучены недостаточно. При этом имеющееся к настоящему времени малое количество работ, демонстрирующих участие печени в утилизации короткоцепочных пептидов и влияния на сердечную деятельность, не дают достаточной убежденности в этом вопросе и требуют проведения дополнительных исследований, подтверждающих влияние печени на сердце при портальной гипертензии. Не ставился и не изучался вопрос о механизмах участия влияния холецистокинина -8 и изменения сердечного маркера натрийуретического пептида на сердце при заболеваниях печени. Для решения поставленной задачи нами были исследованы больные с вирусным циррозом печени, где наблюдались изменения со стороны сердца. Для решения поставленной задачи нами были обследованы мужчины и женщины с вирусным циррозом печени. В качестве контроля была сформирована группа здоровых лиц, у которых отсутствовали маркеры вирусной инфекции HBV и HCV, нормальные показатели трансаминаз и других биохимических показателей печени. Из обследованных диагноз вирусный цирроз печени был выставлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, Вирусный генез поражения печени подтверждался наличием в сыворотке крови маркеров вирусного гепатита. Всего в исследование включено 188 человек, из которых 146 больных, где 70 больных с HCV- инфекцией, 76 - с HBV-инфекцией. Всех больных делили с учетом скорости кровотока в портальном тракте и раздели на 3 группы: 1 группу составили больные с гиперкинетическим типом портального кровообращения, где ускорение линейной скорости воротной вены составил у - 29 человек, 2 группу составили больные с промежуточным типом - 65 человек, 3 группу составили больные с псевдонормокинетическим типом портального кровотока, это 52 больных, группу контроля составили 42 человек.

Диагноз вирусный цирроз печени был установлен сбором анамнеза, физикального осмотра по органам и системам, результатам лабораторных показателей, а также ультразвукового исследования органов брюшной полости. При отсутствии явных клинических признаков портальной гипертензии больным проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), а также эластометрия. Степень тяжести цирроза печени оценивали по критериям Чайлд-Пью.

Всех больных с циррозом печени вирусной этиологии расставили по шкале Чайлд-Пью, где 29 (19,9%) больных составили с классом А, 65 (44,5%) пациентов с классов В и 52 (35,6%) с классом



С. В 1 группе были составили больные с гиперкинетическим типом портального кровотока с преимущественным ускорением линейной скорости кровотока в воротной вене - 29 человек, 2 группу - больные с гиперкинетическим типом портального кровотока с преимущественным увеличением диаметра воротной вены или промежуточный тип - 65 человек, 3 группа - больные с псевдонормокинетическим типом портального кровотока - 52 человек, группа контроля - 42 человек. У всех больных были исследованы ИФА на вирус гепатита В и С, натрийуретический пептид, холецистокинин -8.

При сборе было выявлено, что у 28 (36,3%) больных с вирусным циррозом печени диагноз был выставлен впервые для больных после обнаружения асцита и одышки. У 32 (41,5%) больных неоднократно лечились в стационаре, а у 28 (37,5%) больных не регулярно получали лечение и не соблюдали диету.

Таблица 1

Клиническая симптоматика у больных вирусным циррозом печени в зависимости от типов портального кровотока

Жалоба	1-ая группа вирусного ЦП 2 тип ПК (n=29)	2 группа вирусного ЦП 3 тип ПК (n=65)	3 группа вирусного ЦП 5тип ПК (n=52)
Общая слабость, п (%)	20 (68,9%)	56 (86,1%)	48 (92,3%)*
Физическая утомляемость, п (%)	20 (68,9%)	46 (70,8%)	46 (88,5%)
Сонливость, п (%)	5 (17,2%)	31 (47,7%)*	37 (71,1%)*
Снижение аппетита, п (%)	2 (6,9%)	9 (13,85%)	19 (36,5%)*
Тошнота, п (%)	1 (3,45%)	9 (13,9%)	23 (44,2%)*,**
Рвота, п (%)	0	2 (9,5%)	5 (18,5%)*
Тяжесть в эпигастральной области, п (%)	20 (68,9%)	42 (71,4%)	48(92,2%)
Боли в правом подреберье, п (%)	10 (34,4%)	23 (35,4%)	26 (17,8%)*,**
Признаки асцита, п (%)	0	6 (9,2%)	23 (44,2%)*,**
Иктеричность склер, п (%)	1 (3,4%)	12 (18,5%)	17 (32,7%)*
Желтушность кожи, п (%)	1 (3,4%)	3 (14,2%)	7 (25,9%)*
температуры тела, п (%)	1 (3,4%)	3 (4,6%)	4 (7,7%)
Снижение массы тела п (%)	0	3 (4,6%)	9 (17,3%)*
Неустойчивость стула, п (%)	10 (34,5%)	37 (56,9%)	25 (48,1%)



Потемнение цвета мочи, п (%)	2 (6,8%)	16 (24,6%)	15 (28,8%)*
Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, п (%)	0	15 (23,1%)	16 (30,8%)**

Примечание: *- $p < 0,05$ -статистическая значимость различий по сравнению 1-ой группой; ** - статистическая значимость различий по сравнению со 2-ой группой;

При расчете баллов по шкале Чайлд-Пью в 1 -ой группе средний бал составил 4 ± 1 , во 2-ой 7 ± 1 , а в 3-ей 11 ± 2 . При анализе клинической картины заболевания у больных с вирусным циррозом печени в зависимости от типов портального кровотока обратила внимание увеличение таких гастроэнтерологических жалоб как тошнота, потеря аппетита, тяжесть в желудке, которые в свою очередь больше наблюдались у больных с псевдонормокинетическим типом портальной гипертензии. (таб. 1) и симптомы (таб.2).

Таблица 2

Изменение в соответствии с типом портального кровотока

Признаки	1 группа ВЦП со 2 типом (п=29)	2 группа ВЦП с 3 типом (п=65)	3 группа ВЦП с 5 типом (п=52)
Телеангиоэктазии (сосудистые звездочки), п (%)	16 (55,1%)	46 (70,8%)	40 (76,9%)
Увеличение размеров печени, п (%)	20 (68,9%)	53 (81,5%)	36 (69,2%)
Увеличение размеров селезенки, п (%)	16 (55,1%)	56 (85,2%)*	48 (92,3%)*
Асцит, п (%)	2(0,68%)	26(40%)	43 (82.6%)*,**
Периферические отеки, п (%)	0	6 (9,2%)	36 (69,2%)*,**
Желтуха, п (%)	1 (3,4 %)	9 (13,8%)	13 (25%)*
Геморрагии, п (%)	0	0	8 (15,3%)*,**
Гинекомастия, п (%)	0	7 (4,7%)	2 (3,8%)
Пальмарная эритема, п (%)	0	3 (4,6%)	6 (11,5)
Расширение вен передней брюшной стенки (голова медузы), п (%)	0	3 (4,6%)	8 (15,3%)*

Примечание: *- $p < 0,05$ -статистическая значимость различий по сравнению 1-ой группой; **-статистическая значимость различий по сравнению со 2-ой группой.

При изучении лабораторных показателей в зависимости от типов портального кровотока обнаружены следующие изменения (таб. 3).

Таблица 3

Лабораторные параметры у пациентов с вирусным циррозом печени в зависимости от типов портального кровотока

Лабораторные показатели	1 группа ВЦП со 2 ТПК (n=29)	2 группа ВЦП с 3 ТПК (n=65)	3 группа ВЦП с 5 ТПК (n=52)
Анемия, п (%)	2 (6,8%)	9 (13,8%)	17 (33,3%)*
Тромбоцитопения, п (%)	0	5 (9,5%)	16 (30,8%)*
Гипоальбуминемия, п (%), г/л	0 56,3 [48,2; 59,7]	23 (35,4%)* 37,6 [36,5; 38,9]*	21 (40,4%)* 27,9 [26,3; 32,5]*,**
Гипербилирубинемия, п (%), мкмоль/л	17 (58,6%) 31,9 [30,7; 35,2]	43 (66,2%) 46,4 [46;48,6]*	48 (73,8%) 48,7[46,5; 49,6]*
Повышение АЛТ, п (%), Е/л	16 (55,1%) 72 [62; 101,3]	56 (86,2%) 78 [65, 125,7]	40 (76,9%) 81 [77,1; 182,4]*
Повышение АСТ, п (%), Е/л	10 (34,4%) 69,0 [42,0; 78,2]	56 (86,2%) 70,0 [52,1; 88,7]	48 (92,3%)* 72,0 [58,2; 89,3]

Примечание: *- $p < 0,05$ -статистическая значимость различий по сравнению 1-ой группой;**-статистическая значимость различий по сравнению со 2-ой группой

Оценивая данные таблиц 1,2,3 видно, что клинически тяжелее заболевание печени протекало у больных с псевдонормокинетическим типом портального кровотока, т.е 3 группы больных. При изучении структуры осложнений, возникающих у больных вирусным циррозом, печеночная энцефалопатия была выявлена у 71 (48,6%) больных, у 62 (42,5 %) имелся асцит, рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у 31 (21,2%), тяжесть в эпигастральной области 110 (75,3%), что говорит об нарушении утилизации короткоцепочных пептидов – увеличении холецистокинина в крови и воздействии его желудочно-кишечный тракт проявляющемся в нарушении опорожнения желудка, а также чем тяжелее цирротический процесс, тем меньше болей в правом подреберье. У 81 (55,5%) пациентов были выявлены коморбидные, сочетанные сопутствующие заболевания, где наиболее больший процент уделялся гастриту, панкреатиту и дискинезии желчного пузыря, которые связаны с нарушением утилизации короткоцепочных пептидов.

References / Список литературы /İqtiboslar

1. Møller, S, Henriksen JH. Cardiovascular complications of cirrhosis.// Gut.- 2008.-57.- P. 268–278
2. Henriksen, J. H. Dyssynchronous electrical and mechanical systole in patients with cirrhosis / J. H. Henriksen, S. Fuglsang, F. Bendtsen et al. // J Hepatol. – 2002;36:513–20;



3. Kim, M. S. Ventricular arrhythmia in patients with prolonged QT interval during liver transplantation: two cases report / M. S. Kim, N. Y. Kim, J. E. Park // *Korean J Anesthesiol.* – 2014, Dec;67:6416–20.;
4. Møller, S. Cardiac sympathetic imaging with mIBG in cirrhosis and portal hypertension: relation to autonomic and cardiac function / S. Møller, C. Mortensen, F. Bendtsen et al. // *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* – 2012, Dec 1;303(11):G1228– 35;
5. Алейник В.А., Бабич С.М. Влияние панкреатических протеолитических и непротеолитических гидролаз на изменение утилизации печенью пентагастрина// *Ж-л теор.и клин мед.*, 2013, № 5, С. 20-23, с. 20-22; 5, с. 9-11; 9, с. 46; 113, с. 344-346; 114, с. 243-245; 133, с. 1204-1208; 136, с. 1-3;
6. Zhuraeva M. A., Oleynik V. M., Babich S. M. Peculiarities of secretion of digestive peptidases of the stomach and pancreas in chronic viral hepatitis C//*European science review.*- Volume 2- № 1–2 2019 -January–February.-P.100-104;
7. Gores G. J., La Russo N. F., Miller L. J. Hepatic processing of cholecystokinin peptides. I. Structural specificity and mechanism of hepatic extraction //*American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology.* – 1986. – V. 250. – №. 3. – с. 344-346;
8. Hoffmaster KA, Zamek-Gliszczyński MJ, Pollack GM, Brouwer KL. Hepatobiliary disposition of the metabolically stable opioid peptide [D-Pen², D-Pen⁵]-enkephalin (DPDPE): pharmacokinetic consequences of the interplay between multiple transport system. //*J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 2004, vol. 311(3), P.1203-1210.
9. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца //*Научный журнал.* – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
10. Насырова З. А., Курбонова Ю. Ю. К., Насырова Д. А. Особенности коморбидного течения нестабильной стенокардии и гиперурикемии в зависимости от уровня цитокинов в крови //*Проблемы науки.* – 2019. – №. 7 (43). – С. 90-92.
11. Хасанжанова Ф. О. и др. ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛОПУРИНОЛОМ И ТИВОРТИНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ //*Молодежь и медицинская наука в XXI веке.* – 2014. – С. 263-265.