

8.Dillon B.E. A surprisingly low prevalence of demonstrable stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with multiple sclerosis followed at a tertiary neurogenic bladder clinic / B.E.Dillon, C.A.Seideman, D.Lee, // J Urol. – 2013, 189(3), – p. 976-979

PERİPORTAL KARDİOMİOPATİYA HESTASIYA DÖVRÜNÜN ƏLVERİŞSİZ GEDİŞATININ RİSK FAKTORU KİMİ

Baxşiyev M.M., İbrahimova J.S.

Azərbaycan Tibb Universiteti. III daxili xəstəliklər kafedrası. Bakı, Azərbaycan

*Əlaqə üçün məlumatlar: AZ 1022 Bakı, Bakıxanov küçəsi 23.

Hazırda inkişaf etmiş ölkələrdə ürək-damar sistemi xəstəlikləri orta və ahıl yaşlı şəxslərdə ölümün əsas səbəbi olaraq qalmaqdadır. Qadınlarda kişilərə nisbətən ürək-damar sistemi xəstəliklərinin proqnozu daha pis olur. Göstəricilərdən məlum olmuşdur ki, birinci infarktdan və ya birinci infarktdan sonra bir il ərzində ölürlər, Lkain uzun illər ərzində qadınlarda ürək-damar xəstəlikləri tədqiqatlarına daxil edilməmişdir. Tədqiqatlar nəticəsində hamiləliyin ağırlaşmış gedişatının yeni nozoloji forması aşkar edilmişdir. Belə ağırlaşmalar doğuşdan sonrakı dövrünün ağırlaşmasına və ana ölümünə təsir göstərir. Lakin bu patologiyaya aid məlumatlar kifayət qədər zidiyyətlidir, əldə edilən mənbələr isə əsasən təsviredici xarakter daşıyır.

Açar sözlər: Portal kardiomiopatiya, hestasiya dövrü, risk faktoru, erkən estrogen çatışmazlığı

PERIPARTIAL CARDIOMYOPATHY AS A RISK FACTOR FOR AN UNFAVORABLE COURSE OF THE GESTATIONAL PERIOD

Bahshiyev M.M., İbrahimova J.S.

Azerbaijan Medical University. Department of Internal Diseases II . Bakı, Azerbaijan

*Contact information: AZ 1022 Bakı, Bakikhanov street 23.

At present, diseases of the cardiovascular system in developed countries remain the main cause of death in middle-aged and elderly people. Women have a worse prognosis for cardiovascular disease than men: more women die from their first myocardial infarction, and also during the first year of life after a heart attack, but for many years women were excluded from research on cardiovascular diseases. Recent studies have revealed a new nosological form of complicated pregnancy and the first months of the postpartum period, which affects maternal mortality. However, information concerning this pathology is contradictory, and the existing sources are mainly characterized by descriptive content.

Key words: Portal cardiomyopathy, gestational age, risk factor, early estrogen deficiency

Qadınlarda gestasion hipertenziya, hamiləlik zamanı bədən kütləsinin fizioloji artması və çəkinin patoloji artması, erkən estrogen çatışmazlığı, klimaks kimi əlverişli şərait yaradan amillərin fonunda meydana çıxan ÜDX-nin proqnozlaşdırılması və qarşısının alınması aktual məsələ olaraq qalır.

Ayrı-ayrı müəlliflərin məlumatlarına görə, ürək və damar xəstəliklərinə hamilə qadınların 10-32 %-də rast gəlinir və onların

baş vermə tezliyi durmadan artır [1]. Hamilə qadınların, doğuş edən və zahı qadınların ÜDX nəticəsində ölüm halları 0,2-2,5% təşkil edir [2], ana ölümünün (AÖ) bu səbəbinin xüsusən inkişaf etməkdə olan ölkələrdə xüsusi çəkisi yüksək olaraq qalır (15-20%-dək) və artmaqda davam edir [3]. Hətta iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə belə ölüm hallarının səviyyəsi son illərdə zidiyyətli artım tendensiyasına malikdir [4]. Belə ki, ABŞ-da

ürək-damar xəstəlikləri ilə bağlı ana ölümü halları 1987-1990-cı illərdə 3% təşkil edirdisə, 1999-2017-ci illərdə 10% təşkil etmişdir [5]. “The UK Confidential Enquiries into Maternal and Child Health” (2011-ci il) (Birləşmiş Krallıqda Ana və Uşaq Sağlamlığının Məxfi Tədqiqatları) məlumatına görə, ürək-damar patologiyası dolayı ana ölümü hallarının aparıcı səbəbi kimi nəzərdən keçirilir.

Hamiləlik zamanı ürək-damar sisteminin dəyişiklikləri. Məlumdur ki, hamiləlik əhəmiyyətli hemodinamik yüklənmə ilə müşayiət olunur. Aldosteron konsentrasiyasının artması və renin-angiotenziv sistemin aktivləşməsi mayenin toplanmasına və dövr edən qanın miqdarının (DQM) 35-50% artmasına gətirib çıxarır [6]. Daha çox plazmanın həcmi artdığı halda, eritrositlərin miqdarı (qlobulyar miqdar) sadəcə 20-25% artır və hiperplaziya vəziyyətində olan sümük iliynin funksiyasından asılıdır. Nəticə etibarilə, hamiləliyin II trimestrindən əvvəlindən eritrositlərin nisbi sayı (konsentrasiyası), hemoqlobin konsentrasiyası və hematokrit göstəricisi azalır.

Hamiləliyin I trimestrindən (6-8 həftəlik) ürək atımının həcmi artır və 28-32-ci həftədə maksimuma çataraq, ilkin vəziyyətdən 30-50 % artıq olur və doğuşa qədər bu səviyyədə qalır [7]. Ürək atımının həcminə DQM-in artması, periferik damar müqavimətinin zəifləməsi və ürək yığılmalarının tezliyinin artması təsir göstərir.

Periferik damar müqavimətinin zəifləməsi damar divarının hamar əzələlərinin tonusuna progesteronun təsiri ilə bağlıdır, buna görə də artıq hamiləliyin erkən dövrlərində özünü göstərir. Plasentanın törətdiyi progesteron konsentrasiyasının artması periferik damar müqavimətinin zəifləməsinin davam etməsinə səbəb olur və bu, AT rəqəmlərində əks olunur: sistolik AT 5-10 mm c.s., diastolik AT isə 10-15 mm c.s. azalır. AT-nin xüsusilə aşağı göstəriciləri hamiləliyin II trimestrində

müşahidə edilir [8].

Ürək atmalarının həcminə ürək yığılmalarının tezliyi də təsir göstərir – hamiləlik zamanı dəqiqədə 10-20 döyüntüyə qədər artır [20]. Müvafiq olaraq, ürək döyüntülərinin artması müşahidə edilir ki, bu da hamiləliyin I trimestrindən sonunda, II trimestrindən əvvəlində baş verir. III trimestrdə aşağı boşluq venanın hamilə uşaqlıq tərəfindən sıxılması və nəticə etibarilə, ürəyə qayıdan venoz qanın azalması hesabına ürəyin döyüntüləri bir qədər azalır. Bu, xüsusən qadın arxası üstə uzanmış vəziyyətdə olduğu zaman özünü göstərir [9]. Hamiləlik oksigen tələbatını 25-30% artırır ki, bu da döl-cift kompleksinin inkişafı və fəaliyyəti üçün zəruridir. Eyni zamanda hamiləliyin müddəti artdıqca ağciyərlərin tənəffüs imkanları azalır ki, bu da tənəffüs hərəkətlərinin tezliyinə təsir edir, fiziki yük zamanı tənəffüsün yaranmasını stimullaşdırır. Kardial səbəblərlə bağlı olan ölüm hallarının yarısından çoxu ürəyin işemik xəstəliyi, peripartal kardiomiopatiya (PPKM) və aortanın laylanması anevrizmi nəticəsində baş verir [10].

Kardiomiopatiya və hamiləlik. “Kardiomiopatiya” (KMP) termini 1957-ci ildə ultrasəs vizualizasiya metodikalarının təcürbədə tətbiqi ilə W.Britgen tərəfindən təklif edilmişdir.

KMP adətən (mütləq olmasa da) ürəyin mədəciklərinin hipertrofiyası və ya dilatasiyası ilə müşayiət olunan və əksəriyyəti genetik xarakterli müxtəlif səbəblərlə bağlı olan, mexaniki və/və ya elektrik funksiyanın pozulması ilə bağlı olan miokard xəstəliklərinin müxtəlif xarakterli qrupudur.

Son bir neçə onillik ərzində ilk olaraq ürək-damar patologiyası olmayan və sağlam olan qadınlarda yalnız hamiləlik zamanı (çox vaxt son aylarında) və/və ya doğuşdan sonra ilk bir neçə (5-6) ay ərzində yaranan patologiya – peripartal kardiomiopatiyalar həkimlərin diqqətini daha çox cəlb edir [11].

Məhz bu patologiyanın yaranma dövrü

(hamiləliyin axırları – doğuşdan sonrakı ilk aylar) nəzərə alınaraq, ona "Peripartum cardiomyopathy", yəni "doğuşətrafi kardiomiopatiya" beynəlxalq adı verilmişdir. Xəstəliyə doğuşdan sonra artıq ilk aylarda rast gəlinir və nəticə etibarilə, onun "hamiləliyin əmələ gətirdiyi kardiomiopatiya" olaraq qeyd edilməsi olduqca məqsədəuyğundur.

Avropa Kardioloqlar Cəmiyyətinin Ürək Çatışmazlığı üzrə Assosiasiyasının PKMP-nin tədqiqi üzrə İşçi Qrupun ekspertlərinin 2010-cu ildə verdiyi təyinatə görə, "peripartal kardiomiopatiya, ÜÇ-nin başqa səbəbi müəyyənəndirilmədiyi təqdirdə, hamiləliyin sonunda və ya doğuşdan sonrakı bir neçə ay ərzində yaranan, sol mədəciyin (SM) sistolik disfunksiyası nəticəsində ÜÇ kimi özünü göstərən idiopatik kardiomiopatiyadır". SM boşluğu dilatasiya olmamış ola bilər, lakin demək olar ki, hər zaman atma fraksiyası 45%-dən aşağıdır [12]. Göründüyü kimi, tərifdə PKMP-nin yaranmasının qəti zaman çərçivəsi yoxdur, bununla yanaşı, PKMP-nin daha erkən dövrdə (16-cı həftə) yaranması ehtimalı vurğulanmamışdır.

PKMP-nin baş vermə tezliyinin nisbətən az (0,1%-dən az) olmasına baxmayaraq, bu xəstəlik zamanı ölüm səviyyəsi kifayət qədər yüksəkdir və 7 – 56% arasında dəyişir [13]. Xəstəliyin yayılmasına dair məlumatlar coğrafi vəziyyətdən asılı olaraq dəyişir. PKMP xəstəliyinin tezliyi ABŞ-da, Cənubi Afrikada və Haitidə öyrənilmişdir. Onların əksəriyyəti populyasiyanı əhatə etməmiş, təkmərkəzli olmuşdur və bununla əlaqədar olaraq, göstəricilərdə ziddiyyətli məlumatlar vardır. Haitidə PKMP hamilə qadınlar arasında 300 nəfərdən 1-də, Cənubi Afrikada – 1000 nəfərdən 1-də aşkarlanmışdır. Beləliklə, Afrikalı və Latın Amerikalı qadınlar arasında PKMP olduqca daha çox müşahidə edilir. Maksimal xəstələnmə halları Şimali Nigeriyada qeyd edilmişdir, xəstəlik klinikalara daxil olmuş bütün qadınların 13%-də aşkar edilmişdir. M. Lampert [14], R.M. Lang-in

məlumatlarına görə, ABŞ-da PKMP xəstələnmə halları 15 000 hamilə qadıncıdan 1-də müşahidə edilmişdir, L.M. Mielniczuk et al. və S.S. Brar-ın populyasiya tədqiqatlarında isə həmin ölkədə bu göstərici 1 : 2000 - 1 : 4000 təşkil etmişdir [15]. U. Elkayam et al. [16] məlumatlarına görə, ABŞ-da 123 ağdərili qadın arasında 67%, qara dərili qadınlar arasında - 19 %, ispan qadınlar arasında- 10 %, asiyalı qadınlar arasında- 1 % xəstəlik aşkarlanmışdır.

İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə xəstəliyə tutulma hallarının yüksək səviyyəsi, ehtimal ki, etnik xüsusiyyətlər, ətraf mühit şəraiti ilə və hamiləlik zamanı, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı dövrdə qadınların aparılması xüsusiyyətləri ilə izah olunur [16].

Müasir ədəbiyyatda olan məlumatlar PKMP diaqnozunun istisna etmə diaqnozu olduğunu təsdiq edir (cədvəl).

PKMP:

- Hamiləliyin son ayında və ya doğuşdan sonrakı ilk 5 ay ərzində ürək çatışmazlığının yaranmasıdır;
- Ürək çatışmazlığının (ÜÇ) identifikasiya olunan səbəbinin olmaması;
- Hamiləliyin son ayına qədər aşkarlanmış ürək xəstəliyinin olmaması;
- Sol mədəciyin sistolik disfunksiyasının klassik exokardioqrafik əlamətləri (qısalma raksiyasının və ya qovulma fraksiyasının azalması).

Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləliyin 36-cı həftəsinə qədər yaranan ÜÇ formal olaraq, PKMP kimi nəzərdən keçirilmir, "hamiləliklə assosiasiya olunan kardiomiopatiya hesab olunur", halbuki U. Elkayam et al. (2005) fikrincə, hər iki xəstəlik, böyük ehtimalla, "eyni vəziyyətin spektrinin müxtəlif hissələridir" [17].

Bu patologiyanın öyrənilməsinə həsr olunmuş böyük tədqiqatların nəticələrinə görə aşağıdakı risk faktorları aşkarlanmışdır:

- 30 yaşdan yuxarı təkrar doğan qadınlar, iki- və ya çoxdöllü hamiləlik,

Cədvəl
Peripartal kardiomiopatiyanın tərifləri

Mənbə	Tərif
Avropa Kardioloqlar Cəmiyyəti tərəfindən KMP-nin təsnifatı	Hamiləliklə assosiasiya olunan dilatasiya olmuş KMP-nin ailəvi olmayan, qeyri-genetik forması
Amerika Ürək Assosiasiyası tərəfindən KMP-nin müasir tərifləri və təsnifatları ilə bağlı tövsiyələri	Qazanılmış birincili dilatasiya olmuş KMP-nin sol mədəciyin disfunksiyası və ürək çatışmazlığı ilə assosiasiya olunan nadir forması
Nadir Xəstəliklərə Nəzarət İdarəsinin Milli Ağ Ciyər, Ürək və Qan İnstitutunun İşçi qrupu	Hamiləliyin son ayında və ya doğuşdan sonra 5 ay ərzində ürək çatışmazlığının inkişafı. Ürək çatışmazlığının identifikasiya olunan səbəbinin olmaması. Hamiləliyin son ayından əvvəlki dövrdə ürək xəstəliklərinin olmaması. Klassik exokardioqrafik meyarlar üzrə sol mədəciyin sistolik disfunksiyası: SM AF < 45 % və/və yafraksion qısalma 30 % ± sol mədəciyin sonuncu diastolik ölçüsü > 2,7 sm/m ² bədən səthinin sahəsi
Avropa Kardioloji Cəmiyyətinin Ürək Çatışmazlığı Assosiasiyası yanında peripartal KMP-nin tədqiqi üzrə İşçi qrup (2010)	PeripartalKMP – sol mədəciyin sistolik disfunksiyası nəticəsində ürək çatışmazlığı simptomları ilə özünü göstərən idiopatik KMP. PeripartalKMP hamiləliyin sonunda və ya doğuşdan sonrakı bir neçə ay ərzində, ürək çatışmazlığını izləyən hər hansı digər səbəb olmadığı halda, meydana çıxır, yəni peripartal KMP istisna diaqnozudur. Sol mədəciyin dilatasiyası mütləq deyil, lakin SM AF, bir qayda olaraq, 45 %-dən azdır.

preeklampsiya, hestasion arterial hipertenziya, selen çatışmazlığı, tokolitik terapiyanın (β_2 – adrenomimetiklərin) uzun müddət (4 həftədən artıq) tətbiqi [18].

Ən aşağı PKMP riski 24 yaşdan gənc analarda, Latın Amerikalılarda, hamiləlik zamanı arterial hipertenziya və/və ya anemiya ilə ağırlaşmamış təkdöllü hamiləlik zamanı qeyd edilir [19].

Mümkün risk faktorları arasında afro - amerika mənşəyi, hamilə qadının arterial hipertenziası, ananın toksikozu, tütün çəkməsi, kokain və ya alkoqol istifadə etməsi, zəif qidalanması nəzərdən keçirilir. Həmçinin piylənmənin, preeklampsiyanın, qeysər kəsiyi yolu ilə azad olmanın və genetik meyliyin təsiri müzakirə olunur. Avropa tövsiyələrində ürək-damar xəstəliyinə şərait yaradan amillər arasında həm ümumi risk faktorları (arterial hipertenziya, şəkərli diabet, tütncəkmə), həm də hamiləliklə bağlı amillər (hamilə qadının

yaşı, anamnezdə hamiləliklərin və doğuşların sayı, mamalıqda istifadə olunan preparatlar, qida pozuntuları) da qeyd edilir [20].

PPKM-in təyin edilməsi üçün J.G. Demakis, S.H. Rahimtoola et al. tərəfindən hələ 1971-ci ildə təklif edilmiş diaqnostika meyarları bu günədək istifadə olunur [21].

1. Klassik meyarlar:

-hamiləliyin son ayında və doğuşdan sonrakı 5 ay ərzində durğun ÜÇ-nin yaranması;

- ÜÇ üçün səbəbin olmaması;

- hamiləliyin son ayınadək ürək xəstəliyinin olmaması.

2. Əlavə meyarlar:

- ExoKQ vasitəsilə aşkarlanan, miokardın dairəvi lillərinin qısalma fraksiyasının və qısalma sürətinin, eləcə də atma fraksiyasının azalması şəklində sol mədəciyin sistolik disfunksiyası.

- Proqnozun qiymətləndirilməsi üçün meyarlar ExoKQ göstəriciləridir: ürəyin sol mədəciyinin ölçüləri və onun sistolik funksiyası.

yasının pozulması dərəcəsi. Qəflətən şişkinlik və ürək çatışmazlığının digər əlamətləri meydana çıxdığı zaman PPKMP-nin istisna edilməsi vacibdir. PPKMP adətən doğuşdan sonra 6 ay ərzində, bəzi hallarda isə hamiləlik zamanı aşkar edilir. Bəzən ÜÇ əlamətləri zəif özünü göstərir, lakin nəzərə almaq lazımdır ki, əksər qadınlar son aylarda hətta normal gedişata malik hamiləlik zamanı belə təngnəfəslik, zəiflik hiss edir, ayaqlarında şişkinlik olur, bununla əlaqədar olaraq qadının vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi və PPKMP kimi ciddi və təhlükəli xəstəliyin nəzərdən qaçırılması mümkündür [22]. Xəstəliyin kliniki mənzərəsinə, əsasən sol mədəciklə bağlı, durğun ÜÇ daxildir. Pasientləri tez yorulma, zəiflik, fiziki yükə davamsızlıq, təngnəfəslik, o cümlədən gecələr paroksizmal təngnəfəslik, döş qəfəsində ağrılar, öskürək, şişkinlik narahat edir. Fiziki müayinə zamanı boyun venalarının şişkinliyi, ürəyin ölçülərinin böyüməsi, atrio-ventrikulyar klapanlar üzərində yeni requrgitasiya küylərinin yaranması, durğunluq xırılıtları aşkarlana bilər.

Diaqnostika üçün əsas şərt ExoKQ-nin istifadəsidir. O, sol mədəciyin sistolik disfunksiyasının olmasını və dərəcəsini aşkarlamağa və eyni zamanda ÜÇ-nin digər səbəblərini istisna etməyə imkan verir [23].

Ölüm səbəbləri həmçinin ağır ürək aritmiyaları (qəfil ölüm), sepsis, qaraciyər-böyrək çatışmazlığı ola bilər. PPKMP çox vaxt ölüm səbəbi olan tromboemboliyalarla ağırlaşır. Doğuşdan sonra 5 il ərzində yüksək letallıq saxlanır.

Nəticə. Hazırkı tədqiqat işində bizim əldə etdiyimiz ədəbiyyat mənbələrində PPKMP-in erkən diaqnostikası və qarşısının alınması haqqında məlumatlara rast gəlmədik. Beləliklə, son illərin tədqiqatları hamiləliyin fəsadlı gedişatının və doğuşdan sonrakı dövrün ilk aylarının ana ölümünə təsir edən yeni nozoloji formasını aşkarlamağa imkan vermişdir. Lakin, bu patologiya ilə bağlı məlumatlar ziddiyyətlidir, mövcud mənbələr isə

əsasən təsvir xarakterli məzmunla səciyələnilir. Bu hal, öz növbəsində, məlumatların mövcud ziddiyyətini izah edir.

Maliyyə mənbəyi: Yoxdur.

Maraqların toqquşması: Yoxdur.

Ədəbiyyat siyahısı.

1. *Ватутин, Н.Т.* Современные представления о перипартальной кардиомиопатии (часть I): определение, эпидемиология, патогенез / Н.Т.Ватутин, Г.Г.Тарадин, С.М.Корниенко [и др.] // Российский кардиологический журнал, – 2014, – №115, с. 76-82
2. *Halkein, J.* Micro RNA-146a is a therapeutic target and biomarker for peripartum cardiomyopathy / J.Halkein, S.P.Tabruyn, M.Ricke-Hoch [et al.] // J. Clin. Invest., – 2013, 123, – p.2143-2154.
3. *Королева, Е.Б., Востокова, А.А.* Перипартальная кардиомиопатия. Диагноз, прогноз, значение для материнской смертности // Медицинский Альманах, – 2009, №4, – с.82-86
4. *Кузнецов, Г.П.* Перипартальная кардиомиопатия. Современное состояние проблемы // Новости медицины и фармации, – 2014, №1-2, – с.10-13.
5. *Мостбайер, Г.В.* Перипартальная (послеродовая) кардиомиопатия // Therapia, – 2010, №45, – с.28-32.
6. *Frustaci, A., Cimenti, C., Taradin, G.G.* The role of immunity suppression in treatment of myocarditis // Russian Journal of Cardiology, – 2017, 2, – p.114-118.
7. *Arany, Z., Elkayam, U.* Peripartum cardiomyopathy // Circulation, – 2016, 133(14), – p.1397-409
8. *Лукьянов, В.Ф., Головачева, Т.В., Лукьянова, С.В.* Сосудистая резистентность при гипертонической болезни: соотношение общего периферического и регионарного сосудистого сопротивления // Российский кардиологический журнал, – 2001, № 3, – с.20-24
9. *Bachelier-Walenta, K., Hilfiger-Kleiner, D, Sliwa, K.* Peripartum cardiomyopathy: 2012 // Curr Opin Crit Care, – 2013, 19, – p.397-403
10. *Haghikia, A.* Phenotyping and outcome on contemporary management in a German cohort of patients with peripartum cardiomyopathy /

A.Haghikia, E.Podewski, E.Libhaber, [et al.] // Basic. Res. Cardiol. – 2013, 108(4), – p. 366.

11. *Bauersachs, J.* Current management of patients with severe acute peripartum cardiomyopathy: practical guidance from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy / J.Bauersachs, M.Arrigo, D.Hilfiker-Kleiner [et al.] // Eur J Heart Fail., – 2016, 18(9), – p.1096-10105

12. *Bhattacharyya A., Basra S.S., Sen P., Kar B.* Peripartum cardiomyopathy: a review // Tex Heart Inst J. – 2012, 39(1), – p.8-16

13. *Jeanneteau, P.* Bromocriptine-induced coronary spasm in postpartum / P.Jeanneteau, L.Bière, M.Mercier [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., – 2014, 179, – p.258-259

14. *Lamparter, S, Pankuweit, S, Maisch, B.* Clinical and immunological characteristics in peripartum cardiomyopathy // Int. J. Cardiol., – 2007, 118, – p.14-20

15. *Кузнецов, Г.* Перипартальная кардиомиопатия // Медицинская газета, – 2013, №80, – с.8-9

16. *Elkayam, U.* High-risk cardiac disease in pregnancy / U.Elkayam, S.Goland, P.Pieper [et al.] // Part II. J Am Coll Cardiol., – 2016, 68, –

p.502-516

17. *Davis, M., Duvernoy, C.* Peripartum cardiomyopathy: current knowledge and future directions // Womens Health (Lond), – 2015, 11 (4), – p.565-573

18. *Fett, J.D.* Cabergoline in the treatment of peripartum cardiomyopathy // Rev. Bras. Ginecol. Obstet., – 2016, 38(8), – p.423-424

19. *Briggs, G.G., Freeman, R.K., Yaffe, S.J.* Drugs in pregnancy and lactation, 9th edn, Baltimore: Williams & Wilkins, – 2011. – 1728 p.

20. *Chaggar, P.S., Shaw, S.M., Williams, S.G.* Is foxglove effective in heart failure? // Cardiovasc. Ther., – 2015, 33, – p.236–241.

21. *Demakis J.G., Rahimtoola S.H.* Peripartum cardiomyopathy // Circulation, – 1971, 44, – p.964 -968

22. *Huisman, C.M.* Incidence and predictors of maternal cardiovascular mortality in the Netherlands: a prospective cohort study / C.M.Huisman, J.J.Zwart, J.W.Roos-Hesselink [et al.] // PLoS ONE. – 2013, 8

23. *Sliwa, K.* The addition of pentoxifylline to conventional therapy improves outcome in patients with peripartum cardiomyopathy / K.Sliwa, D.Skudicky, G.Candy [et al.] // Eur. J. Heart Fail., – 2002, 4(3), – p.305-309

TƏBABƏT VƏ ONUN ETİKASI PROBLEMLƏRİNİN ORTA ƏSR ELM MƏNBƏLƏRİNDƏ ARAŞDIRILMASI

Bəndəliyeva A.A.

Azərbaycan Tibb Universiteti. Əczaçılığın texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası. Bakı, Azərbaycan

*Əlaqə üçün məlumatlar: AZ 1003 Bakı, Q. Abbasov küçəsi 27, mənzil 14, Elektron poçt: bandaliyeva@mail.ru

Tədqiqatın məqsədi əsrlər boyu insan sağlamlığının qorunmasına xidmət edən təbabətə dair nəzəri-təcrübi məsələlərin və onun inkişafında daim mühüm rol oynayan etika problemlərinin ilkin yaranma və formalaşmasının orta əsr mənbələrində araşdırma aparmaqla öyrənmək olmuşdur.

Material və metodlar. Şərqi, o cümlədən Azərbaycanın orta əsr alim və həkimlərinin təbabət, dərmanşünaslıq, etikaya dair əlyazmaları ilə, həmçinin müxtəlif dillərdə çap edilmiş ayrı-ayrı əsrlər tədqiq edilmişdir. Təsadüfi deyildir ki, hələ bir neçə əsr bundan əvvəl yaşamış alim və mütəfəkkirlər tibb və biologiya elmlərində etika və əxlaq məsələlərinə böyük diqqət yetirmişlər.

Nəticələr. Orta əsr elm mənbələrində bir çox nümunələrin ətraflı təhlil edilməsi belə nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, həmin dövrün təbabət alimlər fiziologiya, anatomiya, kimya, əczaçılıq kimi sahələrdə çoxlu sayda nəzəri və eksperimental təcrübələr aparmaqla, böyük elmi nailiyyətlər əldə etmişlər ki, bunlar da müxtəlif xəstəliklərin düzgün diaqnostikası, profilaktikası və müalicəsində böyük rol oynamışdır. Bu nailiyyətlərin cəmiyyətdə tətbiq edilməsi zamanı bir çox etik prinsiplərin - insan ləyaqətinə hörmət edilməsi, təbiətə və cəmiyyətə qarşı münasibətdə humanistliyin, mərhəmətliliyin qorunması, xeyirxah olmaq, ziyan verməmək, ədalətli olmaq, ətraf mühiti qorumaq kimi mühüm dəyərlərin qorunması da insan sağlamlığına mühüm təsir göstərən amil olmuşdur.

Yekun. Təbabət və onun etikasının orta əsrlərdə yaranmış və formalaşmış xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, hazırda tibb