



5-ci ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA YENİLİKLƏR KONQRESİ

FAIRMONT HOTEL - FLAME TOWERS, BAKI

12-13 İYUN 2026

İkinci günün xülasəsi

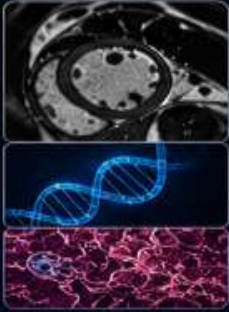
Dr.Pərviz Cəfərov

ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI KONQRESİ İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU

KARDİOMİOPATİYALARDAN FƏRDİLƏŞDİRİLMİŞ MÜALİCƏYƏ

1 KARDİOMİOPATİYALAR

- Postpartum kardiomiopatiya
- Dilata kardiomiopatiya – genotip əsaslı yanaşma
- Arritmogen kardiomiopatiya



ƏSAS MƏSAJ:

Kardiomiopatiyaların diaqnozu və təsnifatı artıq fenotipdən kənara çıxaraq genetik və molekulyar yanaşmalarla fərdiləşir.

3 HFREF-İN FARMAKOLOJİ MÜALİCƏSİ

- ARNI – düzgün istifadə prinsipləri
- SGLT2 inhibitorları – düzgün istifadə
- Beta-blokerlər və diqoksin – düzgün istifadə
- MRAs – düzgün istifadə

ARNI



SGLT2i



β-BLOKER DİQOKSİN



MRAs



ƏSAS MƏSAJ:

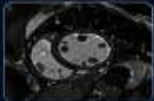
Düzgün dərman, doğru xəstədə, doğru zamanda – ürək çatışmazlığı müalicəsinin təməl prinsipləridir.

5 NADİR SƏBƏBLƏR

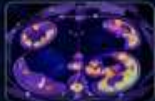
- Kardiyaq amiloidoz
- Kardiyaq sarkoidoz
- Sağ mədəcik çatışmazlığı

ƏSAS MƏSAJ:

"Inacker" ürək çatışmazlığında nadir səbəbləri düşünmək diaqnozu və müalicəni dəyişə bilər.



Amiloidoz



Sarkoidoz
(PET-CT)



Sağ mədəcik
çatışmazlığı

ƏSAS ÇIXARIŞLAR

Ürək çatışmazlığı vahid xəstəlik deyil, fərqli fenotipləri və etiologiyaları olan kompleks sindromdur.



Fərdiləşdirilmiş yanaşma – genetik, görüntüləmə və biomarkerlərə əsaslanan müasir yanaşmanın mərkəzindədir.



Struktur ürək xəstəliyi, aritmiyalar və komorbiditələr aktiv şəkildə aşkarlanmalı və eyni anda müalicə edilməlidir.



Dəlillərə əsaslanan dərman və cihaz terapiyaları vaxtında və düzgün tətbiq olunmalıdır.



Multidisiplinar komanda və pasiyent-merkezli yanaşma daha yaxşı nəticələrə aparır.



İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU
13 İYUN 2026

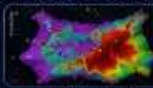
“MƏQSƏD YALNIZ ÖMRÜ UZATMAQ DEYİL,
HƏYAT KEYFİYYƏTİNİ YAŞILAŞDIRMAQDIR.”

4 ARİTMİYALAR VƏ CİHAZ TERAPİYASI

- Konduksiya sisteminin pasingi
- AF ablasiyasının ürək çatışmazlığında rolu
- Taxikardiomyopatiyaların idarə olunması
- Barorefleks aktivasiyası və kardiyaq kontraktillik modulasiyası



Konduksiya sisteminin pasingi



AF ablasiyası



Taxikardiomyopatiya



Barorefleks aktivasiyası / CCM

ƏSAS MƏSAJ:

Ritm bərpası və cihaz terapiyaları bir çox xəstədə dərmanlardan əlavə və ya alternativ yol acaır.

6 KLİNİK HADİSƏ YARIŞI

Real klinik suallar, interaktiv müzakirə və evdənsiz qərarvermə bacarığının gücləndirilməsi.



5-ci ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA YENİLİKLƏR KONQRESİ



12-13 İYUN 2026

FAIRMONT HOTEL - FLAME TOWERS, BAKI

MƏLUMAT

DÜŞÜNCƏ

KLİNİK QƏRAR



- 1 SƏBƏB NƏDİR?
- 2 QAPAQ XƏSTƏLİYİ SƏBƏBDİR, YOXS A NƏTİCƏ?
- 3 DƏRMANLARI YAZIRIQ, YOXS A İDARƏ EDİRİK?
- 4 RİTMI DƏYİŞDİRMƏKLƏ TALEYİ DƏYİŞMƏK OLARMI?
- 5 NƏYİ QAÇIRIRIQ?

“ Bəzən yaxşı yekun daha çox məlumat vermək deyil; mürəkkəbiyi sadələşdirərək düzgün sualları verməkdir. ”



İKİNCİ GÜN – YEKUN



13 İYUN 2026



ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI KONQRESİ

İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU

KARDİOMİOPATİYALARDAN FƏRDİLƏŞDİRİLMİŞ MÜALİCƏYƏ

1



ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞININ
SƏBƏBİ HƏQİQƏTƏN
NƏDİR?

SƏBƏBİ ANLAMAQ,
DİAQNOZU DƏQİQLƏŞDİRMƏK



2



QAPAQ XƏSTƏLİYİ
SƏBƏBDİR,
YOXSA NƏTİCƏ?

SƏBƏB, NƏTİCƏ,
YOXSA HƏR İKİSİ?



3



DƏRMANLARI YAZIRIQ,
YOXSA İDARƏ EDİRİK?

DƏRMANLARI YAZMAQ DEYİL,
DOĞRU İDARƏ ETMƏK



4



RİTMİ DƏYİŞDİRMƏKLƏ
TALEYİ DƏYİŞMƏK
OLARMI?

RİTMİ DƏYİŞDİRMƏKLƏ
TALEYİ DƏYİŞMƏK



5



NƏYİ QAÇIRIRIQ?

DİAQNOZU DÜŞÜNMEK,
DOĞRU QƏRAR



ORTAQ MƏQSƏDİMİZ:

YALNIZ ÖMRÜ UZATMAQ DEYİL;
DOĞRU XƏSTƏNİ, DOĞRU ZAMANDA DİAQNOZ EDİB,
MÜALİCƏ EDƏRƏK ONUN HƏYAT KEYFİYYƏTİNİ YAXŞILAŞDIRMAQDIR.



KARDİOMİOPATİYALAR: EYNİ FENOTİP, FƏRQLİ TALELƏR

1 DİLATAŞON KMP

"RİSK YALNIZ EF DEYİL"



- LMNA
- TTN
- DSP
- FLNC
- Genetik test
- KMR (LGE)
- Madrid Genotip Skoru
- ICD qərarı

ƏSAS MESAJ:
EF normal olsa belə,
genetik risk yüksək ola bilər.

2 PERİPARTUM KMP

"İKİ HƏYATI DÜŞÜNƏRƏK"
QƏRAR VERMƏK"



- TTN mutasiyası
- Reversibilik potensialı
- Bromokriptin
- Növbəti hamiləlik riski

3 ARİTMOGEN KMP

"ƏN BÖYÜK TƏHLÜKƏ: QƏFİL ÖLÜM"

- Epsilon dalğası
- Padua kriteriyaları
- PKP2 / DSP
- KMR - LGE
- VT
- ICD



ƏSAS MESAJ:
Erkən tanı həyat qurtarır.



FENOTİP
Xəstəni gör



GENOTİP
Səbəbi anla



RİSK
Proqnozu müəyyən et



QƏRAR
Doğru müdaxilə et



**KARDİOMİOPATİYALARDA MƏQSƏD YALNIZ DİAQNOZ QOYMAQ DEYİL,
TALEYİ DƏYİŞƏCƏK RİSKİ VAQTINDA MÜƏYYƏN ETMƏKDİR.**

BİR GEN. BİR HAMİLƏLİK. BİR EKG.

1 BİR GEN

LMNA • TTN • DSP



Genetik mutasiyalar ailələrdə ötürülür və risk yaradır.

2 BİR HAMİLƏLİK

Peripartum KMP



Doğru diaqnozla reversibilik və gələcək riski qiymətləndir.

3 BİR EKG

Epsilon dalğası • VT • Sinkop



Aritmiyalar və gizli risklər qəfil ölümə səbəb ola bilər.

BU XƏSTƏ KİMDİR?

- ✗ Sadəcə "DKM"
- ✗ Sadəcə "Aritmiya"
- ✗ Sadəcə "Ürək çatışmazlığı"



Fərdiləşdirilmiş yanaşma əhəmiyyətlidir.



Bəzən bir gen testi, bəzən bir hamiləlik hekayəsi, bəzən isə bir EKG...
BİR İNSANIN TALEYİNİ DƏYİŞMƏK ÜÇÜN KİFAYƏT EDİR.

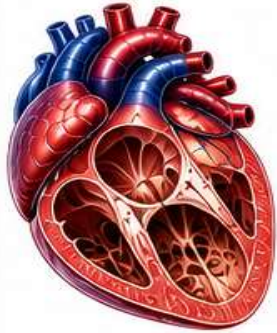


Eyni diaqnoz eyni xəstə demək deyil. Doğru fenotipi müəyyən etmək düzgün qərarın başlanğıcıdır.

1. AORTAL STENOZ + HFrEF

Sara Bayramzadə

“Aşağı gradient yüngül AS demək deyil.”

Klassik Low-flow
Low-gradient ASTrue yoxsa
Pseudo Severe?Dobutamin Stress EXO
(Class I tövsiyə)CT Aortic Valve Calcium Score
(Kişi ≥ 2000 AU, Qadın ≥ 1200 AU)

Flow Reserve anlayışı

Valvulo-ventricular interaction
(Afterload $\uparrow \rightarrow$ SV $\downarrow \rightarrow$
Gradient süni olaraq aşağı)

AĞIR AS MEYARLARI

AVA ≤ 1.0 cm²
Vmax ≥ 4 m/s
Mean Gradient ≥ 40 mmHgHeart Team
yanaşmasıTAVI vs SAVR
seçimiErken
müdaxilə

AS FENOTİPLƏRİ

Fenotip	Gradient	Flow	EF
High-gradient	Yüksək	Normal	İstenilən
Klassik LFLG	Aşağı	Aşağı	Azalmış
Paradoksal LFLG	Aşağı	Aşağı	Qorunmuş

DİAQNOSTİK ALQRİTM



ƏSAS MESAJ

Aşağı gradient – yüngül AS demək deyil.
Doğru qiymətləndirmə həyat xilas edir.

2. SEKONDER MR + HFrEF

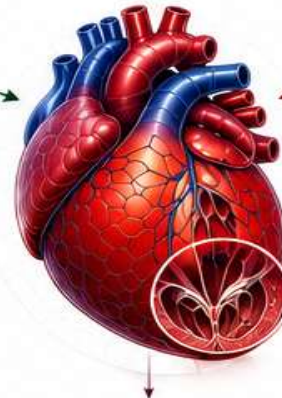
İlqar Tahiroğlu

“Bütün SMR xəstələri TEER faydası görmür.”

COAPT
(disproportionate FMR)

- ✓ EROA \uparrow (≥ 30 mm²)
- ✓ LVEDVi \downarrow (~ 101 ml/m²)
- ✓ Regurgitant həcmi \uparrow
- ✓ MR əsas problem
- ✓ TEER + OMT faydalıdır

Nəticə:

Ölüm \downarrow 28–38%
HF hospitalizasiyası \downarrow 47%MITRA-FR
(proportionate MR)

- ✗ LVEDVi \uparrow (~ 135 ml/m²)
- ✗ EROA ~ 31 mm²
- ✗ MR böyüməyə mütənəsbidir
- ✗ OMT \pm TEER fayda vermədi

Nəticə:

Ölüm – fərqsiz
HF hospitalizasiyası – fərqsiz

XƏSTƏ SEÇİMİNİN 4 SÜTUNU

1. Etiologiya
(Carpentier tipi)2. Risk profili
(Yüksək risk?)3. Anatomiya
(Leaflet, gap, jet)4. Fenotip
(LVEDVi, EROA,
proqnoz)

FENOTİP DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

- ✗ Exo: EROA, regurgitant həcmi, vena contracta, jet morfolojiyası (elliptik vs. dairevi)
- ✗ Klinik: NYHA sinfi, OMT-yə cavab, QoL
- ✗ Laborator: NT-proBNP, böyrək funksiyası
- ✗ Qeyd: Elliptik jet sekonder MR üçün xarakterikdir, PISA metodu MR-ı olduğundan az göstərə bilər.

Xəstənin əsas problemi MR-dirsə – TEER faydalıdır.
MR yalnız böyüməyə mütənəsbdirsə – fayda azdır.

3. ƏN VACİB SUAL

BU XƏSTƏ KİMDİR?

Bu xəstəliyin
adı nədir?

Fenotipi nədir?

Əsas problem
nədir?Hansı müdaxilədən
fayda görəcək?DİAQNOZDAN DAHA VACİBİ
FENOTİPDİR.Daha doğru
seçimDaha effektiv
müalicəDaha yaxşı
nəticə

KLİNİK QƏRARDA UNUTMAYAQ!

- ✓ Eyni diaqnoz eyni xəstə demək deyil.
- ✓ Fenotipə uyğun strateji yanaşma – uğurun açarıdır.
- ✓ Heart Team yanaşması hər iki qapaq patologiyasında standartdır.
- ✓ Düzgün xəstə, doğru müdaxilə, doğru zamanda – ən yaxşı nəticə.



MƏQSƏD:

Doğru xəstədə, doğru zamanda,
doğru müdaxilə ilə daha yaxşı həyat
və daha yaxşı nəticə.İKİNCİ GÜN BİZƏ ÖYRƏTDİ Kİ, ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA EYİNİ DİAQNOZ EYİNİ XƏSTƏ DEMƏK DEYİL.
DİAQNOZDAN DAHA VACİBİ FENOTİP, MÜALİCƏDƏN DAHA VACİBİ İSƏ DOĞRU QƏRARDIR.

Müalicədən daha vacibi düzgün zamanda doğru müdaxilə etməkdir.

1. TRİKUSPİD ÇATIŞMAZLIQ + HFrEF
Şəfa Şahbazova

“TÇ sadəcə nəticə deyil.”

Ağır TÇ ilə əlaqəlidir:

- Ölüm riskinin artması
- Ürək çatışmazlığına bağlı hospitalizasiyanın artması
- Böyrək funksiyasının pisləşməsi
- Həyat keyfiyyətinin azalması

TÇ – sağ ürəyin remodeləşməsinin biomarkeridir.

İKİNCİLİ TÇ-NİN 2 FENOTİPİ

ATRİAL TÇ

- Atrial fibrillyasiya
- Sağ atriumun genişlənməsi

VENTRİKULAR TÇ

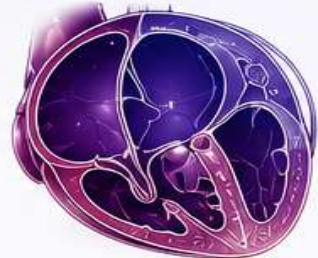
- AFaÜÇ
- Pulmonar Hipertenziya
- Sağ mədəcik dilatasiyası, disfunksiyası
- Leaflet tethering

XƏSTƏLİYİN DÖVRÜ: TÇ YALNIZ NƏTİCƏ DEYİL, İNKİŞAFI SÜRƏTLƏNDİRİR



2. SAĞ MƏDƏCİK MƏRKƏZDƏDİR

SAĞ MƏDƏCİYİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ



- RV disfunksiyası:
- TAPSE < 17 mm
- FAC < 35%
- RV GLS < 21%

⚠️ Ağır RV disfunksiyası:
TAPSE < 10 mm

SAĞ ÜRƏK KATETERİZASİYASININ ROLU

NƏLƏR QIYMƏTLƏNDİRİLİR?

- mPAP
- PAWP
- PVR



⚠️ İSTİSNA EDİLMƏLİDİR!
Ağır prekappilyar pulmonar hipertenziya

HEART TEAM YANAŞMASI

QIYMƏTLƏNDİRMƏ:



ESC 2025 MÜALİCƏ ALQRİTMİ



3. GDMT YETƏRLİDİRMI?

GDMT vacibdir, lakin hər zaman kifayət etmir.



⚠️ Ehtiyac varsa CRT

GDMT nə edir?

- ✓ Simptomları azaldır
- ✓ Həcmi azaldır
- ✓ Hospitalizasiyanı azaldır
- ✗ TÇ-nin inkişafını dayandırmır

Yenidən qiymətləndir

TÇ ağır qalırımı?

Keyr (Orta/yüngül)

GDMT davam et

Beli (Ağır)

HEART TEAM

TEER və ya Cərrahiyyə

4. TRANSKATETER DÖVRÜ

TRILUMİNATE (Triclip)



NƏTİCƏLƏR:

- ✓ KCCQ ↑
- ✓ NYHA sinfi ↑
- ✓ Həyat keyfiyyəti ↑
- ✓ Üç hospitalizasiyası ↓

TRISCEND (EVOQUE TTVR)



NƏTİCƏLƏR:

- ✓ Simptomlar ↓
- ✓ Həyat keyfiyyəti ↑
- ✓ Sağ mədəcik remodeləşməsi ↑

5. AFAÜÇ-DA PRAKTİK YANAŞMA



ƏSAS YADDAXLANILMALI MESAJJAR

- Ağır TÇ AFAÜÇ-da mühüm prognostik faktordur.
- Sağ mədəciyin funksiyası qərarvermənin mərkəzində dayanır.
- GDMT vacibdir, lakin hər zaman kifayət etmir.
- Heart Team yanaşması standartdır.
- TEER artıq sübutlara əsaslanan müalicə üsuludur.
- Erken seçilmiş xəstələr en böyük faydanı görür.



Doğru xəstədə, doğru zamanda, doğru müdaxilə – ən yaxşı nəticə!

HFrEF FARMOKOTERAPİYASININ 4 SÜTUNU

SÜBUT OLUNMUŞ – TALEYİ DƏYİŞƏN MÜALİCƏ



1 ARNİ

Afterloadu azalt, çıxışı artır.

- ✓ PARADIGM-HF: CV ölüm və HF hospitalizasiya ↓ 20%
- ✓ Erkən başla
- ✓ Hədəf dozaya çatdır
- ✓ Hipotoniya qorxma, idarə et
- ✓ Yarımçıxılma dövrü 10–12 saat

TƏSİR:
AFTERLOAD ↓
REMODELLƏŞMƏ ↓



2 SGLT2 İNHİBİTORLARI

Şəkər dərmanı deyil, ürək çatışmazlığı dərmanıdır.

- ✓ EMPEROR-Reduced, DECLARE, EMPULSE tədqiqatlarında fayda
- ✓ HF hospitalizasiyası və CV ölüm ↓
- ✓ Diabətdən asılı deyil
- ✓ Erkən başla
- ✓ Həcm statusunu qiymətləndir

TƏSİR:
DİUREZ, NATRIUREZ
ÜÇ HOSPITALİZASİYASI ↓



HFrEF

GDMT = DÖRD DƏRMANI
VERMƏK DEYİL!
DOĞRU XƏSTƏDƏ,
DOĞRU ZAMANDA,
DOĞRU DOZAYA ÇATMAQDIR.



3 MRA

Aldosteronu blokla, fibrozun qarşısını al.

- ✓ Spironolakton, Eplerenon, Finerenon (yeni nəsil)
- ✓ Aldosteronun zərərli təsirini azaldır
- ✓ Mortallik və hospitalizasiya ↓
- ✓ Kalium və böyrək funksiyasına nəzarət et

TƏSİR:
FİBROZ ↓
REMODELLƏŞMƏ ↓
MORTALİTƏ ↓



4 BETA-BLOKATORLAR

Ürək ritmini yavaşlat, ömrü uzat.

- ✓ Mortallik ↓
- ✓ Hospitalizasiyanı azaldır
- ✓ Remodelləşməni ləngidir
- ✓ Hədəf dozaya çatdır
- ✓ Bradikardiya və hipotoniya nəzarətdə ol

TƏSİR:
ÜRƏK HƏCİM YÜKÜ ↓
ARRİTMİYA RİSKİ ↓



HƏDƏF DOZA =
MAKSİMAL FAYDA



GEÇİKDİRMƏ =
İTİRİLMİŞ İMKAN



MONİTORİNG =
TƏHLÜKƏSİZLİK



UYGUNLUQ =
UĞUR



TALEYİ DƏYİŞƏN TƏK BİR DƏRMAN YOXDUR;
TALEYİ DƏYİŞƏN ONLARIN BİRLİKDƏ VƏ
DÜZGÜN İSTİFADƏSİDİR.

HFrEF-DƏ PROBLEM DƏRMAN ÇATIŞMAZLIĞI DEYİL... PROBLEM DƏRMANI DAVAM ETDİRƏ BİLMƏKDİR!



HİPOTONİYA

AT 90 mmHg...
ARNİ-ni dayandıraq?



HİPERKALEMİYA

Kalium 5.4...
MRA-nı dayandıraq?



**KƏSMƏK YOX,
İDARƏ ETMƏK**



KREATİNİN ARTIMI

eGFR düşdü...
SGLT2-ni kəsək?



BRADİKARDİYA

Nəbz 52...
BB-ni azaltmaq lazımdır?

PRAKTİK YANAŞMA

- ✓ Erkən başla
- ↓ Aşağı dozadan başla
- ↑ Tez uptitrasiya et (2–4 həftə)
- 🎯 Hədəf dozaya çatdır
- 🔍 Davamlı monitorinq
- 🛡️ Yan təsirləri idarə et, kəsmək yox



HFrEF-DƏ
UĞUR DƏRMANI
BAŞLAMAQLA DEYİL,
ONU DAVAM ETDİRƏ
BİLMƏK VƏ HƏDƏF
DOZAYA ÇATDIRMAQLA
ÖLÇÜLÜR.

DOZANI
TƏNZİMLƏ



HƏCMI
QIYMƏTLƏNDİR



LABORATOR
NƏZARƏT ET



YENİDƏN
UPTİTRASIYA ET



XƏSTƏNİ
MAARİFLƏNDİR



SÜBUT OLUNMUŞ DƏRMANLARI
GEÇİKDİRMƏDƏN BAŞLAYAQ,
DÜZGÜN İDARƏ EDƏK, HƏYAT QAZANAQ!

ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI KONQRESİ

İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU – I

Bəzən ritm pozğunluğu ürək çatışmazlığının **nəticəsi deyil**, onun **əsas səbəbidir**.

1 TAXİKARDİYOMİYOPATIYA "Düzələn kardiomiopatiyə"

-  Atrial fibrillasiya, davamlı taxikardiya
-  Azalmış EF, sol mədəcik disfunksiyası
-  Ritm nəzarəti ilə reversibilik potensialı
-  Erken diaqnoz, erken ritm nəzarəti
-  Tam və ya qismən EF bərpası mümkündür

ƏSAS MESAJ:

Taxikardiyanı müalicə etmədən HFrEF-i effektiv müalicə etmək mümkün deyil.

Ritm nəzarətindən əvvəl



EF ↓

Ritm nəzarətindən sonra



EF ↑

2 AF-DƏ RİTM NƏZARƏTİ – SÜBUTLAR NƏYİ GÖSTƏRİR?



EAST-AFNET
4



CASTLE-AF



CABANA


Nəticələr konsistentdir:


-  Sinus ritminin bərpası və saxlanması
-  Sol mədəcik funksiyasının yaxşılaşması (EF ↑)
-  Üç hospitalizasiyasının azalması
-  Həyat keyfiyyətinin və funksional statusun artması
-  Mortalite riskinin azalması (seçilmiş xəstələrdə)


ƏSAS MESAJ:

Sinus ritmi yalnız EKG məqsədi deyil, proqnozu dəyişən strategi hədəfidir.


KİMİ XÜSUSİYYƏTLƏR ŞÜBHƏ YARATDIR?

 Yeni başlayan AF və ya tez-tez taxikardiya

 Taxikardiya yükü (>10–20%) yüksəkdir

 Dilatasiya və ya davam etmədiyi halda EF sürətlə düşüb

 GDMT-yə zəif cavab

 Ritm nəzarətindən sonra sürətli yaxşılaşma

3 ƏN VACİB SUAL

BU XƏSTƏNİN ÜRƏYİ ZƏİFDİR?

Yoxsa

RİTMİ ONU ZƏİFLƏDİB?



-  Yalnız simptomlara baxma
-  Ritmi qiymətləndir
-  Reversibilik potensialını axtar
-  Erken və adekvat müdaxilə et



ƏSAS YADDA SAXLANILMALI MESAJ:

BƏZİ XƏSTƏLƏRDƏ RİTMİ DƏYİŞMƏK – TALEYİ DƏYİŞMƏKDIR.

ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI KONQRESİ

İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU - II

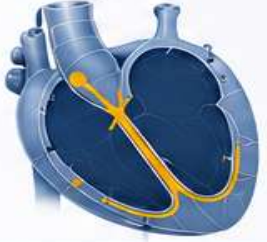
Ritmden fiziologiyaya: keçid dövrü və yeni ümidlər

1

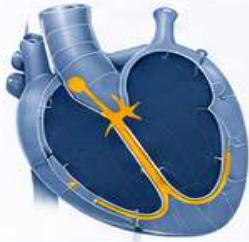
KEÇİRİCİ SİSTEM PEYSİNQİ

FİZİOLOJİ AKTİVASIYA - DAHA YAXŞI NƏTİCƏ

HİSS BUNDLE PEYSİNQİ (HBP)



LEFT BUNDLE BRANCH AREA PEYSİNQİ (LBBAP)



Fizioloji aktivasiya



Dar QRS



Mexaniki sinxronluq



EF və klinik statusda yaxşılaşma

ƏSAS MESAJ:

Məqsəd sadəcə pacing deyil, fiziologiyanı bərpa etməkdir.

2

BAT

(BAROREFLEX ACTIVATION THERAPY)

KİMLƏR ÜÇÜN?

- ✓ Simptomatik HFrEF (NYHA II-III)
- ✓ Optimal GDMT-yə baxmayaraq simptomları davam edən xəstələr
- ✓ CRT uyğun deyil və ya cavab verməyənlər



NƏTİCƏLƏR (KLİNİK TƏDQIQLƏR)



6 dəqiqəlik gediş məsafəsi ↑



NYHA sinfində yaxşılaşma



NT-proBNP səviyyəsinin azalması



Həyat keyfiyyətinin artması



Ürək çatışmazlığına bağlı hospitalizasiyanın azalması

3

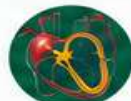
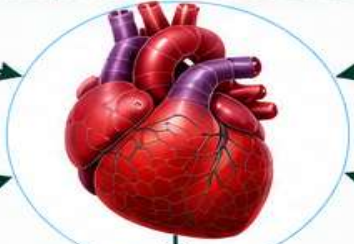
MÜASİR YANAŞMA: MULTİMODAL VƏ FƏRDİLƏŞDİRİLMİŞ



GDMT
(optimal tibbi müalicə)



ABLASYON
(ritm nəzarəti)



KEÇİRİCİ SİSTEM PEYSİNQİ (CSP)



BAT
(NEYROMODULYASIYA)



HEART TEAM

(KARDİOLOQ + ELEKTROFİZİOLOQ + CƏRRAH + GÖRÜNTÜLƏMƏ)

4

ƏSAS YADDA SAXLANILMALI MESAJLAR

- 1 Taxikardiya müalicə oluna bilən HFrEF səbəbi ola bilər.
- 2 Ritm nəzarəti proqnozu dəyişə bilər.
- 3 Keçirici sistem pacing fiziologiyaya daha yaxın və effektiv üsuldür.
- 4 BAT seçilmiş xəstələr üçün yeni və effektiv seçimdir.
- 5 Heart Team yanaşması optimal qərarın mərkəzidir.



İKİNCİ GÜN BİZƏ ÖYRƏTDİ Kİ, ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞINDA YALNIZ DƏRMANLAR DEYİL, RİTM, KEÇİRİCİ SİSTEM VƏ NEYROMODULYASIYA DA TALEYİ DƏYİŞƏ BİLƏR.



ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI KONQRESİ

İKİNCİ GÜNÜN YEKUNU

“Bəzən ürək çatışmazlığının səbəbi gizlənir. Onu **görmək taleyi dəyişə bilər.**”

1 KARDİYAK AMİLOİDOZ

Dr. Nicad Baxşəliyev

“HFpEF həmişə HFpEF deyil”



- ✓ Diqqətli həcm idarəsi
- ✓ Diuretiklərin optimizasiyası
- ✓ AF-də ritm kontroluna üstünlük
- ✓ Antikoagulyasiya
- ✓ Xəstəlik-modifikasiyaedici müalicə

ƏSAS MESAJ:

“Amiloidozda məqsəd yalnız simptomları azaltmaq deyil, xəstəliyin gedişini dəyişməkdir.”

2 KARDİYAK SARKOİDOZ

Dr. Emil Həsilov

“İltihabi tanı, ritmi qoru”



- ✓ AV blokada
- ✓ VT
- ✓ Naməlum səbəbli LVEF <40%
- ✓ PET-FDG
- ✓ CMR-LGE
- ✓ Erken steroid müalicəsi

ƏSAS MESAJ:

“Diaqnoz gecikərsə, aritmiyalar ilk əlamət ola bilər.”

3

ƏN VACİB SUAL

BU ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI NİYƏ YARANIB?



Sadəəcə HFpEF?



Sadəəcə HFrEF?



İnfiltrativ xəstəlik?



İltihabi xəstəlik?



Müalicə oluna bilən səbəb?



ƏSAS MESAJ:

“Nadir səbəbləri düşünmək diaqnozu və müalicəni tam dəyişə bilər.”



KİMİ XÜSUSİYYƏTLƏR ŞÜBHƏ YARATDIR?



Yeni başlayan AF və ya tez-tez taxikardiya



Taxikardiya yükü (>10–20%) yüksəkdir



Diltasiya və ya davam etmədiyi halda EF sürətlə düşüb



GDMT-yə zəif cavab



Ritm nəzarətindən sonra sürətli yaxşılaşma



ƏSAS YADDA SAXLANILMALI MESAJ:

**NADİR SƏBƏBLƏRİ DÜŞÜN MƏK
DİAQNOZU VƏ MÜALİCƏNİ
TAM DƏYİŞƏ BİLƏR.**



İnfiltrativ xəstəlikləri düşün



İltihabi tanı



Aritmiyalara həssas ol



PET və CMR mühüm rol oynayır



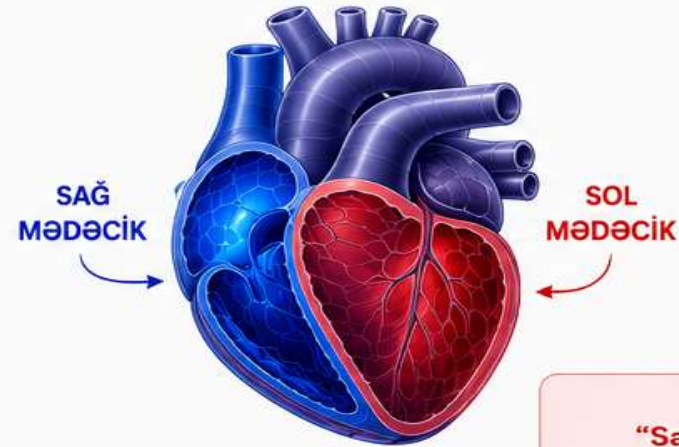
Erken diaqnoz, daha yaxşı nəticə

SAĞ MƏDƏCİK: UNUDULMUŞ ÜRƏK

1 SAĞ MƏDƏCİK SADƏCƏ KÖMƏKÇİ DEYİL

Fuad Səmədov

*"Bəlkə də
iki ürəyimiz var..."*



Aşağı yükə qarşı
işləyən pompa



Ardyük artdıqca
gücdən düşür



Sağ mədəcik
nəticəni müəyyən edir

ƏSAS MESAJ:

*"Sağ mədəciyin uğursuzluğu
xəstənin taleyini müəyyən edə bilər."*

2 SAĞ MƏDƏCİK ÇATIŞMAZLIĞINA YANAŞMA



Dolum təzyiqlərini
optimallaşdır



SAT və CO-nu
təmin et



Ardyükü
azalt



NO və
pulmonar
vazodilatasiya



Mexaniki
dəstək cihazlarını
düşün

3

MÜASİR DÜŞÜNCƏ



İKİ ÜRƏK – BİR XƏSTƏ

4

ƏSAS YADDA SAXLANILMALI MESAJLAR



- 1 Amiloidoz HFpEF maskası altında gizləne bilər.
- 2 Sarkoidoz aritmiya ilə özünü göstərə bilər.
- 3 PET və CMR diaqnostikanın mərkəzindədir.
- 4 Erkən immunosupressiya həyat qurtara bilər.
- 5 Sağ mədəcik proqnozun əsas təyinedicilərindən biridir.
- 6 Ürək çatışmazlığında nadir səbəbləri düşünmək klinik qərarı dəyişir.

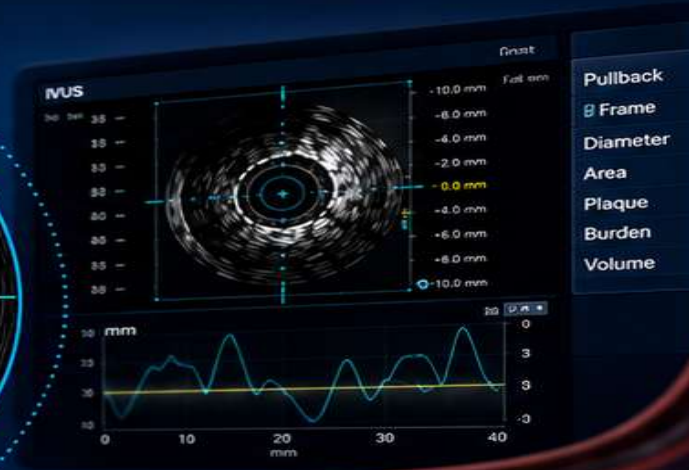
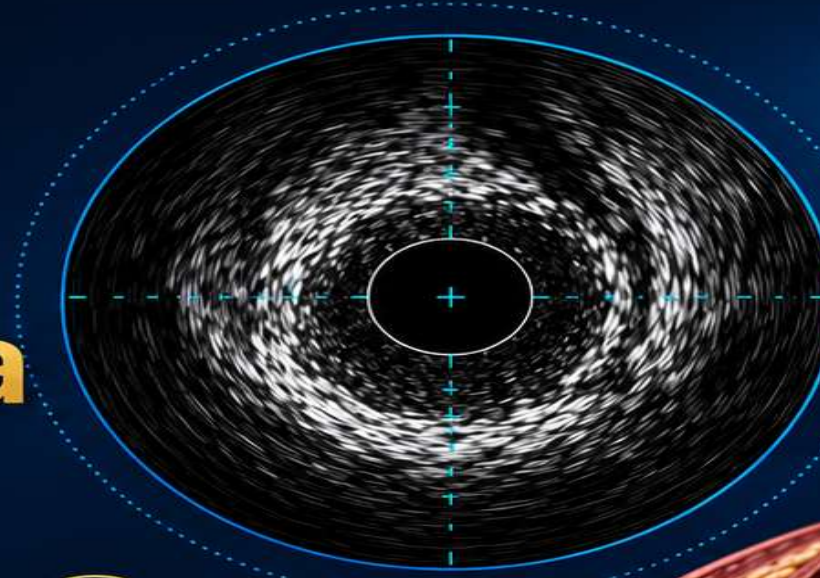
SON CÜMLƏ:

*"İkinci gün bizə öyrətdi ki, ürək çatışmazlığında bəzən cavab sol mədəcikdə deyil;
infiltrativ xəstəliklərdə, iltihabda və sağ mədəciyin səssiz siqnallarında gizlədir."*



IVUS

Şəkildən Strategiyaya Qədər –



Görmək



Anlamaq



Doğru
Strategiya
Qurmaq



Doğru
Müdaxilə
Etmək



20.06.2026



Liv Bona Dea Hospital

