

A PITVARFIBRILLÁCIÓ (PF) TERHE

Az új évezred járványszerű betegségének hatásai Európában

A jelentések szerint a PF az egyik legsúlyosabb egészségügyi probléma Európában.¹

MI A PF?

A pitvarfibrilláció (PF, pitvarremegés) szabálytalan, gyakran szapora pulzusszámmal járó szívritmuszavar, melynek hátterében a két felső szívüreg (pitvar) rendezetlen elektromos működése áll.²

A PF JELENTETTE KIHÍVÁS

11 millió ember érintett Európa-szerte.³

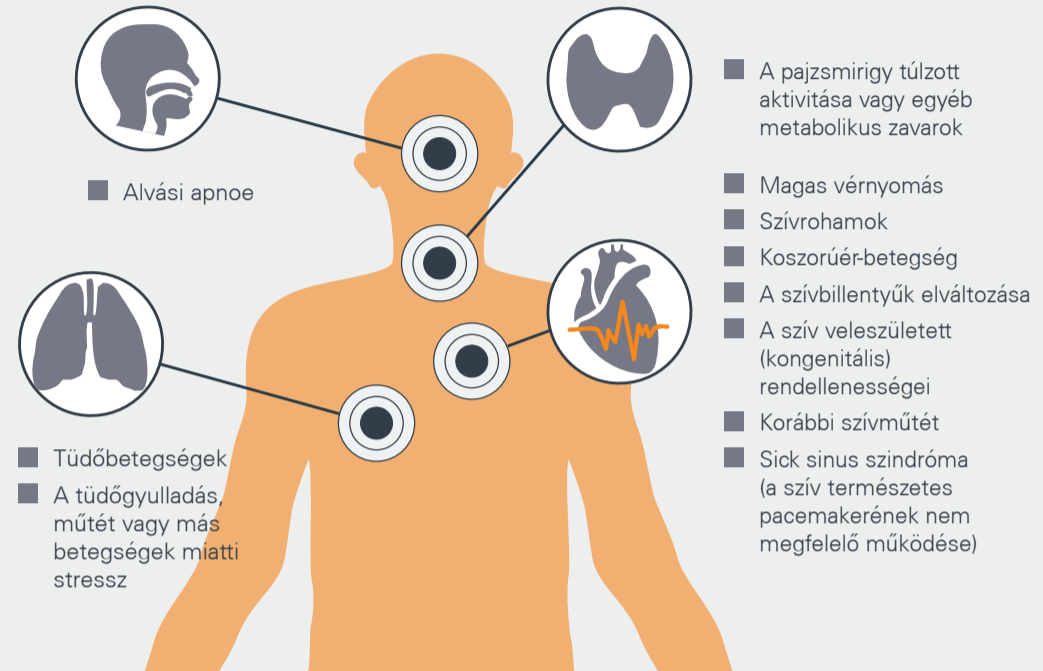
Az előrejelzések szerint 2050-re a többi régióhoz képest Európában lesz majd a legtöbb PF-es beteg.⁴

660 – 3286 millió euró becsült költség az európai országok egészségügyi rendszereiben.⁵⁻⁸

A PF növeli más potenciálisan halálos állapotok (például a szív-roham vagy a sztrók) kockázatát.⁹⁻¹⁰

A PF OKAI

A PF leggyakoribb oka a szív szerkezetének abnormalitása vagy károsodása.¹¹⁻¹⁴



A PFTÜNETEI

A PF tünetei megzavarják a normális életvitelt, és az enyhétől a súlyosig terjedhetnek¹⁵⁻¹⁷



A BETEGEK **15-30%-a** TÜNETMENTES
A PF „néma” is lehet¹⁸

KIVAN KITÉVE A KOCKÁZATNAK?

A PF az életkorral kapcsolatban álló gyakori szívritmuszavar^{12,13,19}

40+ **MINDEN 4. FELNŐTTNÉL**
40 ÉVES VAGY IDŐSEBB kialakul a PF az életük során.¹³

65+ **TÍZ FELNŐTTBŐL NYOLCNAÁL**
A PF-ben vagy pitvari flutterben szenvedő (vagy azzal diagnosztizált) felnőttek csaknem 80%-a **65 ÉVES VAGY IDŐSEBB**³

A PF NÖVELI AZ EGYÉB ÉLETVESZÉLYES BETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁNAK KOCKÁZATÁT¹⁰

5x a szívelégtelenség kockázatának növekedése

2.4x a sztrók kockázatának növekedése

2x a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás kockázatának növekedése

A becslések szerint 2030-ra a PF-ben szenvedő betegek száma akár 70%-kal emelkedhet,²⁰ aminek következtében megnő a sztrókok, a hospitalizációk és az ambuláns vizsgálatok száma.

280 000–340 000 ÚJ ISZKÉMIÁS SZTRÓK

3,5–4 MILLIÓ HOSPITALIZÁCIÓ PF MIATT

100–120 MILLIÓ AMBULÁNS VIZSGÁLAT

A PF TERHE A BETEGEK SZEMPONTJÁBÓL

A betegek gyakran számolnak be a funkciók romlásáról és a hétköznapi tevékenységeket érintő problémákról, amelyek jelentősen befolyásolják életminőségüket.^{16,21}

19% A FUNKCIONÁLIS STÁTUSZ ROMLÁSA²²

25% ZAVAROK A MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEKBEN²²

AKÁR 47% AZ ÉLETMINŐSÉG ROMLÁSA^{22,23}

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKRE NEHEZEDŐ TEHER

A PF gazdasági terhe komoly pénzügyi hatással van az összes európai egészségügyi rendszerre.⁵⁻⁸

FRANCIAORSZÁG
NÉMETORSZÁG
OLASZORSZÁG
EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

több mint **11M** BETEG (BECSÜLT ÉRTÉK)

KÖLTSÉGEK:
660-3 286 MILLIÓ EURÓ

KULCSFONTOSÁGÚ 0A KORAI FELISMERÉS

A PF korai diagnózisa javíthatja a beteg egészségi állapotát, mivel a hosszan fennálló PF összefügg a tünetek ismételt megjelenésével.²⁴⁻²⁵



FELLÉPÉS A PF-FEL SZEMBEN

Figyelemfelhívás

- A korai detektálás és diagnózis támogatása; a költséges sürgősségi ellátás iránti igény csökkentése.
- A PF jobb kezelésének támogatása, a szövődmények kialakulásának elkerülése.

A betegek és a gondozók tájékoztatása és támogatása

- A betegek és gondozók segítése abban, hogy az életminőség javítása érdekében és az orvosi beavatkozás szükségessé válásának megakadályozása érdekében hatékonyabban kezeljék a betegséget.

TOVÁBBI TUDNIVALÓK a pitvarfibrillációról itt olvashatók: MINDENAPFROL.HU

A teljes jelentés letölthető a következő linkről: www.injmedicaldevices.com/en-EMEA

Biosense Webster
PART OF THE J&J MEDICAL FAMILY OF COMPANIES

1. The Burden of Atrial Fibrillation: Understanding the Impact of the New Millennium Epidemic across Europe, 2018 Full Report, Biosense Webster.
2. Iuzzo PA (2015). Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology, and Devices. Springer Science+Business Media, LLC, Switzerland
3. Global Burden of Disease Collaborative Network (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Hozzáférés: 2018. április. Elérhető: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

4. Rahman F et al. Nat Rev Cardiol 11 (11): 639-654.
5. McBride D et al. (2009) Value Health 12 (2): 293-301.
6. Ball J et al. (2013) Int J Cardiol 167 (5): 1807-1824.
7. Cotte FE et al. (2016) Europace 18 (4): 501-507.
8. Stewart S et al. (2004) Heart 90 (3): 286-292.
9. Menke J et al. (2010) Am J Cardiol 105 (4): 502-510.
10. Odutayo A et al. (2016) BMJ 354:i4482.
11. Calkins H et al. (2017) Heart Rhythm 14 (10): e275-e444.
12. Kirchhof P et al. (2016) Eur Heart J 37 (38): 2893-2962.
13. Lloyd-Jones DM et al. (2004) Circulation 110 (9): 1042-1046.

14. Naser N et al. (2017) Mater Sociomed 29 (4): 231-236.
15. Nazli C et al. (2016) Anatol J Cardiol 16 (4): 250-255.
16. Rho RW et al. (2005) Prog Cardiovasc Dis 48 (2): 79-87, 50.
17. Guerra F et al. (2017) Europace 19 (12): 1922-1929.
18. Rienstra M et al. (2012) Circulation 125 (23): 2933-2943.
19. Heeringa J et al. (2006) Eur Heart J 27 (8): 949-953.
20. Zoni-Berisso M et al. (2014) Clin Epidemiol 6: 213-220.
21. Lip GY et al. (2014) Eur Heart J 35 (47): 3365-3376.
22. Dorian P et al. (2000). J Am Coll Cardiol 36 (4): 1303-1309.

23. Van den Berg MP et al. (2001) Eur Heart J 22 (3): 247-253.
24. Scherr D et al. (2015) Circ Arrhythm Electrophysiol 8 (1): 18-24.
25. Pathak RK et al. (2014) J Am Coll Cardiol 64 (21): 2222-2231.
26. Nieuwlaat R et al. (2008) Eur Heart J 29 (9): 1181-1189.