

Pitvarfibrilláció: az új évezred járványszerű betegsége



Minden a
PF-RŐL

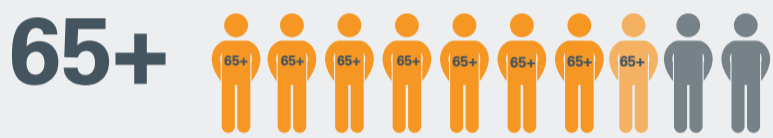
A „Tudjon meg többet a pitvarfibrillációról” elnevezésű kampány célja, hogy fellépjen a pitvarfibrilláció (PF) terjedésével szemben. A PF prevalenciája az utóbbi tíz évben megkétszereződött.²

A kampány céljai

- 🎯 Felhívni a figyelmet a PF-re
- 🎯 Előmozdítani a PF szűrését és diagnózisát
- 🎯 Segíteni a korai beutalást és kezelést

Ki van kitéve a kockázatnak?

Az társadalom idősödése következtében, valamint a kockázati tényezők (többek között az artériás hipertónia és a cukorbetegség) gyakoriságának növekedése miatt a következő 30–50 évben várhatólag jelentősen megnő majd a PF-ben szenvedő betegek száma.³



65+
Csaknem 10-ből 8 FELNŐTT
A PF-ben szenvedő (vagy azzal diagnosztizált) betegek csaknem 80%-a 65 éves vagy idősebb¹

Az európai növekvő trend kezelése



- A szívritmuszavar egyik leggyakoribb oka a PF, amely egyre gyakoribbá válik, és Európában jelenleg 11 millió embert érint.¹
- Az előrejelzések szerint 2030-ra a PF-ben szenvedő száma 70%-kal is megnövekedhet.²
- 2050-re a többi régióhoz képest Európában lesz majd a legtöbb PF-es beteg.³

A PF növeli az életveszélyes betegségek kialakulásának kockázatát

- A pitvarfibrilláció következtében a vér nem tud normálisan átáramlani a szíven, aminek következtében vérrögök alakulhatnak ki, akadályozva a szívműködést és/vagy sztrókot okozva.⁵
- A PF következtében a beteg jobban ki van téve az életveszélyes eseményeknek és betegségeknek, ideértve a sztrókot, a szívelégtelenséget és a halált.⁶
- A sztrókok 20%-a PF-ben szenvedő betegeknél következik be.^{2, 6}

5x
a szívelégtelenség kockázatának növekedése



2.4x
a sztrók kockázatának növekedése



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



Betegségteher

A PF terhe a betegek szempontjából

- A PF leggyakoribb tünetei közé tartozik a heves szívdobogásérzés, a fáradtság, a légszomj, a rossz közérzet és a szédülés.^{2, 7-9}
- A tünetek jelentősen befolyásolhatják a beteg életminőségét.



19%
A FUNKCIONÁLIS STÁTUSZ ROMLÁSA^{*10-11}

25%
AZ ÉLETMINŐSÉG ROMLÁSA^{*10-11}

AKÁR 47%
ZAVAROK A MINDENNAPTEVÉKENYSÉGEKBEN^{*10-11}

Az egészségügyi rendszerekre nehezedő teher

A PF egész Európa összes egészségügyi rendszerében jelentős pénzügyi és erőforrásbeli nyomást okoz.

- A jelentések szerint a költségek 660 millió eurótól egészen 3,286 millió euróig terjedhetnek.¹²⁻¹⁶
- 2030-ig a PF-fel összefüggő sztrókok és orvosi vizsgálatok száma várhatólag növekedni fog.

280,000-340,000
ÚJ ISZKÉMIÁS SZTRÓK²

3,4-4
MILLIÓ HOSPITALIZÁCIÓ²

100-120
MILLIÓ JÁRÓBETEG-VIZSGÁLAT²

Kulcsfontosságú a korai diagnózis

A PF progresszív betegség, amelyet annál nehezebb kezelni, minél régebb óta fennáll.⁹

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



*A Goldman-skálán (Goldman Specific Activity Scale) mért funkcionális kapacitás alapján, PF-betegeknél (pontosztám: 75 [szórás (SD): 20]), szemben az egészséges személyekkel (pontosztám: 93 [SD: 11]).

† A betegségteher-skálán (Illness Intrusiveness scale) mérve, PF-betegeknél (pontosztám: 35 [SD: 15]), szemben az egészséges személyekkel (pontosztám: 28 [SD: 19]).

‡ Az SF-36 QoL skálán mérve. Az SF-36 alsóskálán csökkenés volt mérhető.

A PF jelentette egyre súlyosabb kihívások kezelése

Tudjon meg többet a szűrésről

A PF-ben szenvedő betegek körülbelül 15–30%-a egyáltalán nem tapasztal tüneteket, ez az úgynevezett „néma PF”. Az iránymutatások az alábbiakat javasolják:⁴

- ✓ Alkalmi (például a rutin vérnyomásmérés során elvégzett) szűrés a 65 évesnél idősebb betegeknél, például a pulzus vizsgálatával vagy EKG-vizsgálattal.⁷
- ✓ A sztrók magas kockázatának kitétt betegek rendszeres szűrése azok azonosítása érdekében, akik esetében hasznos lehet a megelőző antikoaguláns kezelés.⁴

Segítse betegeit abban, hogy többet tudjanak meg a PF-ről [írja be a helyi kampány címét]

A betegek 45%-a nem hiszi, hogy a PF életveszélyes lehet.²⁰ Mit tehet Ön?

- ✓ Informálja a betegeket a PF-ről és a súlyos szövődmények kockázatáról.
- ✓ Biztassa a 40 év fölötti betegeket arra, hogy rendszeresen ellenőrizzék pulzusukat, és ha aggályaik merülnek fel, beszéljenek kezelőorvosukkal.
- ✓ Biztassa a betegeket arra, hogy vállaljanak központi szerepet a döntéshozatalban és az ellátási folyamatban, segítse az önálló szerepvállalást.
- ✓ A tájékozott betegekkel aktívan vitassa meg a lehetséges kezelési opciókat.

A pitvarfibrillációval kapcsolatos RÉSZLETES TUDNIVALÓKÉRT látogasson el ide: MINDENAPFROL.HU

Irodalom

1. 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. Letölthető: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> hozzáférés: 2019. június. 2. Zoni-Berisso M (2014). Clin Epidemiol 6 213-220. 3. Rahman F et al (2014). Nat Rev Cardiol 11 (11): 639-654. 4. Mairesse G et al. Europace (2017) 19 (15): 1589-1623. 5. European Heart Network (2015) Atrial Fibrillation and Cardiovascular Diseases – accessed at <http://www.ehnheart.org/component/attachments/attachments.html?task=download&folder=publications&id=2205>. 6. Kirchhof P et al. (2016) Eur Heart J 37 (38): 2893-2962. 7. Rienstra M et al. (2012) Circulation 125 (23): 2933-2943. 8. Lip GY et al. (2014) Eur Heart J 35 (147): 3365-3376. 9. Van Gelder I et al. (2006) Europace (2006) 8, 943-949. 10. Dorian P et al. (2000) Am Coll Cardiol 36 (4): 1303-1309. 11. van den Berg MP et al. (2001) Eur Heart J 22 (3): 247-253. 12. McBride D et al. (2009). Value Health 12 (2): 293-301. 13. Ball J et al (2013) Int J Cardiol 167 (5): 1807-1824. 14. Cotte FE. (2016). Europace 18 (4): 501-507. 15. Stewart S et al (2004) Heart 90 (3): 286-292. 16. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Lancet 390 (10100): 1211-1259. 17. Scherr D et al. (2015) Circ Arrhythm Electrophysiol 8(1): 18-24. 18. Pathak RK et al. (2014) J Am Coll Cardiol 64 (21): 2222-2231. 19. Nieuwlaar R et al. (2008) Eur Heart J 29 (9): 1181-1189. 20. Aliot E et al (2010). Europace 12(5):626-33. 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. Nieuwlaar R et al. (2008) Eur Heart J 29 (9): 1181-1189.