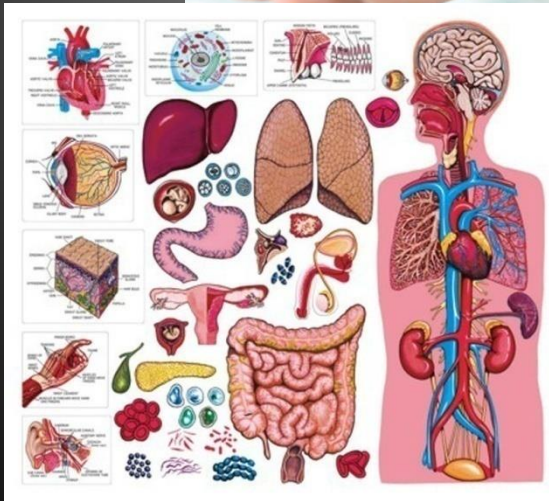




Нив-терапия: точка отсчета в ведении сложного коморбидного больного

Проф. Петрова М.М. (Красноярск)
г. Кемерово, 10 октября 2019 года



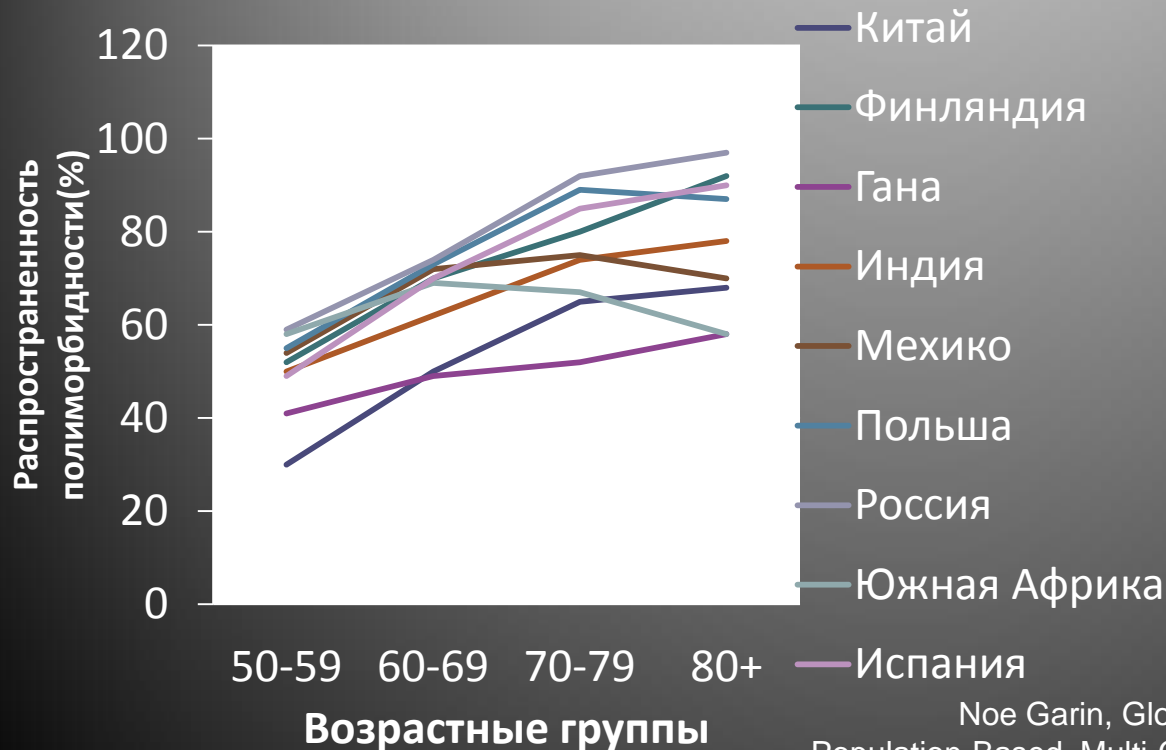
VIII съезд кардиологов СФО
«От первичной профилактики до высоких технологий в кардиологии»

Характеристика людей, которые умерли в 1900 и в 2000 году

1900	2000
Средний возраст смерти	
46 лет	78лет
3 ведущие причины смерти	
Инфекционные болезни	Онкологические заболевания
Несчастные случаи	Старческая астения/деменция
Смерть при родах	Мультиорганная патология
	Врачи первичного звена здравоохранения: терапевты/ВОП, кардиологии...
Инвалидность, предшествующая смерти	
Практически не было	2-4 года

Распространенность мультиморбидности

В 7 из 9 стран более 50% лиц трудоспособного возраста (50-59 лет) были мультиморбидными!!!



Под полиморбидностью понимали наличие 2 и более из следующего ряда заболеваний:

- ИБС
- Остеоартрит
- Бронхиальная астма
- Катаракта
- ХОБЛ
- Депрессия
- АГ
- Деменция
- Ожирение
- Инсульт
- Аденития

Платформа для коморбидности

Возраст

Пол

Социо-
экономические
факторы

С точки зрения профилактической медицины

Неправильно считать мультиморбидность проблемой прежде всего пожилого возраста

Основная целевая группа профилактики мультиморбидности и ее прогрессирования- это **лица трудоспособного возраста**

Выглядят ли эти люди больными и задумывались ли они о профилактике заболеваний сердца?



**Владимир Турчинский
46 лет
Фатальный инфаркт миокарда**



**Роман Трахтенберг
41 год
Фатальный инфаркт миокарда**

Смена парадигм

Один больной –
несколько болезней

Одна болезнь –
несколько лекарств

Несколько болезней –
одно лекарство



Синтропии и дистропии при мультиморбидности



Синтропии – «взаимная склонность», «притяжение» двух и более болезней



Дистропии – взаимное отталкивание нескольких болезней



Коморбидность или воспалительно-иммунный кардиометаболический континиум

Сходство патогенеза коморбидных заболеваний

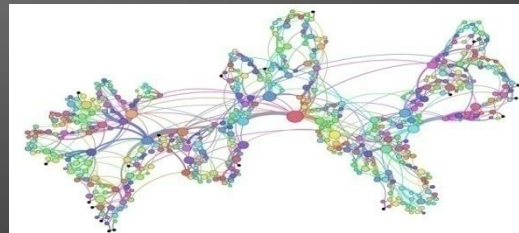
Фундаментальная
основа

Наличие универсальных сетевых процессов, происходящих на геномном и молекулярных уровнях

Их изменение

Поражение различных органов-мишеней

- **Метаболические сети** – это группы физически взаимодействующих белков, углеводов, липидов и др., которые функционируют совместно и координированно, контролируя взаимосвязанные процессы в организме



Коморбидность или воспалительно-иммунный кардиометаболический континуум

- Комплексные сети графически могут быть представлены в виде совокупности узлов (**НУВ**), связанных друг с другом ориентированными (фермент – субстрат, ген – белок и др.) и неориентированными ребрами. Выделяют центральные, имеющие большое количество связей, и периферические узлы сети. **Причем удаление 5% узлов приводит к распаду сети.**
- Общим свойством результатов вмешательств на такие узловые элементы при использовании агонистов или антагонистов является плейотропное действие (противовоспалительное, иммуномоделирующее, антиангиногенное и др.), приводящее к **формированию клинического эффекта не только основного, но и сопутствующих заболеваний.**

Хроническое неинфекционное воспаление

- **АГ**
- ИБС
- **Ожирение**
- СД 2 типа
- ФП
- ОА/РА
- ХОБЛ
- **НАЖБП**
- Поликистоз яичников
- Рассеянный склероз
- Болезнь Альцгеймера
- СКВ
- ВИЧ
- Подагра
- Периодонтит
- СРК
- Тяжелый псориаз



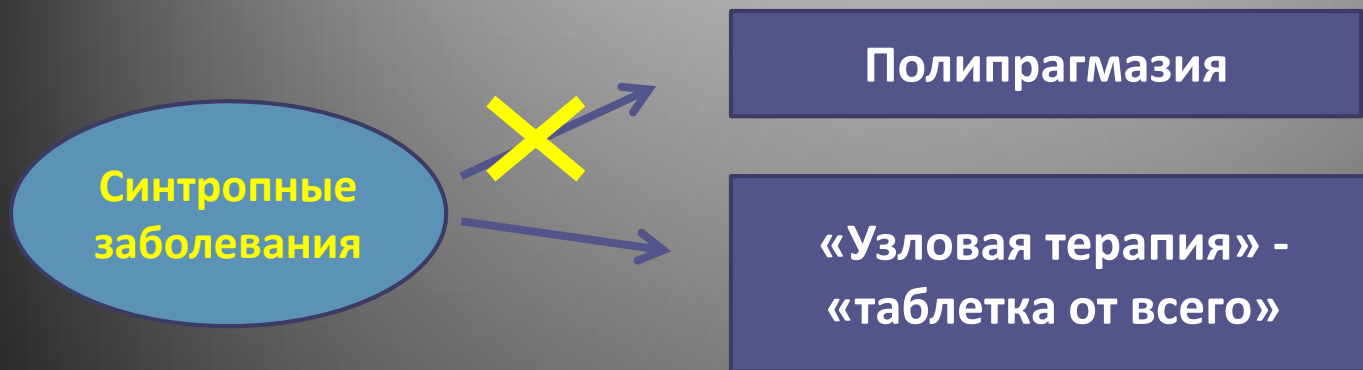
Цитокины
ФНО-α
Адипопектин
Лептин
Резистин
Трансформирующий фактор роста b
Интерферон гамма
Интеллектины (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10)
Факторы каскада компонента
Ингибитор активного плазминогена
Фибриноген
Комплемент-фактор-3
Хемоаттракционные молекулы
Моноцитарный хемолактинный протеин-1
Макрофагальный воспалительный протеин-1

При этих заболеваниях определяются высокие уровни биомаркеров воспаления!!!

Влияние различных классов препаратов на ключевые hubs мультиморбидности

	ИР	СРБ/цитокины	РААС	Адипокины	Прокоагулянтный статус	Онко
Статины						
Блокаторы РААС	Периндоприл Рамиприл Телми- / Валсартан	Периндоприл Рамиприл Телми- / Валсартан	Периндоприл Рамиприл Телми- / Валсартан	Периндоприл Рамиприл Телми- / Валсартан	Периндоприл Рамиприл Телми- / Валсартан	
Метформин						
Эмплоглифлазин						
Хондропротекторы						

Коморбидность или воспалительно-иммунный кардиометаболический континиум?

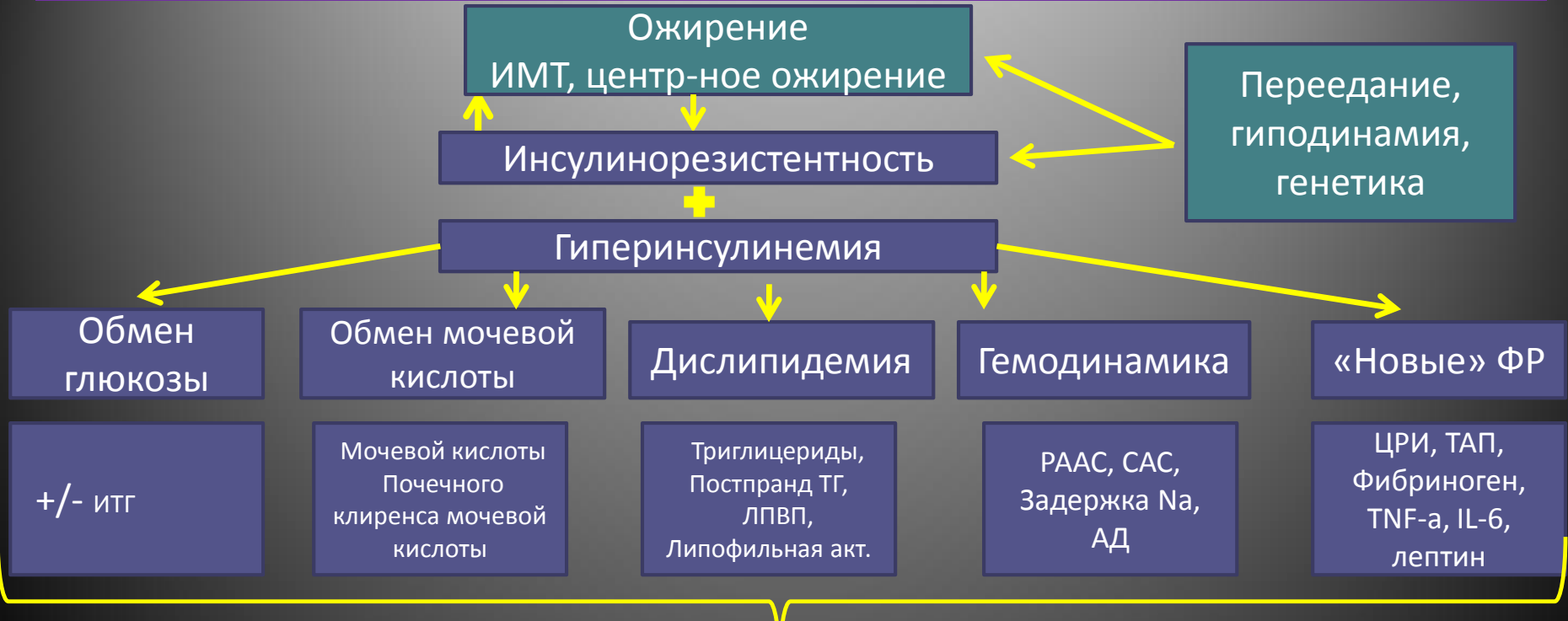


Эффективность, многоцелевое действие, безопасность, фармакоэкономическое преимущество такого подхода показаны при использовании ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы статинов у больных РА, псориазом с высоким риском развития атеросклероза.

Формирование hubов



Инсулинорезистентность – ключевое звено метаболического синдрома



ИБС + СД 2 типа + БА + деменция + НАЖБ + Поликистоз яичников + СОА + ЭД +
Онкология




НУВ-терапия:

Многоцелевая моно- или олигофармакотерапия

- Лечение, направленное на защиту органов-мишеней, поражение которых обусловлено различными заболеваниями, но имеет при этом одинаковые или схожие пути повреждения (поражение сосудов, воспаление, иммунные нарушения, нарушения свертывающей и противосвертывающей систем) и обеспечивающей многоцелевые фармакологические эффекты.



Подходы к лечению мультиморбидного пациента:

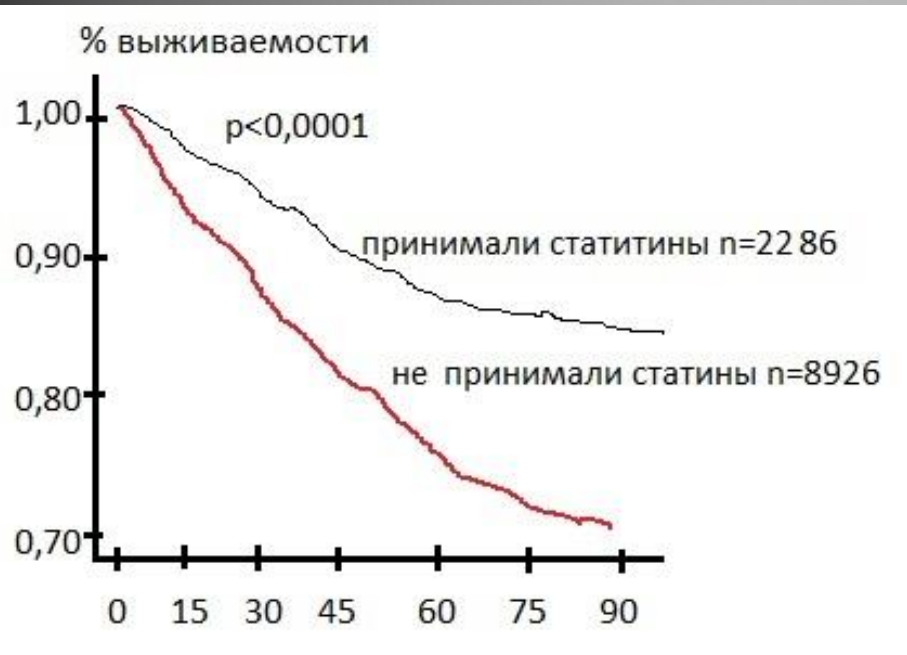
-  Поливалентное действие препарата
-  Полипил/поликап
-  Полипил с поливалентным действием его составляющих

НУВ-терапия

Механизм плеiotропных эффектов статинов



Влияние статинов на смертность при обострении ХОБЛ



Ретроспективное исследование 11 212 пациентов, старше 65 лет, госпитализированных с обострением ХОБЛ

Оценивалась 90 дневная смертность

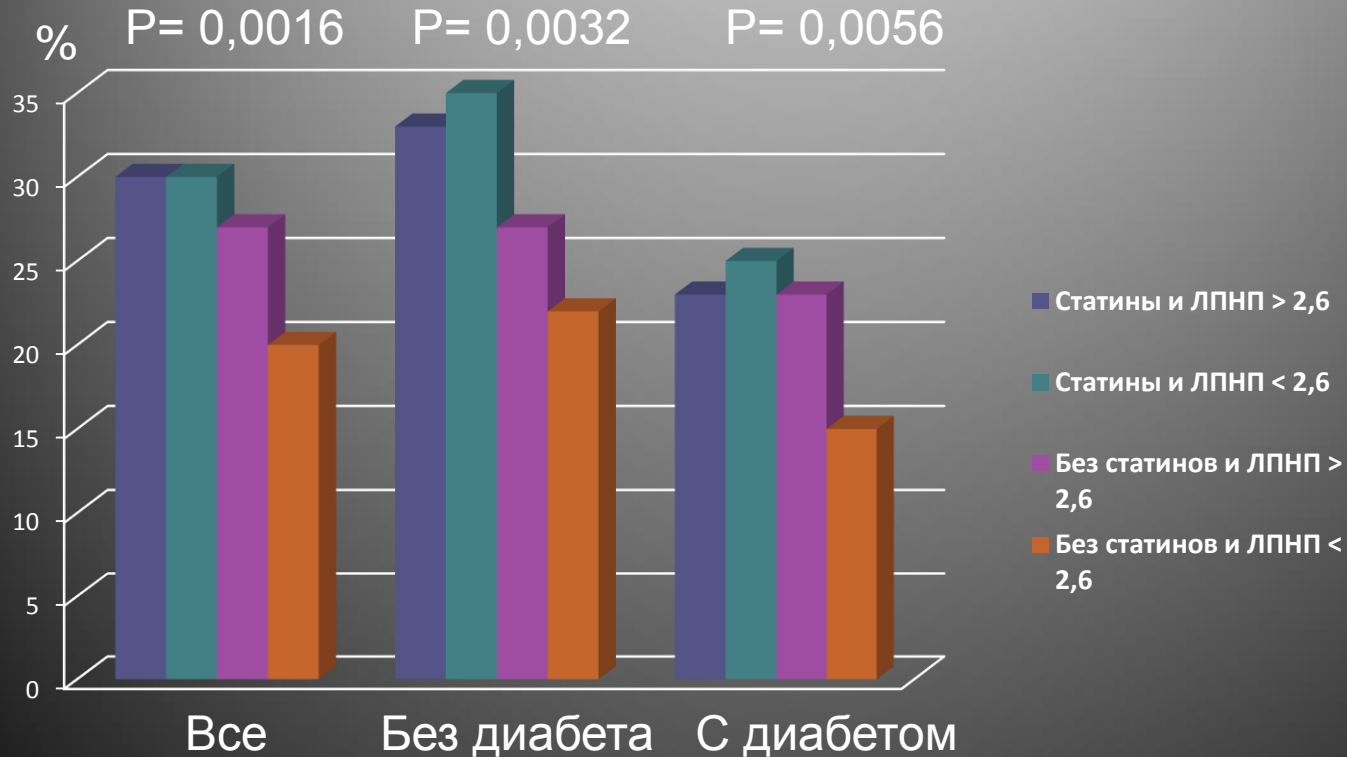
Статины уменьшают смертность пациентов с обострением ХОБЛ

Mortesen E.M., Copeland L.A., et. All. Impact of statins and ACE on mortality after COPD exacerbations // Respiratory Research 2009

НАЖБП: эффекты статинов

Статин	Автор	Количество исследуемых и продолжительность лечения в месяцах (М)	Трансаминазы	Стеатоз	Фиброз
Симвастатин	Albel T.	54 (6 М)	Улучшение	NS	NS
Симвастатин	Nelson A.J.	16 (12 М)	Частичное улучшение	Улучшение	S
Ловастатин	Mihaila R.G.	87 (4 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Правастатин	Rallidis L.S.	6 (6 М)	Улучшение	Улучшение	S
Правастатин	Lewis J.H.	209 (9 М)	Улучшение		NS
Правастатин	Hyogo L.L.	20 (12 М)	Частичное улучшение	Улучшение	NS
Аторвастатин	Gomes-Dominguez E.	22 (6 М)	Улучшение	NS	NS
Аторвастатин	Athyros V.G.	437 (36 М)	Улучшение	NS	NS
Аторвастатин	Kiyeri M.	27 (6 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Аторвастатин	Athyros V.G.	63 (12 М)	Улучшение	Улучшение	S
Аторвастатин	Georgeseu E.F.	10 (7 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Аторвастатин	Kimura Y.	43 (12 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Аторвастатин	Samy V.	50 (8 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Аторвастатин	Foster T.	80 (48 М)	Улучшение	Улучшение	NS
Розувастатин	Antonopoulos S.	23 (8 М)	Улучшение	NS	NS
Розувастатин	Nakahara T.	19 (24 М)	NS	Улучшение у 33% пациентов	S у 33% пациентов

Влияние статинов на вирусологический ответ при гепатите С



Статины и новообразования

В 1999 г. Khandan Keyomarsi статины индуцируют cyclin-dependent kinase inhibitors p21 and p27 при раке молочной железы через модуляцию ubiquitin-proteasome независимую от HMG-CoA reductase

- National Cancer Institute считает, что **статины могут снижать риск развития злокачественных новообразований молочной железы, толстого кишечника, печени, легких, яичников и предстательной железы.** Статины могут быть эффективны как при профилактике, так и при лечении новообразований.

Доказательства снижения онкологического риска при терапии статинами

- Рак легких – прием статинов более 6 месяцев снижает риск рака легких **на 55%** в исследовании case-control у 500 000 человек (Chest, 2007; 131; 1282-1288)
- Более длительный прием статинов еще в большей степени снижает риск рака легких – **на 77%** при терапии более 4 лет.



Статины в Китае: снижение риска 3 видов рака



Почему не назначаются Статины?

Потенциальные ответы пациентов и, к сожалению, врачей

1. Психологическая дисфункция (депрессия, злоупотребление алкоголем.
2. Когнитивные нарушения
3. Неверие в болезнь: «Я здоров!»
4. Отказ признать необходимость длительной терапии
5. Недоверие к безопасности препаратов
6. Отсутствие понимания цели и преимуществ терапии
7. Бессимптомный характер дислипидемии
8. Отсутствие непосредственных выгод от приема статинов
9. Полипрагмазия (расходы на лекарства, сложности, боязнь побочных эффектов)

Непредвиденные эффекты Статинов

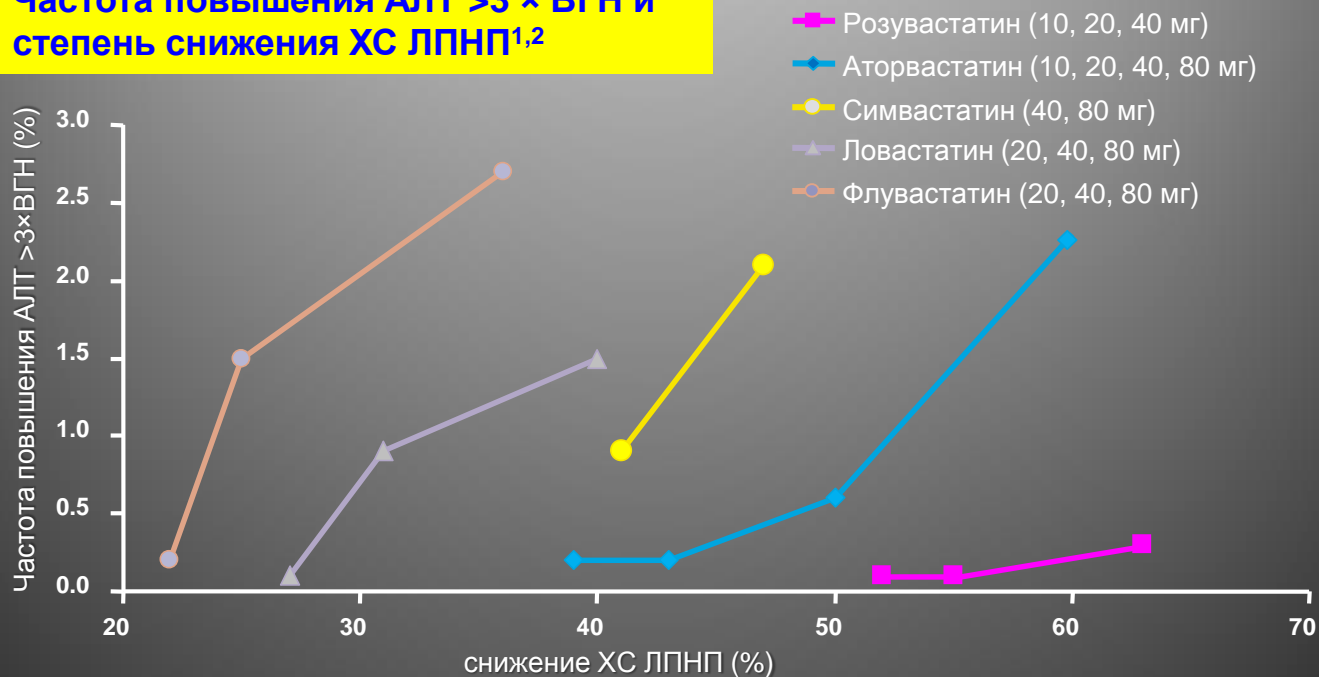
Результаты наблюдательных исследований в общей
популяции:
систематизированный обзор и мета-анализы

Прием статинов ассоциировался с меньшим риском
деменции и когнитивных нарушений:

	ОШ	ДИ
Болезнь Альцгеймера	0,61	0,50 - 0,75
Деменция без болезни Альцгеймера	0,73	0,61 - 0,88
Болезнь Паркинсона	0,84	0,75 - 0,45

Влияние на печень – соотношение польза/риск

Частота повышения АЛТ >3 × ВГН и степень снижения ХС ЛПНП^{1,2}



ВГН – верхняя граница нормы; АЛТ – аланинаминотрансфераза

Стойкое повышение АЛТ - повышение >3 x ВГН при 2 последовательных измерениях

1. Brewer H *Am J Cardiol* 2003;92(Suppl):23K-29K

2. Davidson M *Exp Opin Drug Saf* 2004;3 (6):547-557



По данным исследований по изучению влияния урсодезоксихолевой кислоты на эффективность и безопасность терапии статинами у больных с заболеваниями печени, желчного пузыря и/или желчевыводящих путей с использованием препарата урсосан, совместное применение статинов с УДХК приводит к более существенному снижению показателей ОХ и ХС ЛПНП и сопровождается снижением уровня АЛТ, АСТ, ГГТП и ЩФ, что позволяет увеличить число пациентов, получающих статины.

Если у пациента уровень трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы, то рекомендуется начинать лечение с назначения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в рекомендуемой дозировке (15 мг/кг массы тела) в течение 3-х месяцев. После снижения уровня трансаминаз рекомендуется присоединить к терапии статины. Причем, доза статинов может быть меньше рекомендуемой. Совместное назначение статинов и УДХК позволяет добиться нормализации показателей липидного спектра без повышения уровня трансаминаз.

Если же уровень трансаминаз не превышает трех норм, то пациентам с патологией печени (в том числе неалкогольная жировая болезнь печени и неалкогольного стеатогепатита) с высоким уровнем общего ХС и ХС ЛПНП можно сразу назначить комбинированную терапию: статин+УДХК 15 мг/кг массы тела курсом от 3 до 6 месяцев или до нормализации уровня трансаминаз.

В последующем рекомендуется переходить на монотерапию статинами, контролируя уровень аминотрансфераз и билирубина в плазме крови.

При необходимости могут проводиться повторные курсы гепатопротективной терапии урсодезоксихолевой кислотой в стандартной дозировке в течение 3-6 мес.

Заключение по исследованию РАКУРС

1. Исследование РАКУРС продемонстрировало возможность и безопасность совместного назначения статинов и урсодезоксихолевой кислоты у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и сопутствующими заболеваниями печени
2. Продемонстрирована высокая приверженность больных к назначению урсодезоксихолевой кислоты (**Урсосана**)
3. Снижение уровня холестерина (как общего, так и липопротеинов низкой плотности) к концу 6-месячной терапии дает основание предполагать, что урсодезоксихолевая кислота либо потенцирует гиполипидемическое действие статинов, либо обладает собственным гиполипидемическим действием
4. Отсутствие отрицательной динамики уровня трансаминаз и билирубина к концу 6-месячной терапии статинами может свидетельствовать о наличии у урсодезоксихолевой кислоты гепатопротективного эффекта, снижающего вероятность побочных действий статинов со стороны печени

Осложнения статинов

- Разрушается печень
- Рабдомиолиз
- Возникает диабет
- Развивается рак
- Катаракта
- Деменция



Люблю слушать ложь,
когда знаю правду

Современные проблемы АГ

Характеристика АГ

- Рост распространенности
- Омоложение АГ
- Патоморфоз АГ
- Плохой контроль
- Позднее начало лечения
- Низкая приверженность к лечению



Достижение целевого АД в России

женщины **30,9%** мужчины **14,4%**

ЭССЕ-РФ, 2014

Осложнения АГ

- Инфаркт миокарда
- Инсульт



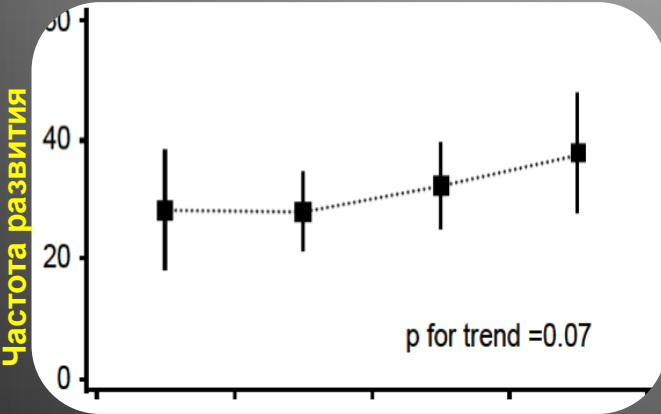
- Диастолическая ХСН
- Фибрилляция предсердий
- Хроническая болезнь почек
- Деменция
- Кардиометаболический риск

Ж.Д. Кобалава, РКК, 2016

АГ – независимый маркер развития инсульта и сосудистой деменции

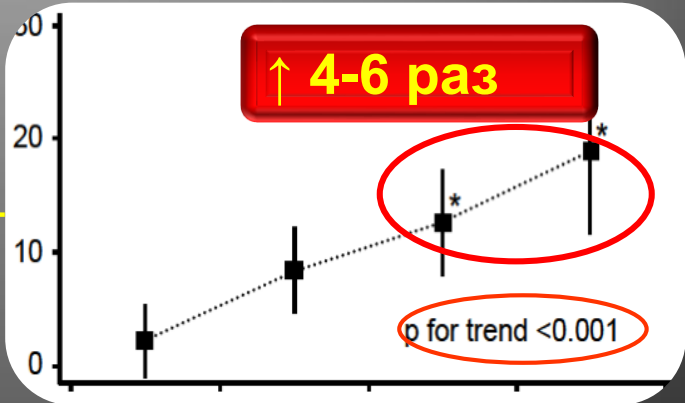
АГ приводит к развитию деменции как после перенесенного инсульта, так и при обычном течении АГ вследствие нагрузки на сосуды

Все типы деменции

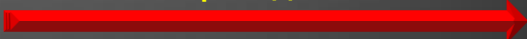


Норма Высокое норм. АД АГ 1 ст. АГ 2 ст.

Сосудистая деменция



Норма Высокое норм. АД АГ 1 ст. АГ 2 ст.





Ваш пациент пока не переносил инсульт и деменции у него нет, но возникают умеренные когнитивные расстройства...

1. Нарушения памяти на текущие события
2. Невозможность пересказать только что прочитанное
3. Невозможность запомнить имена новых знакомых
4. Нарушения ориентировки в незнакомой местности
5. Трудности подбора слова при разговоре
6. Нарушение выполнения счетных операций

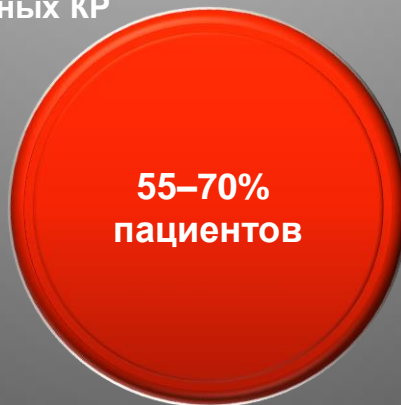
**Обращаем ли мы внимание на эти симптомы?
Чаще всего – НЕТ!!!**

И так, вначале...умеренные когнитивные расстройства, а затем...

1. В 10-15% случаев умеренные КР в течение одного года трансформируются в деменцию, которая занимает 4-е место в структуре смертности
2. За 4 года наблюдения деменция развивается у 55-70% пациентов с синдромом умеренных КР



Через 1 год



Через 4 года



**Наличие деменции в 2,5 раза
увеличивает смертность по
сравнению с лицами без деменции**

Снижение когнитивных функций – обязательный критерий диагноза хронической ишемии мозга (ХИМ)

- Легкое и умеренное когнитивное расстройство – снижение памяти и других когнитивных функций без нарушений профессиональной и социальной деятельности
- Деменция – снижение памяти и других когнитивных функций с нарушением профессиональной и/или социальной деятельности

По данным ВОЗ на август 2015 года более 46 млн. человек в мире страдают деменцией



Болезнь Альцгеймера



В 2013 году скончалась бывший премьер-министр Великобритании Маргарет Тетчер, Альцгеймер у нее начался примерно лет за 10 до смерти. Дочь «железной леди» часто упоминала, что ее мать стала забывать элементарные вещи, перестала узнавать родных и близких. С развитием заболевания она не могла закончить начатое предложение и совсем потеряла способность себя обслуживать.

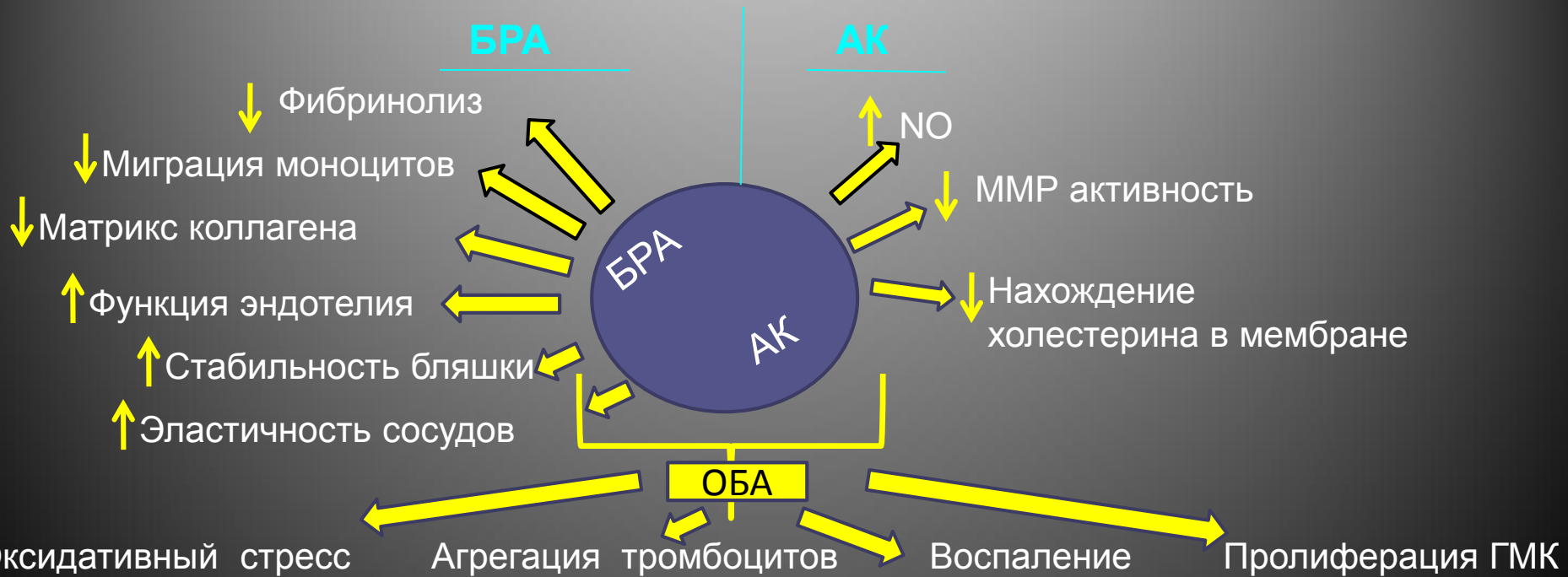


Один из бывших президентов США Рональд Рейган за свою долгую жизнь – 93 года боролся с множеством заболеваний. Он прошел через несколько операций на кишечнике, у него был обнаружен рак кожи – злокачественную базалиому удалили в области шеи. Но самые тяжелые испытания для него начались позже. В 1994 году ему был поставлен неутешительный диагноз. Каким бы влиятельным и богатым человеком не был Рейган, Альцгеймер обнаружили и у него.

Болезнь Альцгеймера



Плейотропные эффекты АК и БРА

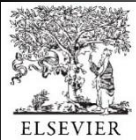


MMP=matrix metalloproteinase

Lonn E et al. Eur Heart J Suppl. 2003; 5 (suppl A); A43-A8
Wassman S and Nickenig G. Eur Heart J Suppl. 2004; 6 (suppl A); A11-A8

Уникальность антагонистов кальция

- улучшают функцию эндотелия
- снижают агрегацию тромбоцитов
- вызывают регрессию ГЛЖ при АГ
- улучшают микроциркуляцию
- имеют антиатерогенный эффект
- метаболически нейтральны
- эффект не ослабевает при совместном применении с НПВП
- не имеют абсолютных противопоказаний (дигидропиридиновые)



ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ ИСАГ

	SYST-EUR	SYST-CHINA	HVET
Год	1997	1998	2008
Участников	4695	2394	3845
Возраст и пол	≥60 лет (ср.в. 70 лет), 66% жен, 34% муж	≥60 лет (ср.в. 66 лет), 36% жен, 64% муж	≥80 лет (ср.в. 84 года), 61% жен, 39% муж
Цифры АД	САД: 160-219 ДАД: ≤95	САД: 160-219 ДАД: ≤95	САД: 160-199 ДАД: ≤110
Активная терапия	НИТРЕНДИПИН	НИТРЕНДИПИН	ИНДАПАМИД
Возможное добавление	Эналаприл, ГХТ	Каптоприл, ГХТ	Периндоприл
Первичный результат	нефатальные и фатальные инсульты	нефатальные и фатальные инсульты	нефатальные и фатальные инсульты
Период наблюдения	2 года	3 года	2,1 года

Основные результаты	✓ 42% ↓ инсультов		
	✓ 55% ↓ деменции	✓ 38% ↓ инсультов ✓ 37% ↓ всех СС событий	✓ 30% ↓ инсультов ✓ 23% ↓ СС смертности
	✓ 26% ↓ всех сердечных событий	✓ 39% ↓ общей смертности	✓ 21% ↓ общей смертности

НИТРЕМЕД ЧЕМПИОН В ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИИ!



Нитремед надежно контролирует АД,

↓ риск инсультов (-
42%)

↓ риск деменции (-
55%)

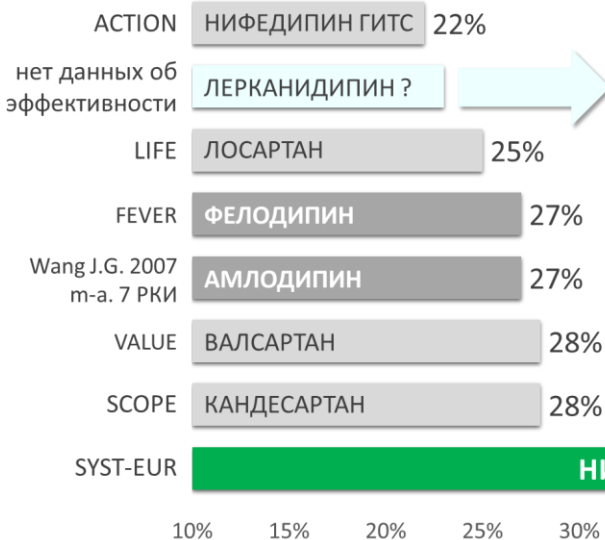
и не имеет равных по этим показателям среди всех АГП!

Инсульты снижают продолжительность и качество жизни

Нитремед эффективнее других АГ препаратов снижает риск инсультов!

Нитремед ↓ риск развития инсультов – на 42%

Международные РКИ: ↓ риска развития первичных инсультов

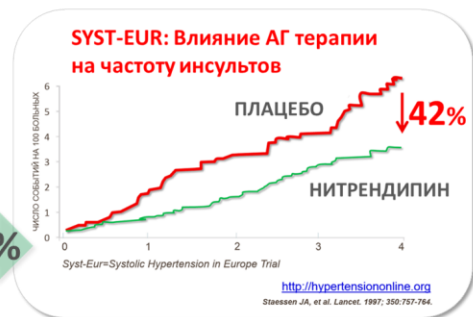


Долгосрочные результаты лечения лерканидипином в сравнении с другими блокаторами кальциевых каналов (n=144 630) **2017 (!)**

Лерканидипин эффективнее нифедипина в профилактике инсультов (период наблюдения 6 лет), но уступает другим БКК (в т.ч. амлодипину)

↓ РИСКА ИНСУЛЬТОВ: НИФЕДИПИН < ЛЕРКАНИДИПИН < АМЛОДИПИН

Curr Med Res Opin. 2017 Jun;33(6):1111-1117. doi: 10.1080/03007995.2017.1307817. Epub 2017 Apr 13.



НИТРЕМЕД - активное долголетие без инсульта!

Механизмы церебропротекции НИТРЕМЕДА

1. Вазодилатация сосудов головного мозга
2. Снижение повышенной активности тромбоцитов, вырабатывающих тромбин - основной источник β -амилоида
3. Проникает через ГЭБ и стимулирует продукцию нейротрансмиттеров, угнетающих образование β -амилоида
4. Уменьшение внутриклеточного Ca^{2+} , стимулирующего апоптоз нейроцитов и образование свободных радикалов



Влияние АК на транспорт β -амилоида через ГЭБ

1. Специфический антиатеросклеротический эффект АК: способность уменьшать толщину комплекса интима-медиа артерий и улучшать эндотелиальную функцию сосудов с увеличением синтеза NO
2. Но крайне важно влияние на транспорт через ГЭБ бета-амилоида

Нитрендипин сильнее влияет на транспорт β -амилоида, чем Нилвадипин, Никардипин, Лерканидипин и Нимодипин

Амлодипин, Фелодипин, Исрадипин, Нифедипин не имеют влияния на транспорт β -Амилоида

C.Bachmeier et al " Selective dihydropyridin compounds facilitate the clearence of amiloid across the blood-brain barrier", European Journal of Pharmacology 659 (2011) 124-129

Деменция снижает качество и продолжительность жизни

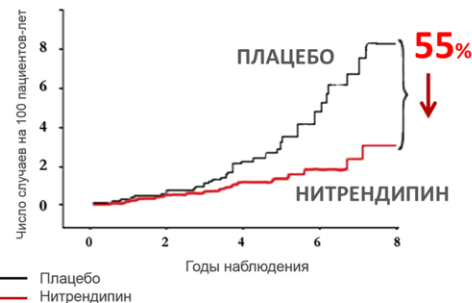
Нитремед не имеет равных среди АГ препаратов в снижении риска деменции!

Нитремед ↓ риск развития новых случаев деменции (включая сосудистую деменцию и Болезнь Альцгеймера) – на 55%

Главные РКИ по влиянию антигипертензивной терапии на частоту развития деменции, АНА, 2011

РКИ	Группа	Dementia/ patients Active/placebo	Снижение частоты деменции	Типы деменции
SYST-EUR	АК	11/1238 21/1180	55%; P=0.05	Болезнь Альцгеймера и Сосудистая Деменция
SHEP	ДИУРЕТИК	37/2365 44/2371	16%, недостоверно	не определяли
HVET	ДИУРЕТИК	126/1687 137/1649	14%; P=0.2	БА (164) и СД (84)
PROGRESS	ИАПФ + ДИУРЕТИК	193/3051 217/3054	12%; P=0.2	34% ПИД; P=0.03 1% ПРОЧИЕ; P=0.9
SCOPE	БРА	62/2477 57/2460	7% увеличение; p>0.20	не определяли
PRoFESS	БРА	408/8624 409/8646	не выявлено	не определяли

**SYST-EUR: ВЛИЯНИЕ АКТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ДЕМЕНЦИИ**



Staessen JA, et al. Lancet. 1997; 350:757-764.

НИТРЕМЕД - активное долголетие без деменции!

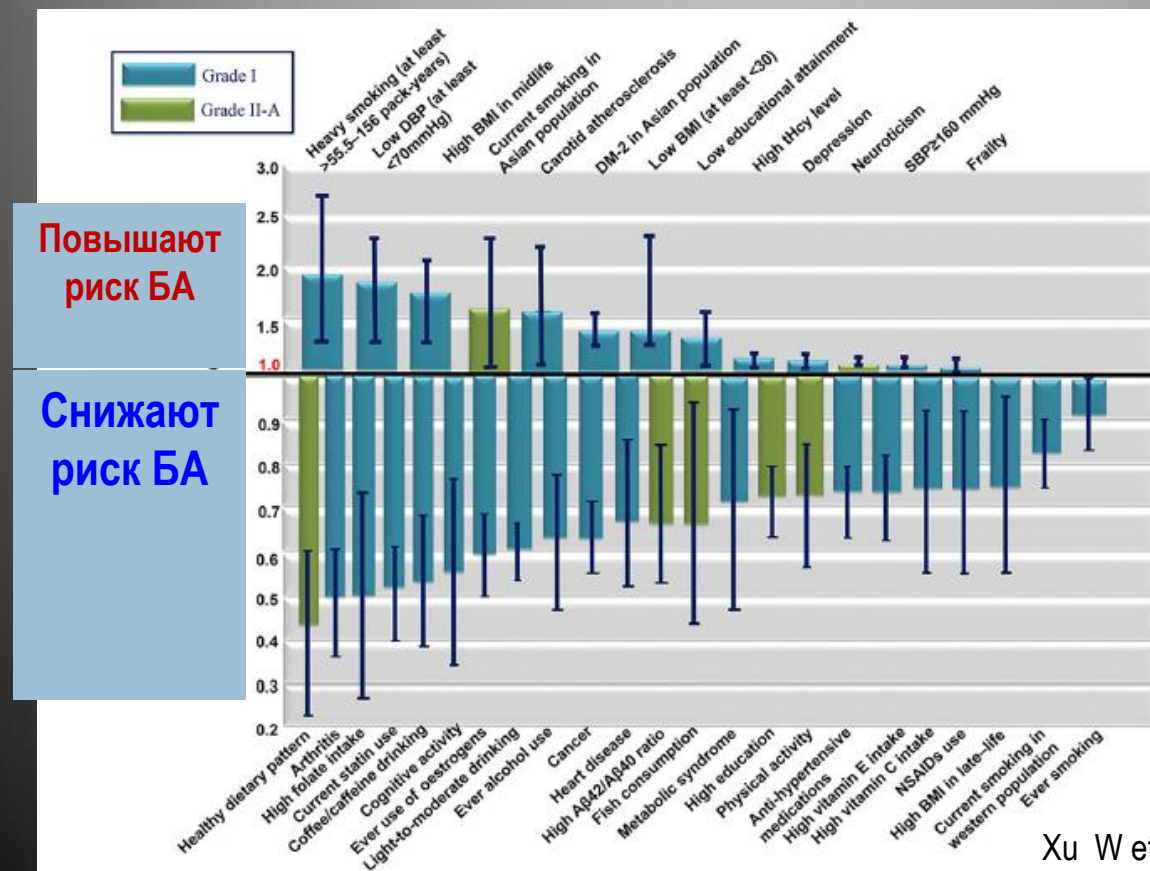


Общероссийская Общественная Организация
«Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей)
Российской Федерации». Рекомендации 2017

В ДЕКАБРЕ 2017 ГОДА НИТРЕМЕД® РЕКОМЕНДОВАН КАК ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АГ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ «КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

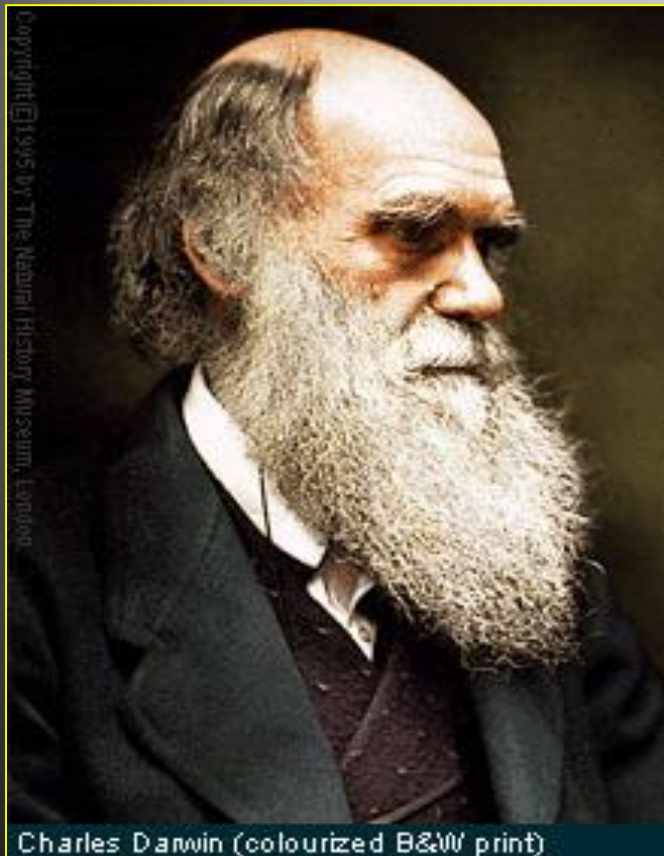
Рабочая группа: академик РАН, профессор Р.Г. Оганов (Председатель) (Москва), академик РАН, профессор И.Н. Денисов (Председатель) (Москва), профессор В. И. Симаненков (Научный координатор) (Санкт-Петербург), профессор Бакулин И.Г. (Санкт-Петербург), профессор Бакулина Н.В. (Санкт-Петербург), профессор Болдуева С.А. (Санкт-Петербург), член-корр. РАН профессор Барбараш О.Н. (Кемерово), профессор Гарганеева Н.П. (Томск), профессор Дощицин В.Л. (Москва), член-корр. РАН профессор Драпкина О.М. (Москва), к.м.н. Дудинская Е.Н. (Москва), профессор Котовская Ю.В. (Москва), профессор Лиля А.М. (Санкт-Петербург), профессор Мамедов М.Н. (Москва), к.м.н. Марданов Б.У. (Москва), профессор Миллер О.Н. (Новосибирск), **профессор Петрова М.М. (Красноярск)**, профессор Поздняков Ю.М. (Москва), д.м.н. Рунихина Н.К. (Москва), профессор Сайганов С.А. (Санкт-Петербург), к.м.н. Тарасов А.В. (Москва), профессор Ткачева О.Н. (Москва), к.м.н. Уринский А.М. (Москва), профессор Шальнова С.А. (Москва).

Болезнь Альцгеймера: модифицируемые факторы риска и защиты



13 факторов
11 уровень доказанности I
 САД >160 мм рт.ст.
 ДАД <70 мм рт.ст.
 Хрупкость
3 уровень доказанности IIa

23 фактора
18 уровень доказанности I
 Антигипертензивная терапия
 Прием статинов
 Когнитивная активность
 Физическая активность
5 уровень доказанности IIa



Copyright © 1995 by The Natural History Museum, London

Charles Darwin (colourized B&W print)

**«Наличие
интеллекта часто
способствует
выживанию...»**

Чарльз Дарвин

Мультиморбидность – идеальная модель персонализированной медицины

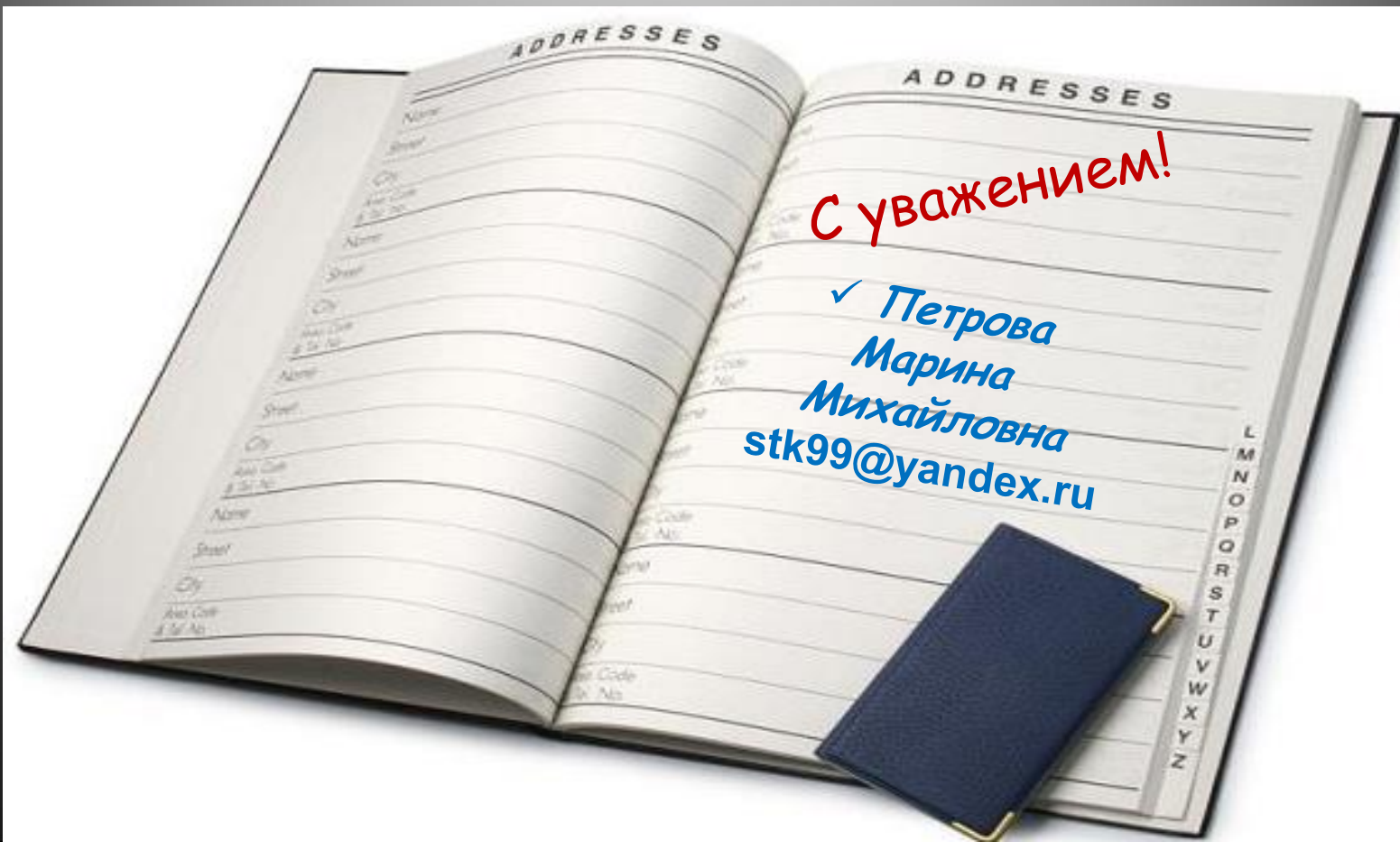
Коморбидные заболевания нацеливают врача и ученого на **холистический (персонализированный)**, а не на **болезнь - ориентированный** подход к профилактике, диагностике, лечению и прогнозу хронических неинфекционных заболеваний человека

**«Начинающий врач
выписывает по двадцать
лекарств для каждой
болезни; опытный врач –
одно лекарство на
двадцать болезней»**



Уильям Ослер

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



С уважением!

✓ Петрова
Марина
Михайловна
stk99@yandex.ru

L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z