

Возможности комбинированной липидснижающей терапии у пациента очень высокого сердечно-сосудистого риска (клиническое наблюдение)

Д.Ю. Седых[✉], Н.В. Федорова, В.В. Кашталап

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

[✉]md-sedih@mail.ru

Аннотация

В статье на примере клинического случая продемонстрирована возможность ранней инициации комбинированной липидснижающей терапии на основе максимально переносимой дозы статины в сочетании с эзетимибом у пациента с очень высоким сердечно-сосудистым риском (после перенесенного острого коронарного синдрома – ОКС) и тяжелыми нарушениями липидного обмена (липопротеиды низкой плотности – ЛПНП > 4,9 ммоль/л). Показано, что в реальной клинической практике пациенты с ОКС и сохраняющимися высокими значениями ЛПНП, несмотря на назначение статинов, встречаются достаточно часто. Эти пациенты нуждаются в более тщательном диспансерном наблюдении и более широком использовании комбинированной липидснижающей терапии за счет присоединения эзетимиба к максимально переносимым дозам статинов. Действующие клинические руководства позволяют это делать при недостижении у пациентов целевых значений ЛПНП (> 1,4 ммоль/л) на фоне монотерапии статинами. Такой подход эффективен и безопасен, что и иллюстрирует приведенный клинический случай. В рутинной клинической практике необходим обязательный контроль липидограммы через 4–6 нед после выписки пациента из стационара по поводу ОКС. При недостижении целевых значений липидограммы на фоне максимальной дозы статины необходим обязательный перевод пациента на комбинированную терапию с использованием эзетимиба.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, дислипидемия, улучшение прогноза, статины, эзетимиб

Для цитирования: Седых Д.Ю., Федорова Н.В., Кашталап В.В. Возможности комбинированной липидснижающей терапии у пациента очень высокого сердечно-сосудистого риска (клиническое наблюдение). Consilium Medicum. 2021; 23 (1): 70–73. DOI: 10.26442/20751753.2021.1.200604

Best Practice

Possibilities of combination lipid-lowering therapy in a patient with very high cardiovascular risk (clinical case)

Daria Yu. Sedykh[✉], Natalia V. Fedorova, Vasily V. Kashtalap

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

[✉]md-sedih@mail.ru

Abstract

The article demonstrates the possibility of prescribing an effective and safe lipid-lowering combination of the most tolerated doses of statins in combination with ezetimibe, using the example of a patient with severe lipid metabolism disorders in the post-infarction period. It has been shown that in real clinical practice, patients with acute coronary syndrome and persisting high LDL values are quite common, despite of the prescription of statins. These patients need closer follow-up and wider use of combined lipid-lowering therapy by adding ezetimibe to maximally tolerated doses of statins. Current clinical guidelines allow this to be done when patients fail to achieve target LDL values (> 1.4 mmol/L) with statins monotherapy. This approach is effective and safe, which is illustrated by this hereditary clinical case. In routine clinical practice mandatory lipids control is required 4–6 weeks after patient's discharge from the hospital for acute coronary syndrome. If the target lipids values were not achieved with the maximum dosage of statins, a mandatory using the combination therapy with ezetimibe is required.

Keywords: myocardial infarction, dyslipidemia, improved prognosis, statins, ezetimibe

For citation: Sedykh DYu, Fedorova NV, Kashtalap VV. Possibilities of combination lipid-lowering therapy in a patient with very high cardiovascular risk (clinical case). Consilium Medicum. 2021; 23 (1): 70–73. DOI: 10.26442/20751753.2021.1.200604

Введение

На сегодняшний день инфаркт миокарда (ИМ) сохраняет ведущие позиции в структуре кардиологических госпитализаций, инвалидизации и смертности населения Российской Федерации [1]. Данные многочисленных эпидемиологических и наблюдательных регистровых исследований пациентов, перенесших ИМ, указывают на наличие и длительное сохранение у них после эпизода острого коронарного синдрома (ОКС) очень высокого сердечно-сосудистого риска, что требует применения ранних и агрессивных подходов к его профилактике [2–5].

В связи с этим определяющим для дальнейшего течения заболевания является обеспечение высокой приверженности врача и пациента доказательным принципам профилактики сердечно-сосудистого риска, начиная со стационарного этапа, и приверженности терапии на постгоспитальном этапе [6–9].

Ключевыми подходами к медикаментозной терапии у пациентов с ИМ с целью ранней профилактики риска неблагоприятного исхода заболевания являются:

- агрессивная антитромботическая терапия антитромботическими препаратами и антикоагулянтами;

- нейрогуморальная блокада ингибиторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и β-адреноблокаторами;

- холестеринснижающая терапия с достижением целевых значений липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) < 1,4 ммоль/л.

Ключевыми медикаментозными препаратами, назначаемыми с целью коррекции нарушенного липидного звена гомеостаза (дислипидемии) у пациента с клиническими проявлениями атеросклероза, являются статины [10].

Несмотря на наличие доказательной базы в отношении эффективности и безопасности статинов, их использование сопряжено с проблемой индивидуальной непереносимости у некоторых пациентов и ограничениями в титровании до максимальных терапевтических доз, что связано с риском побочных эффектов (миопатии, продиабетогенность, гепатотоксичность) [11, 12]. Вследствие зависимости риска побочных эффектов от дозы статинов у некоторых пациентов невозможно использовать эти эффективные препараты в максимальной терапевтической дозировке, что актуализирует необходимость подбора комбинированной терапии на основе минимально переносимых доз ста-

тинов с добавлением эзетимиба уже на старте липидснижающей терапии [13].

С другой стороны, даже при хорошей переносимости пациентами максимальных терапевтических доз высокоинтенсивных статинов (розувастатин, аторвастатин) реализация такого подхода для оптимизации исходно высоких значений проатерогенных фракций липидограммы обеспечивает снижение ЛПНП до 50% [10]. У пациентов с исходно высокими значениями липидограммы (например, при значении ЛПНП >4,9 ммоль/л), зафиксированными при поступлении в стационар по поводу ОКС, предполагать, что для достижения целевых значений ЛПНП <1,4 ммоль/л (или <1 ммоль/л, если у него в течение 2 лет наблюдения на фоне приема максимально переносимой дозы статинов развивается второе сердечно-сосудистое событие – ИМ или ишемический инсульт) будет достаточно монотерапии статинами, не приходится. Комбинация высокоэффективного статина и эзетимиба может обеспечить в зависимости от индивидуальных особенностей эффективное снижение ЛПНП от 65 до 70% [10, 14, 15].

В этой связи представляется абсолютно оправданным подход, при котором стационарный кардиолог, который подбирает терапию и выписывает пациента с ОКС и тяжелыми нарушениями липидного обмена различного генеза (ЛПНП >4,9 ммоль/л; общий холестерин >7,9 ммоль/л), акцентирует внимание будущего лечащего врача этого пациента на амбулаторном этапе о вероятной неэффективности монотерапии статинами и необходимости инициации комбинированной терапии статином и эзетимибом по результату контроля липидограммы после выписки из стационара (обычно 4–6 нед ОКС).

Эзетимиб, по данным международных и российских клинических исследований, является высокоэффективным ингибитором кишечной абсорбции холестерина [12, 14, 16]. Назначение 10 мг/сут данного препарата приводит к снижению ЛПНП на 15–30% от исходно высокого уровня [17]. С. Gagner и соавт. убедительно показали преимущества комбинации статина и эзетимиба по снижению ЛПНП уже в первые 6 нед приема [18].

В исследованиях SHARP и IMPROVE-IT подтверждены высокая эффективность в отношении профилактики сердечно-сосудистых событий и безопасность комбинированной терапии статинами и эзетимибом: повышение креатининазы (выше 5 норм) составило 1,1 и 0,1%, повышение активности трансаминаз (выше 3 норм) составило 0,6 и 2,3% соответственно [19, 20].

В РФ эффективность и безопасность подобной гиполлипидемической комбинации установлены на 350 пациентах в «Исследовании двух столиц», где целевой уровень ЛПНП достигался в случае первичной профилактики уже у 50% больных, при вторичной (за пределами сроков острого коронарного события) – у 33% [21]. Данная работа также дополнительно указала на хорошую переносимость комбинированной терапии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа [22].

На примере клинического случая нами проиллюстрирован опыт ведения пациента, перенесшего ИМ и требующего оптимизации липидснижающей терапии. *Пациент К., 65 лет*, неработающий пенсионер, житель г. Кемерово, доставлен в приемное отделение 15.01.2020 с жалобами на боли жгучего характера за грудиной в течение часа, без иррадиации и эффекта от приема нитропрепаратов, общую слабость, испарину, чувство страха смерти.

История настоящего заболевания

С 2016 г. у пациента зарегистрирована артериальная гипертензия с максимальным повышением артериального давления (АД) до 180/90 мм рт. ст. и адаптированным АД 120/70 мм рт. ст. Пациент обследован, установлен диагноз «гипертоническая болезнь». Клинику стенокардии отмечает

в пределах II функционального класса с 2019 г. Коронарография (КАГ) не проводилась. ИМ в прошлом отрицает. С 2019 г. регулярно наблюдается у терапевта, принимает небиволол 2,5 мг, эналаприл 5 мг, ацетилсалициловую кислоту 75 мг. На фоне зарегистрированного впервые в жизни на амбулаторном этапе повышения общего холестерина до 7,1 ммоль/л, ЛПНП до 5,3 ммоль/л в октябре 2019 г. врачом инициирована терапия аторвастатином 40 мг/сут. Настоящее ухудшение возникло 1,5 ч назад, в связи с чем вызвана скорая медицинская помощь. При записи электрокардиограммы на дому выявлено течение переднего ИМ с подъемом сегмента *ST*, дана нагрузочная доза 500 мг ацетилсалициловой кислоты, 300 мг клопидогрела, введено 5000 единиц нефракционированного гепарина, внутривенно введен 1% морфин 1 мл, на фоне купирования болевого синдрома больной транспортирован для выполнения КАГ в региональный сосудистый центр.

Анамнез жизни. Пациент без избыточной массы тела, некурящий, алкоголь не употребляет. Из сопутствующих хронических заболеваний ранее диагностирована желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Наследственность по кардиальной патологии не отягощена. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Данные объективного осмотра. Общее состояние тяжелое (за счет острого периода ИМ). Масса тела – 87 кг, рост – 187 см, индекс массы тела – 24,9 кг/м². АД на ведущей (левой) руке через 5 мин отдыха в положении сидя 140/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 82 уд/мин. Со стороны органов и систем (неврологической, мочеполовой, пищеварительной системы, скелетно-мышечного аппарата, нарушений обмена веществ, новообразований) нарушений не выявлено. Признаков семейной гиперхолестеринемии (ксантомы, ксантелазмы и липоидная дуга роговицы) нет.

По лабораторным данным регистрировалось повышение кардиомаркеров (креатинфосфокиназа – 750 Ед/л, 100 Ед/л, тропонин I – 0,4 нг/мл), гликемия при поступлении – до 6,8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи – без отклонений. По электрокардиограмме регистрировался синусовый ритм с ЧСС 82 уд/мин, по состоянию миокарда – элевация сегмента *ST* по передней перегородочной и верхушечной областям с реципрокными изменениями по задней стенке. По ультразвуковому исследованию сердца сократительная функция левого желудочка – 38%, гипертрофия левого желудочка, акинезия переднеперегородочных и верхушечных сегментов. В рамках ОКС выполнена КАГ, выявлена острая изолированная окклюзия передней нисходящей артерии. После приема 300 мг клопидогрела проведена стентированная процедура в области инфарктзависимой артерии стентом с лекарственным покрытием.

По данным липидограммы на 1-е сутки общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 4,2 ммоль/л, триглицериды – 1,7 ммоль/л.

У пациента ангинозных болей и проявлений сердечной недостаточности не было. В отделении неотложной кардиологии назначены следующие препараты: ацетилсалициловая кислота – 75 мг/сут, клопидогрел – 75 мг/сут, метопролол – 25 мг/сут, периндоприл – 4 мг/сут, эплеренон – 50 мг/сут, аторвастатин – 80 мг/сут.

На фоне приема аторвастатина 80 мг/сут побочных эффектов терапии не регистрировалось, уровень ЛПНП при повторной липидограмме перед выпиской на 10-е сутки снизился до значений 2,1 ммоль/л, что не соответствует целевым значениям (<1,4 ммоль/л) [10].

Пациент выписан на этап амбулаторной реабилитации с диагнозом ИБС. ИМ с элевацией сегмента *ST* от 15.01.2020, Q-образующий, переднеперегородочный, передневерхушечный, неосложненный. Killip I. Чрескожное коронарное вмешательство со стентированием передней нисходящей артерии (стент с лекарственным покрытием) от 15.01.2020. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Дислипидемия.

Фон: желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения.

На постоянной основе для лечения назначен прием следующих препаратов:

- клопидогрел 75 мг утром в течение 12 мес;
- ацетилсалициловая кислота 75 мг в обед после еды;
- метопролол 25 мг утром;
- периндоприл аргинат 4 мг вечером;
- аторвастатин 80 мг на ночь.

На амбулаторном этапе рассмотреть возможность назначения эзетимиба 10 мг утром в дополнение к аторвастатину по результатам повторной липидограммы через 4 нед (целевые значения ЛПНП < 1,4 ммоль/л).

В настоящее время пациент находится на диспансерном наблюдении кардиолога, жалоб не предъявляет, предписанную терапию регулярно принимает, соблюдает гиполипидемическую диету, занимается шведской ходьбой, контролирует АД и ЧСС. Врач-кардиолог поликлиники, выявив неэффективность монотерапии аторвастатина в максимальной терапевтической дозе 80 мг, назначил пациенту дополнительно эзетимиб 10 мг (Отрио). Через 2 мес после начала приема комбинированной терапии выявлена ее хорошая эффективность (ЛПНП 1,26 ммоль/л, присоединение к терапии эзетимиба 10 мг/сут у этого пациента позволило дополнительно снизить уровень ЛПНП на 40%) и безопасность (не было указаний на побочные эффекты или отклонения лабораторных показателей безопасности).

Представляется, что продемонстрированный подход по акцентуации кардиологом стационара внимания на пациентах с очень высоким сердечно-сосудистым риском и тяжелыми нарушениями липидного обмена с целью дальнейшего усиления липидснижающей терапии за счет присоединения эзетимиба на амбулаторном этапе является вполне оправданным и может быть внедрен в практическую деятельность региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.

Заключение

Комбинированная гиполипидемическая терапия в составе максимально переносимой дозировки статина и эзетимиба 10 мг/сут (Отрио, АО «АКРИХИН») может быть рекомендована к назначению у пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена при недостижении целевых параметров липидограммы на фоне монотерапии статинами, а также при развитии побочных эффектов статинотерапии, что требует уменьшения дозировки препарата либо его отмены при непереносимости любых статинов (в этом случае эзетимиб применяется в виде монотерапии). На примере ведения пациента очень высокого риска показан подход по максимально ранней инициации присоединения эзетимиба к высокоэффективному статину.

Финансирование. Клиническое наблюдение взято из базы данных наблюдательного регистрового исследования стационарного этапа ведения пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена в рамках выполнения поискового научного исследования НИИ КСССЗ 2020_419_23 «Комплексное лечение пациентов с наследственными формами нарушений липидного обмена с применением ЛНПА-афереза и медикаментозной терапии», финансируемого по Программе Министерством науки и высшего образования Российской Федерации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Литература/References

1. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать». Профилактическая медицина. 2012; 2: 3–10 [Boitsov S.A. Prevention of non commu-

- nicable diseases in the country: from what to do to how to do. Preventive Medicine. 2012; 2: 3–10 (in Russian)].
2. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (6): 4–11 [Muromtseva G.A., Kontsevaya A.V., Konstantinov V.V. Prevalence of infectious diseases' risk factors in the Russian population in 2012–2013. Results of ESS-RF studies. Cardiovascular Therapy and Prophylactics. 2014; 13 (6): 4–11 (in Russian)].
 3. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. Роль фармакоинвазивной тактики ведения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в России. Кардиология. 2014; 54 (9): 79–85 [Barbarash O.L., Kashtalap V.V. The place of pharmacoinvasive management in patients with ST-elevation acute Coronary syndrome in Russia. Kardiologiya. 2014; 54 (9): 79–85 (in Russian)].
 4. Седых Д.Ю., Горбунова Е.В., Зыков М.В., и др. Факторы, связанные с риском смерти и госпитализации при развитии повторного инфаркта миокарда. Креативная кардиология. 2017; 11 (2): 98–108 [Sedykh D.Yu., Gorbunova E.V., Zykov M.V., et al. Factors associated with the risk of death and hospitalization in recurrent myocardial infarction. Kreativnaya Kardiologiya. 2017; 11 (2): 98–108 (in Russian)]. DOI: 10.24022/1997-3187-2017-11-2-98-108
 5. Барбараш О.Л., Каретникова В.Н., Кашталап В.В. Пациент после инфаркта миокарда: как снизить риск повторного ишемического события? Кардиосоматика. 2015; 6 (2): 12–9 [Barbarash O.L., Karetnikova V.N., Kashtalap V.V. The patient after myocardial infarction: how to reduce a risk of recurrent ischemic event? Cardiosomatics. 2015; 6 (2): 12–9 (in Russian)].
 6. Reiner Z, De Backer G, Fras Z, et al. Lipid lowering drug therapy in patients with coronary heart disease from 24 European countries – Findings from the EUROASPIRE IV survey. Atherosclerosis 2016; 246: 243–50.
 7. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2018; 39: 119–77. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393
 8. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2018; 39: 213–54. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx419
 9. Marenzi GS, Cosentino N, Campodonico J, et al. A new score for risk stratification of patients with acute myocardial infarction based on the PEGASUS-TIMI 54 criteria. JACC 2017; 69 (11): suppl. 14.
 10. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020; 41 (1): 111–88. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz455
 11. Stroes ES, Thompson PD, Corsini A, et al. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy-European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement on Assessment, Aetiology and Management. Eur Heart J 2015; 36 (17): 1012–22.
 12. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Кухарчук В.В., и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: Российские рекомендации, VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2017; 3: 5–22 [Ezhov M.V., Sergienko I.V., Kuharchuk V.V., et al. Diagnostic and correction dyslipidemia with prevention and treatment atherosclerosis. Russian recommendations VI version. J Atherosclerosis Dyslipidem. 2017; 3: 5–22 (in Russian)].
 13. Сусеков А.В., Кобалава Ж.Д., Гуревич В.С., и др. Возможности клинического применения препарата эзетимиба Отрио («АКРИХИН», Россия) у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, не достигших целевых значений показателей липидного обмена. Заключение Совета экспертов. Кардиология. 2019; 59 (5S): 47–57 [Susekov A.V., Kobalava J.D., Gurevich V.S., et al. Possibilities of clinical use of ezetimibe Otrio («AKRIKHIN», Russia) in patients with high and very high cardiovascular risk who have not reached the target values of lipid metabolism. Conclusion of the Board of experts. Kardiologiya. 2019; 59 (5S): 47–57. DOI: 10.18087/cardio.n581 (in Russian)].
 14. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. Lancet 2010; 376: 1670–81.
 15. Ballantyne CM, Weiss R, Moccetti T, et al. Efficacy and safety of rosuvastatin 40 mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol 2007; 99 (5): 673–80.
 16. Ballantyne CM, Hourii J, Notarbartolo A, et al. Ezetimibe Study Group Effect of ezetimibe coadministered with atorvastatin in 628 patients with primary hypercholesterolemia: a prospective, randomized, double-blind trial. Circulation 2003; 107 (19): 2409–15.
 17. Сусеков А.В. Двойное ингибирование холестерина: новые перспективы в лечении больных атеросклерозом. Атмосфера. Новости кардиологии. 2006; 1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/dvoynoe-ingibirovanie-holesterina-novye-perspektivy-v-lechenii-bolnyh-aterosklero-zom> [Susekov A.V. Double cholesterol inhibition: new perspectives in the treatment of patients with atherosclerosis. Atmosphere. Cardiology News. 2006; 1. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/dvoynoe-ingibirovanie-holesterina-novye-perspektivy-v-lechenii-bolnyh-aterosklero-zom> (in Russian)].
 18. Gagner C, Bays H, Weiss SR, et al. Efficacy and safety of ezetimibe added to ongoing statin therapy for treatment of patients with primary hypercholesterolemia. Am J Cardiol 2002; 90 (10): 1084–91.
 19. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al.; IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2015; 372 (25): 2387–97.
 20. Baigent C, Landray MJ, Reith C, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomized placebo-controlled trial. Lancet 2011; 377 (9784): 2181–92.
 21. Сусеков А.В., Зубарева М.Ю., Кухарчук В.В. Результаты наблюдательной программы по эзетимолу «Исследование двух столиц». Фарматека. 2006; 8: 65–70 [Susekov A.V., Zubareva M.Yu., Kuharchuk V.V. Results of the Ezetol Observational Program "Investigation of Two Capitals". Farmateka. 2006; 8: 65–70 (in Russian)].
 22. Зубарева М.Ю., Рожкова Т.А., Соловьева Е.Ю., Сусеков А.В. Рандомизированное исследование ЭСКАДРА. Часть 1: гиполипидемическая эффективность, безопасность и переносимость эзетимиба, начальных доз оригинальных статинов и комбинации эзетимиба с начальными дозами статинов у больных ишемической болезнью сердца и гиперлипотеидемией. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010; 9 (6): 1–9.45 [Zubareva M.Yu., Rozhkova T.A., Solovieva E.Yu., Susekov A.V. A randomized study of ESCADRA. Part 1: lipid-lowering efficacy, safety and tolerability of ezetimibe, initial doses of the original statins and a combination of ezetimibe with initial doses of statins in patients with coronary heart disease and hyperlipoproteinemia. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2010; 9 (6): 1–9.45 (in Russian)].

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Седых Дарья Юрьевна – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. патологии кровообращения отд. клинической кардиологии ФГБНУ НИИ КПССЗ. E-mail: md-sedih@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7058-2008

Федорова Наталья Васильевна – канд. мед. наук, зав. консультативно-диагностическим отд-нием ФГБНУ НИИ КПССЗ. E-mail: bnatalia88@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3841-8539

Кашталап Василий Васильевич – д-р мед. наук, доц., зав. отд. клинической кардиологии ФГБНУ НИИ КПССЗ. E-mail: v_kash@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3729-616X

Daria Yu. Sedykh – Cand. Sci. (Med.), Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. E-mail: md-sedih@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7058-2008

Natalia V. Fedorova – Cand. Sci. (Med.), Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. E-mail: bnatalia88@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3841-8539

Vasily V. Kashtalap – D. Sci. (Med.), Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. E-mail: v_kash@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3729-616X

Статья поступила в редакцию / The article received: 22.12.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.03.2021



OMNIDOCTOR.RU