

*Totul pentru inima ta!*

Program educațional al Societății Române de Cardiologie



SOCIETATEA ROMÂNĂ  
DE CARDIOLOGIE

# ANGINA



## Motto:

“Limpeze nu vezi decât cu inima. Miezul lucrurilor nu poate fi văzut cu ochii.”

Antoine de Saint-Exupéry, *Micul Prinț*

## 1. Cui se adresează această broșură?

Dacă citiți această broșură, probabil că dumneavoastră sau cineva apropiat suferiți de cardiopatie ischemică sau ați trecut printr-un infarct. Sunteți probabil îngrijorat, vă temeți de ce vă rezervă viitorul și nu știți exact ce ar trebui să faceți în continuare. Broșura de față vă propune sfaturi practice, care să vă ajute să înțelegeți mai bine afecțiunea cu care vă confrunțați și să o țineți sub control.

## 2. Ce este cardiopatia ischemică?

Cardiopatia ischemică sau boala coronariană ischemică este afecțiunea determinată de modificările vaselor care irigă mușchiul cardiac, numite artere coronare (Figura 1), de obicei printr-un proces de ateroscleroză, care determină îngustarea lor.

Consecința este reprezentată de reducerea fluxului de sânge și a aportului de oxigen la nivelul miocardului (**mușchiului cardiac**). Când arterele care irigă inima sunt îngustate (**stenozate**), se pro-

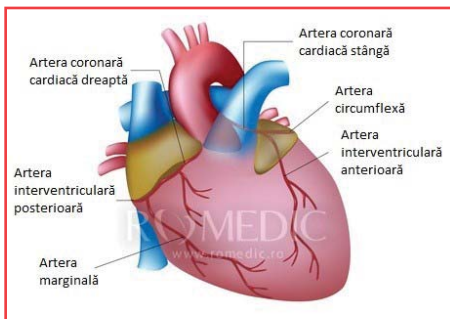


Figura 1 – Anatomia arterelor coronare.

duce o irigare insuficientă a mușchiiului inimii (numită **ischemie**), care se exprimă de regulă prin durere în piept (**angină pectorală**). În cazul în care aceasta este severă și persistentă, se produce moartea celulelor miocardice (necroza), adică un infarct miocardic. Există situația intermediară a unor episoade prelungite de durere în piept care nu conduc la infarct, dar care pot să evolueze către acesta în absența tratamentului. Termenii folosiți în acest caz sunt de “angină instabilă”, “sindrom coronarian acut” sau “pre-infarct”. Angina este forma cea mai frecventă de cardiopatie ischemică. Trebuie să știți, însă, că există și forme nedureroase, cum se întâmplă frecvent la pacienții diabetici, la care poate să apară doar îngreunarea respirației, oboseală sau palpitații. Aceste forme nedureroase, pe care medicii le numesc “ischemie silențioasă”, trebuie recunoscute la timp și tratate ca și celelalte.

Cauza cea mai frecventă a anginei pectorale este ateroscleroza arterelor coronare care determină îngustări (stenoze) ale acestora (Figura 2).

**Ce este angina pectorală?** Angina pectorală se definește ca o durere în piept, care apare în spatele sternului (**retrosternală**) și care poate merge în gât, mandibulă, umeri, spate sau brațe, apărută de obicei la efort sau emoție și care dispare în repaus sau la administrarea de nitroglicerină.

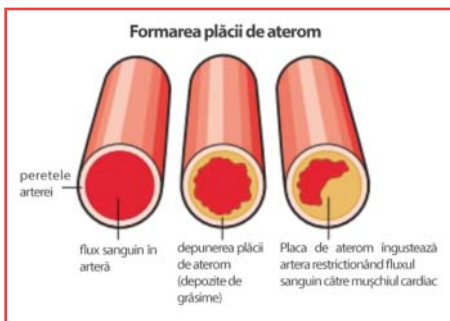


Figura 2 – Formarea plăcii de aterom.

Când apar mai frecvent atacurile de angină pectorală? Crizele anginoase apar mai des în următoarele situații:

- După o masă copioasă;
- În timpul unei activități fizice intense;
- În timpul unor emoții puternice;
- La expunerea la frig.

### 3. Ce este ateroscleroza?

Ateroscleroza reprezintă îngroșarea pereților arterelor prin depuneri de grăsimi (colesterol), cu îngustarea calibrului acestor vase (stenoze) și reducerea fluxului sangvin prin acestea. Obstrucția parțială a unei artere coronare produce un episod de angină instabilă, iar obstrucția totală conduce la infarct miocardic. Trebuie să știți că 10% din cazurile de angină instabilă pot evolua către infarct în absența tratamentului.

Principalul tratament al aterosclerozei constă în combaterea factorilor de risc.

#### **Care sunt factorii de risc pentru ateroscleroză?**

Un factor de risc este acea obiceie/afecțiune care vă crește șansele să vă îmbolnăviți de ateroscleroză, manifestată cel mai adesea sub formă de cardiopatie ischemică. Nivelul crescut de colesterol este unul dintre cei mai importanți factori de risc cardiovascular. Alți factori de risc importanți sunt:

#### **Factori de risc majori, nemodificabili:**

- vârsta înaintată: 83% din persoanele care mor prin boală cardiacă au peste 65 de ani sexul masculin: bărbații au risc de infarct mai mare decât femeile.
- menopauza – riscul de infarct crește mult la femeile aflate la menopauză, din cauza modificărilor hormonale care apar.
- ereditatea: copiii ai căror părinți sau bunici au avut boli de inimă sunt mai predispuși, la rândul lor, unor asemenea boli, în special atunci când în familie sunt cazuri de boală cardiacă prematură: angină sau infarct la vârste sub 55 de ani în cazul bărbaților sau sub 65 de ani în cazul femeilor.

## Factori de risc majori, modificabili prin schimbarea stilului de viață sau cu medicamente:

- **fumatul:** fumătorii au risc să moară prin boli de inimă de 2-3 ori mai mare decât nefumătorii. Fumatul crește foarte mult riscul de cardiopatie ischemică atunci când se adaugă altor factori de risc pe care îi mai aveți. De asemenea, trebuie să luați în considerare faptul că și fumatul pasiv este dăunător.
- **hipertensiunea arterială:** cu cât valorile tensiunii arteriale sunt mai mari, cu atât munca inimii este mai mare și crește riscul de infarct, accidente vasculare cerebrale, insuficiență renală, insuficiență cardiacă. Prevalența hipertensiunii arteriale în lume se situează între 30-45% din populația generală, cu o creștere semnificativă a incidenței la vârstnici. **În România, prevalența hipertensiunii arteriale în populația adultă în 2012 este de 40,4%**, așa cum rezultă din studiul SEPHAR II (**S**tudiu **dE** Prevalență a **H**ipertensiunii **A**rteriale și evaluare a riscului cardiovascular în **R**omânia).
- **diabetul zaharat:** reprezintă unul dintre cei mai de temut factori de risc cardiovascular. Chiar și atunci când valorile glicemiei sunt menținute în limite normale (prin dietă/medicamente), diabetul zaharat crește riscul de apariție a bolii coronariene și a accidentului vascular cerebral.
- **efortul fizic limitat (sedentarismul):** stilul de viață din care lipsește mișcarea fizică dăunează inimii.
- **obezitatea, în special cea abdominală (evaluată prin măsurarea taliei):** crește riscul de boală de inimă și accidente vasculare cerebrale, chiar în absența altor factori de risc asociați. Obezitatea duce la creșterea colesterolului, tensiunii arteriale și favorizează apariția diabetului zaharat.
- **factorii psihosociali, în special stresul cronic:** reprezintă, de asemenea, un factor de risc important, în special pentru infarctul miocardic.
- **alcoolul în cantitate mare:** contribuie și el la creșterea riscului de boli cardiovasculare prin creșterea trigliceridelor,

obezitate, precum și prin afectarea mușchiului inimii. Cu toate acestea, alcoolul în cantități mici (un pahar de vin) are efecte favorabile asupra inimii, constând, în special, în creșterea nivelului de HDL-colesterol (colesterolul bun) din sânge.

Este foarte important să rețineți că riscul dumneavoastră de a dezvolta o boală de inimă este cu atât mai mare cu cât aveți mai mulți factori de risc din cei enumerați mai sus!

### **Ce trebuie să faceți?**

**Sunteți fumător(oare)?** Întrerupeți imediat fumatul și nu stați într-un mediu de fumători.

**Sunteți hipertensiv(ă)?** Respectați regimul fără sare. Nu faceți eforturi fizice susținute, mai ales nu ridicați sau cărați greutăți. În schimb, se recomandă mersul pe jos cel puțin 30-40 minute pe zi. Prezentați-vă la medic pentru evaluare și stabilirea tratamentului medicamentos.

**Sunteți supraponderal(ă)?** Stabiliți-vă o dietă sănătoasă, cu scăderea numărului de calorii, consumați fructe, legume, cereale care conțin multe elemente nutritive, dar puține grăsimi și calorii și nu consumați produse animale și dulciuri. Efectuați activitate fizică regulat. Cereți sfatul unui medic nutriționist, dacă rezultatele nu sunt mulțumitoare.

**Sunteți diabetic(ă)?** Consultați un medic diabetolog pentru stabilirea dietei și a medicamentelor necesare, pe care să le luați permanent. Evaluați-vă periodic glicemia, hemoglobina glicozilată, colesterolul, trigliceridele. Efectuați zilnic mișcare, în limita toleranței individuale.

**Sunteți dislipidemic(ă)?** Respectați un regim sărac în grăsimi animale (carne de porc, grăsimi, unt, smântână, frișcă, ouă), bogat în fibre vegetale; consumați cel puțin două mese de pește pe săptămână. Adresați-vă medicului pentru prescrierea unui tratament care să reducă nivelul colesterolului.

**Sunteți sedentar(ă)?** Începeți un program de activitate fizică progresivă, eventual sub supraveghere în cazul în care ați suferit un infarct de miocard sau prezentați simptome de insuficiență cardiacă.

Este important să discutați cu medicul dumneavoastră curant despre nivelul de intensitate al activității fizice pe care o puteți efectua în condiții de siguranță și despre cum îl puteți crește. Întotdeauna întrebați înainte să începeți o nouă activitate fizică, ce implică un grad diferit de efort.

**Sunteți stresat(ă)?** Îndepărtați, pe cât posibil, situațiile stresante, bucurați-vă de activități recreative (de preferat cele care implică și mișcare), cereți ajutor de specialitate (psiholog, psihoterapeut), solicitați eventual reducerea programului de lucru sau schimbarea locului de muncă.

## 4. Care este conduita de urmat în caz de durere anginoasă?

### 4.1 Care sunt simptomele care trebuie să vă alarmeze și pentru care să cereți un consult imediat?

Multe lucruri pot cauza durere toracică. Unele semnalează o condiție serioasă, altele necesită evaluare dar nu sunt amenințătoare de viață. Majoritatea oamenilor consideră că un infarct miocardic este brusc, intens și dramatic, însă acesta nu este de fiecare dată scenariul. Multe cazuri de infarct miocardic încep insidios, cu durere moderată sau doar disconfort care crește în intensitate gradat. Este obișnuit ca un pacient cu infarct să prezinte disconfort în unul sau ambele brațe, spate, gât, bărbie sau epigastru, dispnee, transpirații reci, greață, varsături sau amețeală. Este posibil însă ca aceste simptome să lipsească complet. Există studii care arată că pacienții întârzie în solicitarea ajutorului, pentru că au considerat că simptomele nu sunt importante și vor dispărea.

Cel mai bun sfat pentru o persoană care resimte durere toracică este să caute imediat ajutor, deoarece fiecare minut de întârziere a tratamentului înseamnă mai multe celule cardiace care se pierd. Angina este frecvent întâlnită în timpul efortului fizic, când frecvența cardiacă și presiunile sunt crescute, cordul necesitând mai mult

oxigen. Angina ia naștere când necesarul miocardic de oxigen depășește cantitatea livrată.

Infarctul miocardic – are loc când la suprafața unei plăci aterosclerotice se formează o fisură. Un cheag de sânge (tromb) se formează la nivelul plăcii (Figura 3), lucru care poate ocluziona parțial sau total artera, încetinind sau oprind de tot fluxul sanguin către teritoriul muscular aferent.

Dacă ocluzia persistă mai mult de 15 minute, mușchiul respectiv devine afectat sau infarctat (practic celulele musculare din acea zonă mor). În timpul unui infarct miocardic, pacientul poate resimți un disconfort toracic similar celui din timpul unui episod de ischemie. Un infarct reprezintă consecința unei perioade prelungite de ischemie.

Durerea toracică cauzată de angină sau infarct poate fi similară cu dureri cauzate de alte afecțiuni. În funcție de etiologie, durerea toracică poate avea diferite caractere (“junghi”, “apăsare”, “arsură”), poate fi localizată în diferite regiuni (retrosternal, precordial, torace posterior, brațe, gât, bărbie sau întreaga arie toracică), durerea poate fi ameliorată sau agravată de repaus sau efort și se poate asocia cu alte simptome (transpirații, greață, palpitații, respirație grea).

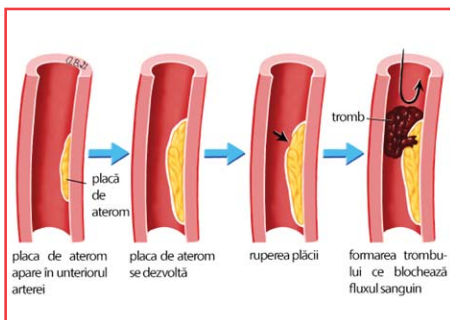


Figura 3 – Dinamica rupturii plăcii de aterom și a formării trombului.



Cu alte cuvinte, puteți simți o presiune, apăsare, greutate, strangulare sau arsură, iar disconfortul pe care îl simțiți se poate însoți de dificultate în respirație, slăbiciune, greață, neliniște, oboseală, palpitații. Durata disconfortului este scurtă, nu mai mult de 10 minute în majoritatea cazurilor.

## 4.2 Ce trebuie să faceți în caz de durere toracică?

**Utilizarea de nitroglicerină:** Dacă ați resimțit durere toracică în trecut sau ați fost diagnosticat cu boala aterosclerotică coronariană, doctorul dumneavoastră vă poate prescrie nitroglicerină. Nitroglicerina este o pastilă mică care se pune sub limbă când apare durerea toracică. În momentul administrării este de preferat poziția în șezut deoarece pe măsură ce se absoarbe, aceasta vă poate face să vă simțiți amețit sau slăbit. Nitroglicerina nu trebuie înghițită.

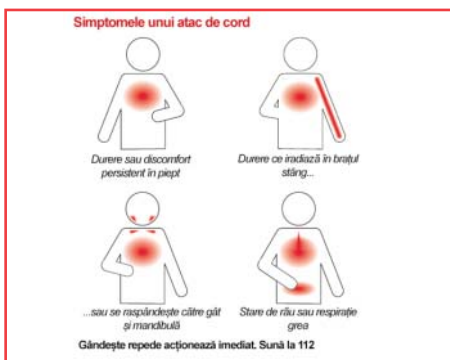
După ce ați luat o doză (o pastilă) de nitroglicerină, așteptați 5 minute (uitați-vă la ceas). Dacă durerea toracică nu dispare, sunați imediat la serviciul Ambulanța (112) și luați o a doua pastilă (în cazul în care nu ați discutat o altă strategie cu medicul dumneavoastră curant). Dacă aveți frecvent episoade de angină, medicul vă poate recomanda să mai luați încă o doză (a treia pastilă); unii medici recomandă un total de două sau trei pastile de nitroglicerină (una la 5 minute) înainte de a apela 112.

**Când trebuie să căutați ajutor?** Dacă durerea toracică este nou apărută, severă, prelungită sau dacă vă îngrijorează din alt motiv, sunați 112 imediat. Personalul medical de urgență din localitatea dumneavoastră este pregătit să răspundă rapid și să vă transporte la cel mai apropiat spital. Pentru un pacient cu infarct miocardic fiecare minut contează. Luați aminte, cu cât mai repede ajungeți la spital, cu atât mai repede veți beneficia de tratament. Nu încercați să conduceți dumneavoastră către spital.

## Sunatul la 112 este mai sigur din 2 motive:

- odată sosit, personalul medical de urgență poate demara evaluarea și tratamentul durerii toracice; dacă vă deplasați prin mijloace personale către spital tratamentul nu poate fi început până nu ajungeți în departamentul de urgență.
- dacă survine o complicație a infarctului (de exemplu o neregularitate a ritmului cardiac) în drumul către spital, personalul medical de urgență este antrenat să trateze problema prompt.

## Durere prelungită în piept? Învățați simptomele infarctului și ce e de făcut!



Ce trebuie să faceți dacă bănuiți că cineva suferă un infarct miocardic?

Sunați la 112 imediat.

Așezați persoana într-o poziție confortabilă, rămâneți cu el/ea și încercați să-i liniștiți.

Dacă persoana nu este alergică la aspirină, administrați-i 1/2 tabletă de aspirină (500 mg) pe care să o mestece. Dacă nu aveți o tabletă la îndemână sau nu știți dacă persoana este alergică la aspirină, rămâneți lângă el/ea până la sosirea ambulanței.

## Stiați că... ?

În România se derulează un Program Național de tratament intervențional al pacienților care suferă un infarct miocardic acut. Programul de tratament intervențional (coronarografie +/- angioplastie) în infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) a fost implementat începând cu anul 2010, iar în prezent există centre în București, Cluj-Napoca, Tg. Mureș, Timișoara, Oradea, Iași, Brașov, Suceava, Baia-Mare și Constanța.

### 4.3 Care sunt investigațiile cele mai utilizate pentru diagnosticul cardiopatiei ischemice?

**Electrocardiograma:** O electrocardiogramă ECG, redă activitatea electrică a țesutului cardiac. La pacienții care au durere ischemică există adesea modificări specifice pe ECG. Un ECG nemodificat înseamnă că un infarct este mai puțin probabil, dar nu exclude complet posibilitatea ca durerea să reprezinte de fapt angină sau infarct.

**Analize de sânge:** Analizele de sânge pot fi utilizate pentru a măsura anumite enzime care se găsesc în mod normal în mușchii inimii. În timpul unui infarct, celulele miocardice se distrug și enzimele din interiorul lor sunt eliberate în circulația sanguină. Testarea pentru enzimele cardiace este repetată de mai multe ori în decursul a câteva ore.

**Testul de efort** se efectuează numai de către medic, atât în spital, cât și ambulator. El constă în a merge pe un covor rulant care își crește progresiv viteza de rulare sau în a pedala la bicicletă. În timpul efortului vi se înregistrează continuu electrocardiograma și vi se monitorizează tensiunea arterială. Testul urmărește să reproducă durerea pe care dumneavoastră o acuzați la efort. În cazul în care apare durerea sau apar modificări pe electrocardiogramă, testul este considerat pozitiv și vi se va recomanda efectuarea unei coronarografii.

Există situații în care nu puteți efectua testul de efort, de exemplu, dacă aveți arterită sau pareză, dacă sunteți un mare hipertensiv sau dacă prezentați pe electrocardiograma de repaus modificări care

fac testul neinterpretabil (cum ar fi blocul major de ramură stângă). Pentru aceste situații există alte teste, cum ar fi **ecocardiografia** sau **scintigrafia de stres**. Cu ajutorul lor se vizualizează mișcarea inimii după injectarea unei substanțe care face ca aceasta să bată mai repede și să reproducă astfel efortul fizic. Decizia selectării investigațiilor aparține medicului.

O altă investigație importantă, care ar putea să fie recomandată de către medicul dumneavoastră, este **ecografia cardiacă**. Aceasta constă în explorarea cu ultrasunete a inimii. Ea poate pune în evidență modificări structurale, cum ar fi boli ale valvelor sau îngroșarea pereților inimii, sau modificări ale funcției inimii, cum ar fi mișcarea anormală a pereților (numită tulburare de cinetică).

**Tomografia computerizată pentru evaluarea scorului de calciu coronarian:** Evaluare scorului de calciu coronarian implică efectuarea unei tomografii computerizate speciale, cu estimarea probabilității bolii ischemice coronariene. Această investigație este non-invazivă și nu utilizează substanțe de contrast. Durează aproximativ 5 minute.

## 4.4 Coronarografia

### 4.4.1 Ce este coronarografia?

**Coronarografia** (anigografia coronariană) este o metodă de diagnostic care constă în introducerea unui tub foarte subțire, de cca

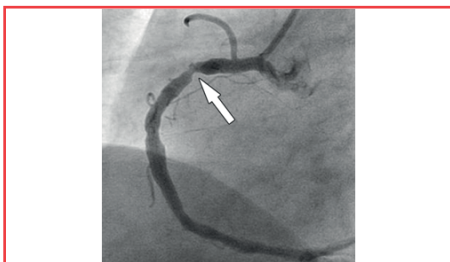


Figura 4 – Imagine angiografică cu artera coronară dreaptă care prezintă (săgeată) o zonă de îngustare (stenoză).

2 mm, numit cateter, prin artera radială/artera de la nivelul mâinii femurală (artera principală a membrului inferior), până la nivelul arterelor inimii (coronare), cu injectarea unei substanțe de contrast care permite vizualizarea directă a acestora (Figura 4).

Coronarografia se face cu anestezie locală, dumneavoastră fiind treaz și putând discuta cu medicul în timpul procedurii. Coronarografia se poate completa cu angioplastie, mai exact cu dilatarea prin umflarea unui balon la nivelul leziunii care îngustează vasul, urmată de implantarea unui tub metalic care să mențină vasul deschis (numit stent) (Figura 5).

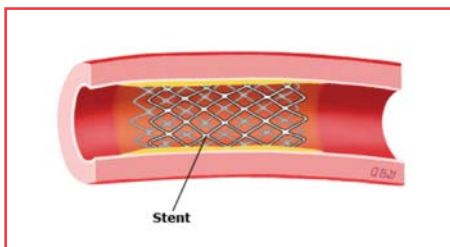


Figura 5 – Un stent este un tub mic de metal care ajută să mențină deschisă o arteră coronară. Unele stenturi sunt acoperite cu o substanță care scade riscul ca artera respectivă să se îngusteze sau să se blocheze din nou.

Uneori, vasele sunt afectate în mai multe locuri și/sau sever îngustate și nu permit această intervenție de dilatare. În aceste condiții, este posibil să vi să pună în vedere că soluția de care puteți beneficia este cea chirurgicală, de by-pass aorto-coronarian. Dacă ați avut un prim infarct necomplicat și la coronarografie s-a depistat o singură leziune care a fost dilatăată, prognosticul dumneavoastră este foarte bun, cu condiția să întrerupeți fumatul și să vă controlați prin dietă și medicamente ceilalți factori de risc pe care îi aveți (vezi **Capitolul 3**).

Așadar, coronarografia este o unealtă de diagnostic, dar care poate fi continuată de o etapă terapeutică – angioplastia sau implantarea

de stent. Aceasta este considerată la momentul actual cea mai bună modalitate de tratament în patologia coronariană. În infarctul miocardic acut se dorește efectuarea coronarografiei cât mai precoce după debutul durerii, însă aceasta nu se poate realiza decât în centre cu dotări speciale. Dacă se estimează că timpul de transport al pacientului către un centru în care se poate efectua coronarografia este prea lung sau dacă transportul nu este posibil, există o altă opțiune de tratament, numită tromboliză care presupune injectarea unei substanțe capabile să lizeze (să dizolve) cheaguri de sânge de la nivelul arterei coronare.

#### *4.4.2 Complicațiile coronarografiei*

Coronarografia este o metodă invazivă și comportă unele riscuri, dintre care unele importante. Din fericire, riscurile majore (deces, infarct miocardic sau accident vascular cerebral survenite în timpul procedurii) sunt rare, sub 1/1000 de cazuri. Alte riscuri mai mici, dar care pot fi neplăcute, constau în sângerarea la locul de puncție, apariția unei vânătăi sau a unui hematom local. De altfel, înainte de procedură, vi se vor explica riscurile și beneficiile intervenției și veți semna un formular de consimțământ.

#### *4.4.3 Limitările angioplastiei*

Deși angioplastia restabilește fluxul sanguin și ameliorează simptomatologia la peste 90% dintre pacienți, există un risc al reapariției simptomatologiei anginoase, fie ca rezultat al îngustării altor artere coronare fie din cauza restenozării vasului tratat. Restenoza suficient de severă încât să cauzeze simptome apare la:

- 30% din pacienții care au suferit o angioplastie cu balon, fără plasare de stent;
- 15% din pacienții care au primit un stent metalic simplu;
- mai puțin de 10% din pacienții care au primit un stent farmacologic activ.

## 5. Ce tratament cronic trebuie urmat?

Există mai multe categorii de medicamente care s-ar putea să vă fie recomandate în această boală, în funcție de severitatea bolii, factorii de risc pe care îi aveți, precum și răspunsul la tratament.

Nu toți cei care suferă de angină pectorală vor urma același tratament. Medicamentele folosite în tratamentul anginei pectorale pot acționa în diverse moduri:

- Reduc șansele formării de cheaguri (trombi) – antiagregantele plachetare.
- Cresc fluxul sanguin la nivelul inimii – nitrații și activatorii canalelor de potasiu.
- Reduc munca inimii – beta-blocantele și unele blocante de canale de calciu.
- Ajută la controlul colesterolului și al nivelurilor tensiunii arteriale.

**Nitrații** acționează prin dilatarea arterelor coronare, fiind de două categorii:

**Nitroglicerina** (tablete sublinguale sau spray) este folosită pentru calmarea atacului de angină de piept; se administrează sub limbă (nu se înghite) și se așteaptă câteva minute până la dizolvarea completă.

Nitrații cu acțiune prelungită, retard (izosorbid mononitrat sau dinitrat) se administrează pe cale orală (se înghit) la pacienții care fac accese frecvente de angină pectorală.

**Antiagregantele plachetare**, dintre care cel mai utilizat este aspirina, acționează prin împiedicarea formării de cheaguri în vasele coronare, reprezentând un tratament esențial și permanent al anginei pectorale. Aspirina pentru cardiaci se administrează în doză mică (75-100 mg/zi), de obicei pe stomacul plin. Chiar și în această doză, administrarea de aspirină poate avea reacții adverse, dintre care cele mai importante sunt riscul de sângerare și reacțiile alergice. Pentru prevenirea acestora, medicul dumneavoastră trebuie să știe dacă sunteți alergic la aspirină sau dacă ați avut ulcer gas-

tric/duodenal. Astfel, medicul dumneavoastră va stabili riscul și beneficiul în funcție de patologia asociată. **În cazul persoanelor care au fost tratate prin angioplastie cu stent, un al doilea medicament antiagregant plachetar va fi prescris împreună cu aspirina pentru a preveni restenoza intrastent.**

**Beta-blocantele** (metoprolol, bisoprolol, betaxolol, carvedilol etc) sunt medicamente esențiale în tratamentul anginei pectorale. Acționează prin scăderea frecvenței bătăilor cardiace și a consumului de oxigen al mușchiului inimii. În timpul tratamentului este important ca pacientul să-și urmărească frecvența cardiacă, care nu trebuie să scadă sub 50 de bătăi/minut în condiții de repaus (situație în care trebuie să vă anunțați medicul). **Tratamentul cu beta-blocante nu se va întrerupe brusc, deoarece există riscul agravării anginei sau chiar al precipitării unui infarct de miocard.**

**Ivabradina** este un medicament care reduce frecvența cardiacă și, în consecință, consumul de oxigen al inimii; în anumite condiții (astm bronșic, boală vasculară periferică), poate înlocui beta-blocantele în tratamentul anginei pectorale.

**Blocații canalelor de calciu** (diltiazem, verapamil, amlodipină, felodipină etc.) se folosesc pentru reducerea acceselor anginoase și pentru scăderea valorilor tensiunii arteriale, ca tratament asociat la nitrați și beta-blocante.

**Inhibitorii enzimei de conversie** (enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril etc) sunt asociați în tratamentul anginei pectorale în special la pacienții care au avut un infarct de miocard, sunt hipertensivi sau au fenomene de insuficiență cardiacă. Dintre reacțiile adverse care pot apărea în timpul tratamentului, cea mai frecventă este reprezentată de tusea seacă, situație în care inhibitorul de enzimă de conversie poate fi înlocuit cu un medicament din altă clasă, numit sartan.

**Statinele** (în ordine alfabetică: atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, rosuvastatin, simvastatin) sunt medicamente importante pentru reducerea grăsimilor care se depun în vas. Totodată, la pacienții cu ateroscleroză a arterelor inimii pot preveni apariția unui infarct



miocardic. Statinele sunt, în general, bine tolerate de către pacienți, efectele adverse fiind rare. În timpul tratamentului cu statine trebuie însă urmărite funcția ficatului (dozarea transaminazelor din sânge) și simptomele musculare. Rar poate apărea o inflamație a mușchilor (numită miozită); în consecință, anunțați medicul dacă în timpul tratamentului cu statine apar brusc dureri sau slăbiciune musculară.

**Activatorii canalelor de potasiu** (nicorandil) au un efect similar nitraților, relaxează pereții arterelor coronare și cresc fluxul sanguin la nivelul inimii.

Toate aceste medicamente utile în tratamentul anginei pectorale vor fi prescrise numai de medic. Contactul pacient-medic trebuie să fie permanent, cu vizite regulate, în funcție de gravitatea bolii. Un control obișnuit trebuie să decurgă în modul următor:

- Discuțați cu medicul curant dacă ați mai avut angină, care este frecvența și durata crizelor anginoase, dacă simțiți oboseală, respirație grea la efort sau în repaus sau dacă v-ați trezit din somn cu senzație de sufocare;
- Veți fi întrebat dacă ați respectat regimul prescris (dietă, medicamente), dacă ați scăzut în greutate (în cazul în care sunteți supraponderal) și care a fost ultima valoare a glicemiei (în cazul în care sunteți diabetic);
- Veți face un examen fizic general și vi se va măsura tensiunea arterială;
- Veți face o electrocardiogramă;
- Medicul dumneavoastră va stabili dacă necesitați investigații speciale (test de efort, ecocardiografie, coronarografie etc.) sau internare;
- Este bine să puneți întrebări dacă aveți lucruri neclare legate de tratament sau de boală în sine, eventual veniți cu o listă pregătită (scrisă), dacă vă temeți să nu omiteți ceva;

## Modificări în evoluția anginei despre care trebuie să-i spuneți medicului.

Dacă episoadele anginoase devin mai frecvente sau mai severe, sau dacă apar în repaus;

Dacă sprayul cu niroglicerină sau tabletele cu nitroglicerină sublingual par să fie mai puțin eficiente;

## 6. În loc de concluzii

- Cardiopatia ischemică este o boală care vă poate influența viitorul, dar care poate fi, la rândul ei, influențată de dumneavoastră;
- Controlați-vă permanent factorii de risc;
- Efectuați activitate fizică regulată;
- Recunoașteți simptomele de agravare a bolii și solicitați ambulanța sau prezentați-vă la cel mai apropiat spital de urgență;
- Urmați tratamentul prescris și faceți controale periodice.
- Respectând sfaturile date, veți putea ține sub control evoluția bolii și veți putea preveni complicațiile imediate și pe termen lung ale acesteia.

**Nu uitați:** multe persoane cu angină pectorală au o bună calitate a vieții și continuă să-și desfășoare activitățile zilnice. Depinde doar de dumneavoastră!