

Θεραπευτικές επιλογές στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της σταθερής στηθάγχης.

Δημήτριος Ἀθανασιάς, Ἐπεμβατικός Καρδιολόγος, Ἀν. Διευθυντής Β' Καρδιολογικῆς Κλινικῆς, Εὐρωκλινική Ἀθηνῶν.

Ἡ στεφανιαία νόσος παραμένει ἡ κύρια αἰτία νοσηρότητας καὶ θνησιμότητας στὴν Εὐρώπη καὶ γενικότερα στὶς ἀναπτυγμένες χώρες, ὀδηγώντας στὸ θάνατο κάθε χρόνο ἑκατοντάδες χιλιάδες ἀνθρώπους. Ἡ πιὸ συχνὴ ἐκδήλωση τῆς στεφανιαίας νόσου καὶ μάλιστα ἀπὸ τὴν ἐναρξὴ αὐτῆς εἶναι ἡ σταθερὴ στηθάγχη. Σὲ ποσοστὸ ἄνω τοῦ 50% τῶν στηθαγικῶν αὐτῶν ἀσθενῶν, ἡ πάθηση βεβαιώνεται μὲ στεφανιογραφία. Στηθάγχη ὀνομάζουμε τὸ σύμπτωμα ἐκεῖνο ποὺ προκαλεῖται ἀπὸ τὴν ἰσχαιμία τοῦ μυοκαρδίου, δηλαδή τὴν κακὴ αἰμάτωση τοῦ τοιχώματος τῆς καρδιάς,

συνήθως λόγω σοβαρῶν στενώσεων τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν. Ἡ στηθάγχη τὶς περισσότερες φορές περιγράφεται ὡς στυφοθυμικὸς πόνος ἢ βῆρος στὸ κέντρο τοῦ στήθους, πίσω ἀπὸ τὸ στέρνο καὶ συχνὰ συνυπάρχουν μούδιασμα στὸ ἀριστερὸ χέρι καὶ τὸ σαγόνι, ἐφίδρωση καὶ τάση πρὸς ἔμετο. Πιὸ σπάνια ἡ στηθάγχη μπορεῖ νὰ ἐκδηλώνεται μὲ πόνο ψηλὰ στὴν κοιλιά ἢ τὴν πλάτη ἢ ὡς αἴσθημα δύσπνοιας καὶ δυσφορίας. Ἡ στηθαγικὴ κρίση ἐμφανίζεται ὅταν ὁ ἀσθενὴς μας βρίσκεται σὲ σωματικὴ ἀσκηση ἢ ψυχικὸ στρέψ. Εἶναι χαρακτηριστικὸ ὅτι οἱ μισοὶ ἀσθενεῖς μετὰ ἀπὸ ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ἀλλὰ καὶ τὸ 10 μὲ 20% μετὰ ἀπὸ ἀγγειοπλαστικὴ ἢ ἐγχείρηση by-pass ἐμφανίζουν στηθάγχη μὲ ἀνάγκη κατάλληλης φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς.

Ὁ καρδιολόγος ἔχει στὴ διάθεσή του ἄρκετὰ φάρμακα, προκειμένου νὰ ἀνακουφίσει τὸν ἀσθενῆ μὲ στηθάγχη. Τὰ νηριώδη βραχείας δράσης, τὰ γνωστὰ ὑπογλῶσσια, εἶναι ἕνα ἀπὸ αὐτὰ γιὰ τὴν ὑποχώρηση τῆς στηθαγικῆς κρίσης. Νηριώδη βραδείας ἐνεργείας ἐπὶ 8-10 ὥρες χορηγοῦνται καὶ γιὰ πρόληψη στηθαγικῶν κρίσεων. Ὅμως, ἐδῶ περισσότερο ἀποτελεσματικὸ εἶναι οἱ ἀναστολεῖς ἀσβεστίου μὲ δράση κυρίως ἀγγειοδιασταλτικὴ καὶ οἱ β-ἀναστολεῖς, οἱ ὁποῖοι ἐπιβραδύνουν τὴν καρδιακὴ συχνότητα. Ἔτσι, μὲ τοὺς δύο αὐτοὺς ἀναστολεῖς μειώνονται οἱ ἀνάγκες σὲ ὀξυγόνο καὶ παράλληλα ἔχουμε καλύτερη αἰμάτωση τοῦ μυοκαρδίου. Χορηγοῦνται πάντα μὲ προσοχὴ, ἐπεὶδὴ ἐλαττώνεται ἡ ἀρτηριακὴ πίεση, ὅποτε καὶ



μὲ ἐλάττωση τῶν ἀρτηριακῶν σφυγμῶν ἀπὸ τοὺς β-ἀναστολεῖς μπορεῖ νὰ προκύψουν παρενέργειες, εἰδικὰ ὅταν πρόκειται γιὰ ἠλικιωμένους καὶ εὐάλωτους ἀσθενεῖς. Ἡ ἀδυναμία, ἡ ἔυκολη κόπωση καὶ τὰ ὑποτασικὰ ἐπεισόδια, ποὺ μποροῦν νὰ ὀδηγήσουν σὲ ἐπικίνδυνες λιποθυμίες, ἀποτελοῦν συχνὲς αἰτίες διακοπῆς τῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς. Εἶναι σαφές, λοιπόν, ὅτι ὑπάρχει ἡ ἀνάγκη γιὰ ἀντιστηθαγικὰ φάρμακα μὲ διαφορετικὸ, ἀλλὰ καὶ συμπληρωματικὸ ὡς πρὸς τὸν ὑπόλοιπο μηχανισμό δράσης.

Ἐνα τέτοιο φάρμακο εἶναι ἡ **ρανολαζίνη**. Ὁ μηχανισμὸς δράσης τῆς ἀφορᾷ στὴν ἀναστολὴ τῶν μεταβολικῶν διαταραχῶν, ποὺ σὲ ἐπίπεδο μυοκαρδιακοῦ κυττάρου προκαλοῦν ἀλλὰ καὶ συντηροῦν τὴν ἰσχαιμία. Παράλληλα, δὲν ἔχει καμία δράση στὴν ἀρτηριακὴ πίεση ἢ τὶς σφύξεις καὶ ἄρα μπορεῖ νὰ χορηγηθεῖ μὲ ἀσφάλεια, ἀκόμη καὶ στοὺς πιὸ ταλαιπωρημένους καὶ εὐάλωτους ἀσθενεῖς μὲ στηθάγχη. Ἀσθενεῖς μὲ ὑπόταση ἢ μὲ βραδυκαρδία, ποὺ μποροῦν νὰ πάρουν μικρὲς δόσεις ἢ νὰ διακόψουν τὰ κλασικὰ ἀντιστηθαγικὰ φάρμακα, τώρα ἔχουν τὴ δυνατότητα νὰ λάβουν τὴ ρανολαζίνη. Στὶς μελέτες τοῦ φαρμάκου αὐτοῦ φαίνεται ὅτι ἐπιτυγχάνεται σημαντικὴ αὐξηση τῆς διάρκειας ἀσκησης καὶ μείωση τῆς συχνότητας τῶν στηθαγικῶν ἐπεισοδίων, ὥστε νὰ ὑπάρχει μείωση λήψης ὑπογλῶσσιου νηριώδους.

Ἡ ρανολαζίνη χορηγεῖται δυὸ φορές τὴν ἡμέρα, πρῶι καὶ βράδυ, σὲ δόση 375 ἕως 750mg τὴ φορά. Οἱ πιὸ συνηθισμένες παρενέργειες τοῦ φαρμάκου εἶναι ἡ δυσκοιλιότητα καὶ αἴσθημα ναυτίας καὶ ζάλης, ποὺ συνήθως ὑποχωροῦν μὲ τὴ μείωση τῆς δόσης. Δὲν ὑπάρχουν σοβαρὲς ἀνεπιθύμητες παρενέργειες. Ἰδιαίτερο ἐνδιαφέρον ἔχουν τὰ ἀποτελέσματα μελετῶν, ποὺ ἔχουν γίνῃ εἰδικὰ σὲ ἀσθενεῖς μὲ σακχαρώδη διαβήτη. Στὶς μελέτες αὐτὲς φαίνεται ὅτι ἡ ρανολαζίνη εἶναι ἰδιαίτερα ἀποτελεσματικὴ γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῶν ἐπεισοδίων στηθάγχης, ἐνῶ παράλληλα βελτιώνει καὶ τὴ ρύθμιση τοῦ σακχάρου μειώνοντας τὴ γλυκοζιωμένη αἰμοσφαιρίνη. Ὅσο μεγαλύτερη εἶναι

ή γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη τόσο εϋνοϊκότερη είναι ή διπλή δράση τής ρανολαζίνης στο συγκεκριμένο ιδιαίτερα εϋάλωτο πληθυσμό. Ⓞ