GHIDUL PACIENTULUI

# AJUTORUL PACIENTULUI CU DISLIPIDEMIE

Ghid · Jurnalul analizelor · Plan pe 30 de zile · Checklist consultație · Mini-ghid

Cardio Clar

INFORMAȚIE CORECTĂ. EXPLICATĂ SIMPLU. CU SUFLET.

**Dr. Teodora Filan**

Medic primar cardiolog

CLARITATE · EMPATIE · RIGOARE · PREVENȚIE · ÎNCREDERE

# Bine ai venit

Dacă ai aflat că ai colesterolul mare sau medicul a scris pe scrisoarea medicală „dislipidemie", probabil ai deja câteva întrebări. Unele le-ai pus cu voce tare în cabinet. Altele au rămas doar în gând.

*„Dar eu mă simt bine. De ce să iau pastile?" „Nu ajunge să țin regim?" „Statinele nu strică ficatul?" „Cât timp trebuie să le iau? Toată viața?"*

Toate sunt întrebări normale. De fapt, sunt exact întrebările pe care e bine să le pui.

Materialul pe care îl ții acum în mână are cinci părți: un ghid care explică pe înțeles ce este dislipidemia și cum se tratează, o fișă în care îți notezi analizele și obiceiurile, un plan pe 30 de zile, un checklist pentru consultație și un mini-ghid pentru situațiile în care nu știi ce să faci.

Nu înlocuiește consultul medical și nu îți stabilește tratamentul. Este un punct de plecare pentru o conversație mai bună cu medicul tău.

**Cardio Clar** înseamnă informație corectă, explicată simplu, cu răbdare și fără să te sperie.

# Cuprins

1 **Ghidul pacientului cu dislipidemie**

2 **Fișa analizelor și jurnalul obiceiurilor**

3 **Planul meu pentru următoarele 30 de zile**

4 **Checklist pentru consultație**

5 **Mini-ghid: Ce fac când...?**

📖 **Surse medicale și notă importantă**

PARTEA 1

# Ghidul pacientului cu dislipidemie

*Tot ce e bine să înțelegi despre colesterol — explicat o singură dată, bine.*



## I. Să înțelegem colesterolul

Colesterolul are o reputație proastă. Măcar în parte, pe nedrept.

Este o grăsime de care corpul are nevoie. Intră în peretele fiecărei celule. Din el se fabrică unii hormoni, vitamina D și acizii biliari, care ne ajută să digerăm. Cea mai mare parte o produce chiar ficatul. Doar o parte vine din farfurie.

Problema nu este colesterolul în sine. Problema apare atunci când e prea mult și ajunge acolo unde nu-i este locul: în peretele arterelor.

### Cum circulă grăsimile prin sânge

Grăsimile nu se dizolvă în sânge, la fel cum uleiul nu se amestecă cu apa. De aceea sunt transportate în „pachete" speciale, numite **lipoproteine**. Le poți imagina ca pe niște vehicule mici, care duc colesterolul și trigliceridele prin tot corpul.

**LDL-colesterolul** — duce colesterolul spre țesuturi. Când este în exces, lasă colesterol în peretele arterelor. De aceea i se spune popular „colesterolul rău".

**HDL-colesterolul** — ia o parte din colesterolul în plus și îl duce înapoi la ficat. I se spune „colesterolul bun", deși povestea lui e mai complicată decât sugerează porecla.

**Trigliceridele** — sunt grăsimi folosite ca sursă de energie. Cresc mai ales după mese bogate, dulciuri și alcool.

**Curiozitate**

Cuvântul „colesterol" vine din limba greacă: *chole* înseamnă bilă, iar *stereos*, solid. Substanța a fost găsită prima dată în calculii biliari, în secolul al XVIII-lea — cu mult înainte să știm ce rol are în bolile de inimă.

# II. Ce este dislipidemia?

**Dislipidemia** înseamnă că grăsimile din sânge nu mai sunt în echilibru. Cel mai des, LDL-colesterolul este prea mare. Uneori trigliceridele sunt crescute sau HDL-colesterolul e prea mic. Alteori, toate trei deodată.

Vei auzi și alți termeni: **hipercolesterolemie** (colesterol mare) sau **hipertrigliceridemie** (trigliceride mari). Sunt forme ale aceleiași probleme.

## „Dar eu mă simt bine?"

Exact asta face colesterolul mare atât de ușor de ignorat. Nu doare. Nu amețește. Nu dă palpitații. Poate rămâne crescut ani la rând fără niciun semn.

Uneori, primul lucru pe care îl simte omul este chiar un infarct sau un accident vascular cerebral. De aceea îl căutăm prin analize, nu prin simptome.

> ✓ **De reținut**
> Te poți simți foarte bine și să ai colesterolul mare. Singura cale de a afla este o analiză de sânge.

## Semne pe care le observă uneori medicul

Rar, la valori foarte mari sau în formele moștenite, pot apărea mici depozite gălbui pe pleoape (**xantelasme**), îngroșări pe tendoane, mai ales pe tendonul lui Ahile (**xantoame**), sau un inel albicios la marginea irisului la o vârstă tânără (**arc cornean**).

Nu ai niciunul dintre ele? Este situația cea mai frecventă. Lipsa lor nu spune nimic despre analize.

## Cât de des întâlnim problema

Dislipidemia este unul dintre cei mai frecvenți factori de risc cardiovascular, alături de hipertensiune, fumat și diabet. Mulți oameni o au fără să știe, tocmai pentru că nu dă simptome. Iar România se află, în diagramele de risc ale Societății Europene de Cardiologie, în grupul țărilor cu risc cardiovascular foarte ridicat.

# III. Buletinul de analize, explicat

Analiza se numește **profil lipidic** sau **lipidogramă**. Este o recoltare obișnuită de sânge. Pe buletin vei găsi, de obicei:

| Ce scrie pe buletin | Ce înseamnă | De ce contează |
|---|---|---|
| **Colesterol total** | toate fracțiunile la un loc | util, dar spune puțin singur |
| **LDL-colesterol** | colesterolul care se depune în artere | ținta principală a tratamentului |
| **HDL-colesterol** | colesterolul dus înapoi la ficat | valorile mici se asociază cu risc mai mare |
| **Trigliceride** | grăsimile folosite pentru energie | considerate crescute peste 150 mg/dL |
| **Non-HDL-colesterol** | colesterolul total minus HDL | țintă secundară, utilă mai ales când trigliceridele sunt mari |

La unii pacienți, medicul mai poate cere **apolipoproteina B (ApoB)**, care „numără" practic particulele care se pot depune în artere, și **lipoproteina(a)**, despre care vorbim în capitolul următor.

## De ce nu există un singur „normal"

Intervalul tipărit pe buletin este calculat pentru populația generală. Pentru cineva care a avut un infarct, un LDL „în limite normale" poate fi mult prea mare. Pentru un om tânăr, fără alți factori de risc, aceeași valoare poate fi acceptabilă.

Ținta ta depinde de riscul tău. O găsești explicată în capitolul X.

✓ **De reținut**

Pe buletin contează mai ales LDL-colesterolul. Iar „normalul" tău îl stabilește medicul, după riscul tău cardiovascular, nu intervalul de laborator.

♡ **Curiozitate**

În România, rezultatele apar de obicei în mg/dL. Ghidurile europene folosesc mmol/L. Pentru colesterol, ca să treci de la mmol/L la mg/dL, înmulțești cu aproximativ 38,7. Pentru trigliceride, factorul este altul: aproximativ 88,5.

# IV. Lipoproteina(a) — moștenirea de familie

Unele lucruri le primim de la părinți: culoarea ochilor, forma mâinilor, râsul. Și nivelul unei particule numite **lipoproteina(a)**, scrisă pe scurt **Lp(a)**.

Lp(a) seamănă cu LDL, dar are „atașată" o proteină în plus. Nivelul ei este stabilit în cea mai mare parte genetic și se schimbă puțin de-a lungul vieții. Alimentația și sportul aproape nu o influențează.

## De ce contează

Valorile mari de Lp(a) cresc riscul de infarct, de accident vascular cerebral și de îngustare a valvei aortice — chiar și la oameni cu LDL bun. Actualizarea din 2025 a ghidului ESC/EAS consideră o valoare a Lp(a) **peste 50 mg/dL** (peste 105 nmol/L) un factor care crește riscul cardiovascular și care poate schimba încadrarea în categoria de risc.

## Cine ar trebui să o măsoare

Ghidurile europene recomandă măsurarea Lp(a) **cel puțin o dată în viață** la adulți. Pentru că se modifică puțin, de cele mai multe ori o singură determinare este suficientă.

Analiza e cu atât mai utilă dacă în familie au existat infarcte, stenturi sau accidente vasculare cerebrale la vârste tinere, ori dacă tu ai avut o boală cardiovasculară devreme, fără o explicație clară.

## Și dacă e mare?

Nu e un motiv de panică. E un motiv de atenție. Ce putem face sigur este să controlăm foarte bine ceilalți factori de risc: LDL-colesterolul, tensiunea, fumatul, glicemia. Uneori, asta înseamnă o țintă de LDL mai ambițioasă.

Medicamentele care scad specific Lp(a) sunt, la momentul scrierii acestui ghid, încă în studii. Medicul tău îți poate spune dacă au apărut noutăți.

Și încă ceva: dacă ai Lp(a) mare, este util să le spui rudelor de gradul I. Ar putea să-și facă și ele analiza.

♡ **Curiozitate**

Lipoproteina(a) a fost descrisă în 1963 de medicul norvegian Kåre Berg. A trecut mai bine de o jumătate de secol până să intre în recomandările de rutină.

# V. Cum se formează placa de aterom

Imaginează-ți o țeavă prin care curge apă cu calcar. Ani la rând nu observi nimic. Apoi, într-o zi, apa curge mai greu.

Arterele nu sunt țevi, dar ideea seamănă. Când LDL-colesterolul stă mult timp crescut, particulele lui pătrund în peretele arterei. Corpul reacționează ca la o rană: vin celule ale inflamației, se adună grăsime, apare o umflătură numită **placă de aterom**. Procesul se numește **ateroscleroză**.

## Unde își face simțită prezența

**Inima** — angină pectorală (durere sau apăsare în piept la efort), infarct miocardic.

**Creierul** — atac ischemic tranzitor, accident vascular cerebral.

**Picioarele** — arteriopatie periferică: dureri în gambe la mers, care trec la repaus.

**Rinichii și aorta** — îngustarea arterelor renale, anevrisme sau plăci pe aortă.

Placa poate crește încet și poate îngusta artera. Sau se poate fisura brusc. Pe locul fisurii se formează un cheag care astupă artera. Așa apar cele mai multe infarcte și multe dintre accidentele vasculare cerebrale.

## Contează și timpul

Riscul nu depinde doar de cât de mare este LDL azi, ci și de câți ani a stat crescut. Un colesterol mare la 35 de ani merită luat în serios, chiar dacă infarctul pare ceva „de mai târziu".

Partea bună: ghidurile spun clar că, cu cât LDL scade mai mult și cu cât stă jos mai mult timp, cu atât riscul scade mai mult.

> ✓ **De reținut**
>
> LDL-colesterolul nu este doar un număr pe buletin. Este o cauză directă a aterosclerozei. Iar scăderea lui reduce riscul de infarct și de accident vascular cerebral.

# VI. De ce apare dislipidemia

Rareori există o singură cauză. De obicei, se adună mai multe.

**Moștenirea genetică** — felul în care ficatul fabrică și elimină colesterolul se moștenește în mare parte.

**Alimentația** — multe grăsimi saturate (carne grasă, mezeluri, untură, unt, smântână, produse de patiserie) și grăsimi trans.

**Kilogramele în plus și sedentarismul** — influențează mai ales trigliceridele și HDL-colesterolul.

**Alcoolul** — crește trigliceridele, uneori foarte mult.

**Fumatul** — scade HDL-colesterolul și grăbește ateroscleroza.

**Vârsta și menopauza** — colesterolul tinde să crească odată cu anii; la femei, mai ales după menopauză.

## Când colesterolul mare are altă cauză

Uneori dislipidemia este **secundară**: o altă boală sau un medicament o produce ori o agravează. De aceea, la diagnostic, medicul poate cere și alte analize.

- tiroida care lucrează prea încet (hipotiroidismul);
- diabetul zaharat dezechilibrat;
- boala cronică de rinichi, mai ales cu pierdere de proteine în urină;
- unele boli de ficat cu stagnarea bilei;
- unele medicamente, de exemplu corticoizii sau anumite tratamente folosite după transplant ori în infecția HIV;
- sarcina, în care o creștere a lipidelor este, până la un punct, firească.

✓ **Mini-concluzie**

Când se tratează cauza — de exemplu hipotiroidismul — uneori și colesterolul se îmbunătățește. De aceea merită să-i spui medicului toate bolile și toate medicamentele pe care le iei.

# VII. Hipercolesterolemia familială

Sunt familii în care colesterolul mare „se moștenește” ca o trăsătură de familie. Iar infarctele apar devreme, uneori înainte de 50 de ani.

**Hipercolesterolemia familială** este o boală genetică în care ficatul nu reușește să elimine eficient LDL-colesterolul din sânge. Colesterolul este mare de la naștere, nu doar de la vârsta adultă. Arterele „adună” astfel ani în plus de expunere.

Ghidurile europene estimează că forma cea mai frecventă apare la aproximativ 1 din 200–250 de persoane. Cu toate acestea, mulți oameni nu știu că o au.

## Când ne gândim la ea

- LDL-colesterol foarte mare la un adult (de exemplu peste 190 mg/dL), fără altă explicație;
- LDL-colesterol mare la un copil sau la un adolescent;
- infarct, stent, bypass sau accident vascular cerebral la vârstă tânără în familie — la bărbați sub 55 de ani, la femei sub 60 de ani;
- xantoame pe tendoane sau arc cornean înainte de 45 de ani.

Diagnosticul îl pune medicul, pe baza unor criterii clinice și, uneori, a testului genetic.

## De ce e important să o știi

Pentru că se poate trata, iar tratamentul început devreme schimbă mult viitorul. Și pentru că, odată găsită la o persoană, merită verificate rudele de gradul I: părinți, frați, copii.

La copiii cu hipercolesterolemie familială, ghidurile ESC/EAS prevăd că tratamentul cu statină poate fi luat în calcul de la vârsta de 8–10 ani, la recomandarea specialistului.

✓ **De reținut**

Un LDL foarte mare nu înseamnă neapărat „mâncare multă” sau „ghinion”. Poate fi o moștenire de familie. Întreabă-ți medicul dacă merită verificați și ceilalți membri ai familiei.

# VIII. Riscul tău cardiovascular

Doi oameni pot avea același LDL și riscuri foarte diferite. Unul are 40 de ani, nu fumează și are tensiunea bună. Celălalt are 65 de ani, diabet și a avut deja un infarct.

De aceea medicul nu se uită doar la cifra colesterolului. Își pune o întrebare mai largă: cât de mare este riscul acestui om să facă un infarct sau un accident vascular cerebral în următorii ani?

## SCORE2 și SCORE2-OP

La persoanele fără boală cardiovasculară cunoscută și fără diabet, ghidurile ESC folosesc diagrame numite **SCORE2** (pentru 40–69 de ani) și **SCORE2-OP** (pentru 70–89 de ani). Ele estimează riscul de infarct, accident vascular cerebral sau deces de cauză cardiovasculară în următorii 10 ani. Se bazează pe vârstă, sex, fumat, tensiunea sistolică și colesterolul non-HDL.

Contează și țara în care trăiești. România este încadrată în grupul de țări cu risc foarte ridicat, așa că aceleași cifre înseamnă aici un risc mai mare decât, de exemplu, în Spania sau Franța.

## Categoriile de risc, pe scurt

**Risc foarte înalt** — boală cardiovasculară aterosclerotică documentată (infarct, stent, bypass, accident vascular cerebral, arteriopatie, plăci importante la investigații), diabet cu afectarea altor organe, boală cronică de rinichi severă, hipercolesterolemie familială asociată cu boală cardiovasculară sau cu alt factor major, ori un scor SCORE2 foarte mare.

**Risc înalt** — un singur factor foarte crescut (de exemplu LDL peste 190 mg/dL sau tensiune de 180/110 mmHg ori mai mare), hipercolesterolemie familială fără alți factori majori, mulți dintre pacienții cu diabet, boală cronică de rinichi moderată.

**Risc moderat și scăzut** — stabilite în principal după SCORE2/SCORE2-OP, vârstă și ceilalți factori.

*Lista este simplificată. Încadrarea exactă o face medicul, cu toate datele tale.*

## Ce poate muta pe cineva într-o categorie mai sus

Actualizarea din 2025 a ghidului dă mai multă greutate unor „modificatori de risc", utili mai ales la persoanele aflate la limită: Lp(a) peste 50 mg/dL, plăcile sau calciul coronarian văzute la investigații imagistice, bolile cardiovasculare la vârstă tânără în familie, inflamația cronică.

> ✓ **De reținut**
>
> Nu e obligatoriu să-ți calculezi singur scorul — dar poți, iar capitolul următor îți arată cum. Cel mai util rămâne să știi în ce categorie te afli. Întreabă direct: „Ce risc cardiovascular am eu?"

# • IX. Cum se calculează riscul — și cum îl poți afla și tu

Calculul riscului nu e o formulă secretă a medicului. Pornește de la câteva date simple, pe care le poți avea și tu la îndemână. Diagramele ESC transformă aceste date într-un procent: riscul de a face un infarct sau un accident vascular cerebral, fatal sau nu, în următorii 10 ani.

## Ce îți trebuie

**Vârsta și sexul** — riscul crește cu anii; la aceeași vârstă, de obicei e mai mare la bărbați.

**Fumatul** — da sau nu. Un fost fumător e trecut, de regulă, ca nefumător.

**Tensiunea sistolică** — prima cifră a tensiunii. Ideal, media mai multor măsurători, nu o singură valoare luată în grabă.

**Colesterolul total și HDL-colesterolul** — din ele se calculează colesterolul non-HDL (total minus HDL), pe care îl folosește SCORE2.

## Pentru cine e potrivit

**SCORE2** se folosește între 40 și 69 de ani, iar **SCORE2-OP** de la 70 de ani în sus. Ambele sunt pentru oamenii care **nu** au deja o boală cardiovasculară.

Dacă ai avut un infarct, un stent, un bypass sau un accident vascular cerebral, dacă ai boală cronică de rinichi, hipercolesterolemie familială, un LDL peste 190 mg/dL sau tensiune de 180/110 mmHg ori mai mare, calculatorul nu mai este necesar: riscul tău este deja considerat înalt sau foarte înalt. Pentru diabet există un calculator separat, SCORE2-Diabetes, folosit de medic.

## Un pas pe care mulți îl ratează: regiunea

Calculatoarele te întreabă în ce regiune de risc trăiești. Pentru România se alege **regiunea cu risc foarte înalt** („very high risk”). Dacă alegi altă regiune, rezultatul va ieși mai mic decât e în realitate.

## Cum citești rezultatul

| Vârsta | Risc scăzut–moderat | Risc înalt | Risc foarte înalt |
|---|---|---|---|
| **sub 50 de ani** | sub 2,5% | 2,5% – 7,4% | 7,5% sau peste |
| **50–69 de ani** | sub 5% | 5% – 9,9% | 10% sau peste |
| **70 de ani și peste** | sub 7,5% | 7,5% – 14,9% | 15% sau peste |

*Pragurile din ghidul ESC 2021 de prevenție cardiovasculară. Același procent înseamnă lucruri diferite la vârste diferite — de aceea pragurile sunt pe grupe de vârstă.*

## Ce nu îți spune scorul

Scorul e o estimare pentru oameni ca tine, nu o profeție pentru tine. Nu ține cont de Lp(a), de bolile de inimă din familie, de plăcile văzute la investigații sau de inflamația cronică — lucruri pe care medicul le adaugă în discuție. Iar un scor mic la 45 de ani nu înseamnă că riscul pe toată viața e mic, dacă LDL sau tensiunea sunt mari.

## Unde îl poți calcula

**Aplicația CardioClar** — „Asistentul tău antihipertensiv", gratuită, în limba română: îți notezi valorile și găsești o pagină despre riscul cardiovascular, cu țintele orientative din ghiduri — cardioclar.base44.app.

**HeartScore** — instrumentul oficial al Societății Europene de Cardiologie, în limba engleză — www.heartscore.org. Regiunile de risc: heartscore.org — risk regions.

**Calculatoarele SCORE2 și SCORE2-OP** — pe site-ul ESC — escardio.org — SCORE2 și SCORE2-OP.

✓ **De reținut**

Calculează-ți riscul ca să înțelegi, nu ca să decizi singur. Notează rezultatul și du-l la consultație. Tratamentul se stabilește împreună cu medicul, care vede tot tabloul.

# X. Ținta ta de LDL-colesterol

Ținta nu este un număr magic. Este o limită sub care riscul scade semnificativ. Cu cât riscul tău e mai mare, cu atât ținta e mai jos.

| Categoria de risc | Ținta LDL-colesterol |
|---|---|
| **Risc foarte înalt** | sub 55 mg/dL (1,4 mmol/L) și o scădere de cel puțin 50% față de valoarea de la început |
| **Risc înalt** | sub 70 mg/dL (1,8 mmol/L) și o scădere de cel puțin 50% față de valoarea de la început |
| **Risc moderat** | sub 100 mg/dL (2,6 mmol/L) |
| **Risc scăzut** | sub 116 mg/dL (3,0 mmol/L) |

*Țintele din ghidul ESC/EAS 2019, păstrate neschimbate în actualizarea din 2025. La pacienții care au avut un al doilea eveniment cardiovascular în mai puțin de doi ani, deși urmau tratament maxim tolerat, se poate lua în calcul o țintă și mai joasă, sub 40 mg/dL (1,0 mmol/L).*

## Două condiții, nu una

La riscul înalt și foarte înalt, ghidul cere două lucruri deodată: o valoare absolută (de exemplu sub 55 mg/dL) **și** o scădere de cel puțin jumătate față de valoarea de pornire. Dacă porneai de la 90 mg/dL, de exemplu, ajungi la țintă abia sub 45 mg/dL.

## „Nu e prea jos?”

Este una dintre cele mai frecvente îngrijorări. Studiile cu medicamentele moderne au arătat că valorile foarte mici de LDL sunt bine tolerate. Celulele își produc singure colesterolul de care au nevoie; nu depind de cel din sânge.

## Țintele secundare

Când trigliceridele sunt mari, medicul poate urmări și **colesterolul non-HDL** sau **ApoB**. Ele surprind mai bine toate particulele care se pot depune în artere.

✓ **De reținut**

Întreabă-ți medicul care e ținta ta de LDL și scrie-o în Fișa analizelor din Partea 2. Așa vei ști, la fiecare analiză, cât de aproape ești.

# XI. Analizele: cum și când le faci

## Pe nemâncate sau nu?

Pentru profilul lipidic obișnuit, ghidurile europene acceptă recoltarea și fără post. Diferențele sunt mici, mai ales la colesterol. Medicul sau laboratorul pot cere totuși să vii pe nemâncate — de exemplu când trigliceridele sunt mari. Întreabă înainte, ca să nu repeți analiza degeaba.

## Ce poate „strica" o analiză

- un regim drastic ținut doar în săptămâna dinaintea analizelor — arată o imagine care nu e cea de zi cu zi;
- o masă festivă bogată sau o seară cu alcool în ziua dinainte — mai ales pentru trigliceride;
- o boală acută, o infecție sau o operație mare recentă — valorile pot fi temporar modificate.

## Cât de des?

După începerea sau schimbarea tratamentului, profilul lipidic se repetă de regulă după **4–12 săptămâni**, ca să vedem efectul. După ce ai ajuns la țintă, de obicei **o dată pe an**, dacă medicul nu stabilește altfel.

## Alte analize pe care le poți vedea pe bilet

**Transaminazele (ALT)** — se fac înainte de tratament și, uneori, la control.

**Creatinkinaza (CK)** — mai ales dacă apar dureri musculare.

**Glicemia sau hemoglobina glicată** — pentru diabet sau prediabet.

**TSH** — pentru a verifica tiroida, una dintre cauzele secundare.

**Creatinina** — pentru funcția rinichilor.

✓ **De reținut**

Păstrează-ți toate buletinele, în ordine. Evoluția în timp spune mult mai mult decât o singură analiză.

# XII. Farfuria care ajută

Alimentația nu este „pedeapsa” de după diagnostic. Este una dintre cele mai sigure intervenții pe termen lung. Iar modelul recomandat nu e o dietă exotică: seamănă mult cu bucătăria mediteraneană.

## Ce scade LDL-colesterolul

**Mai puține grăsimi saturate** — carne grasă, mezeluri, untură, unt, smântână, brânzeturi grase, ulei de palmier, produse de patiserie.

**Fără grăsimi trans** — se ascund în unele produse industriale coapte sau prăjite. Pe etichetă apar ca „grăsimi parțial hidrogenate”.

**Grăsimi bune în locul lor** — ulei de măsline sau de rapiță, nuci, semințe, pește.

**Fibre** — ovăz, orz, cereale integrale, fasole, linte, năut, legume și fructe.

## Ce scade trigliceridele

- mai puțin alcool — sau deloc, dacă valorile sunt foarte mari;
- mai puține dulciuri, sucuri îndulcite și făinoase rafinate;
- porții mai mici și câteva kilograme în minus;
- pește, mai ales pește gras, de una–două ori pe săptămână.

## Și ouăle?

Colesterolul din alimente influențează LDL mai puțin decât grăsimile saturate. Un ou, din când în când, încape într-o alimentație echilibrată. Contează mai mult ce pui alături: ouă cu legume sau ouă cu cârnați și slănină?

## Un exemplu de zi obișnuită

Dimineața, fulgi de ovăz cu iaurt și un fruct. La prânz, o ciorbă de legume și pește la cuptor cu salată. Seara, o tocăniță de linte sau năut. Între mese, o mână de nuci. Nimic spectaculos. Tocmai asta e ideea.

> ✓ **De reținut**
>
> Ce funcționează nu este o „cură”, ci felul în care mănânci în fiecare zi. La mulți pacienți, alimentația singură nu scade LDL suficient — de aceea farfuria și tratamentul merg de obicei împreună, nu una în locul celeilalte.

# XIII. Mișcarea, greutatea, fumatul și alcoolul

## Mișcarea

Ghidurile ESC recomandă **150–300 de minute pe săptămână** de activitate moderată — mers alert, bicicletă, înot — sau 75–150 de minute de efort intens. Asta înseamnă, de exemplu, 30 de minute de mers alert, cinci zile pe săptămână.

Mișcarea scade trigliceridele, crește ușor HDL-colesterolul și ajută tensiunea și glicemia. Și orice minut contează. Chiar dacă azi au fost doar zece.

Dacă ai o boală de inimă sau n-ai mai făcut sport de mult, discută cu medicul înainte de un efort intens.

## Greutatea

Nu e nevoie de o transformare spectaculoasă. O scădere de 5–10% din greutate poate îmbunătăți vizibil trigliceridele, glicemia și tensiunea.

## Fumatul

Fumatul scade HDL-colesterolul, lezează peretele arterelor și favorizează formarea cheagurilor. Renunțarea la fumat este una dintre cele mai eficiente decizii pentru inimă, la orice vârstă. Țigările electronice și tutunul încălzit nu sunt o soluție sigură pentru arterele tale. Medicul de familie sau un program de renunțare la fumat te pot ajuta.

## Alcoolul

Ideea că un pahar de vin „protejează inima” nu mai este susținută de dovezile recente. Alcoolul crește trigliceridele și tensiunea. Cu cât mai puțin, cu atât mai bine.

> ✓ **Mini-concluzie**
>
> Nu trebuie să schimbi totul deodată. Alege un singur obicei pe care îl poți ține o lună. Apoi încă unul. Planul din Partea 3 te ajută exact cu asta.

# XIV. Statinele — cum lucrează

La cei mai mulți pacienți, tratamentul colesterolului mare începe cu o **statină**. Este, probabil, unul dintre cele mai studiate medicamente din istoria medicinei: zeci de studii mari, sute de mii de participanți, peste trei decenii de folosire.

## Ce fac, de fapt

Statinele frânează o enzimă din ficat de care e nevoie pentru fabricarea colesterolului. Ficatul, rămas cu mai puțin colesterol, își mărește „antenele" (receptorii pentru LDL) și extrage mai mult LDL din sânge. Rezultatul: LDL scade. O statină de intensitate mare îl poate reduce cu aproximativ 50%.

Și, mai important decât cifra de pe buletin: statinele scad riscul de infarct, de accident vascular cerebral și de deces de cauză cardiovasculară. Beneficiul este cu atât mai mare cu cât riscul tău e mai mare.

## Statinele folosite

Pe rețetă și în prospect vei găsi substanța activă (DCI): **atorvastatină, rosuvastatină, simvastatină, pravastatină, fluvastatină, pitavastatină**. Pe cutie apare, de obicei, și un nume comercial. Medicul alege statina și doza potrivite pentru tine.

## Când se iau

Atorvastatina și rosuvastatina acționează mult timp, așa că pot fi luate la orice oră. Pentru statinele cu acțiune mai scurtă, cum este simvastatina, se recomandă de obicei administrarea seara. Cel mai important este să o iei în fiecare zi, cam la aceeași oră.

## Cât timp?

De regulă, pe termen lung. Statina nu „vindecă" colesterolul mare. Îl ține sub control cât timp o iei. Dacă o oprești, LDL revine în câteva săptămâni aproape la valorile de dinainte.

Nu creează dependență. Ai nevoie de ea în continuare din același motiv pentru care ai nevoie de ochelari în continuare: pentru că problema pe care o corectează e tot acolo.

♡ **Curiozitate**

Prima statină a fost găsită într-o ciupercă, de un cercetător japonez, Akira Endo, în anii '70. A urmat o poveste lungă de studii și verificări până la medicamentele de azi — care sunt, de mult timp, generice și accesibile.

✓ **De reținut**

Analizele sunt bune pentru că iei statina — nu sunt un semn că nu mai ai nevoie de ea. Orice oprire sau schimbare se discută cu medicul.

# XV. Ce fac statinele în arterele tale

Cifra de pe buletin este doar partea vizibilă. Ce contează cu adevărat se întâmplă acolo unde nu vedem: în peretele arterelor.

## Mai puțin „combustibil" pentru placă

Când LDL scade, intră mai puțin colesterol în peretele arterei. Placa nu mai primește material nou la fel de des și crește mult mai încet. La unii oameni, aproape deloc.

## Placa devine mai stabilă

Aici e partea cea mai puțin cunoscută și, poate, cea mai importantă. Multe infarcte nu pornesc de la plăcile cele mai mari, ci de la plăcile „moi": cu un miez bogat în grăsime și un capac subțire, care se poate fisura. Pe fisură se formează cheagul care astupă artera.

Sub tratament, miezul de grăsime se micșorează, capacul fibros care acoperă placa se îngroașă, iar inflamația din interiorul ei scade. Placa devine mai „cuminte": mai greu de rupt.

## Uneori, placa chiar se micșorează

Studiile care au măsurat plăcile din interiorul arterelor coronare, cu ecografie făcută chiar din interiorul vasului, au arătat că atunci când LDL scade mult, cu statine de intensitate mare, volumul plăcii a scăzut ușor la mulți pacienți. Placa nu dispare. Dar nu mai crește, iar asta schimbă mult.

## Ce înseamnă în cifre

Marile analize care au adunat datele din studiile cu statine (colaborarea internațională CTT) au arătat o regulă simplă: fiecare scădere a LDL cu aproximativ 39 mg/dL (1 mmol/L) reduce riscul de evenimente vasculare majore — infarct, accident vascular cerebral, nevoia de stent sau bypass — cu aproximativ o cincime.

Cu cât LDL scade mai mult și cu cât rămâne jos mai mult timp, cu atât beneficiul crește. În primul an, efectul e mai mic. În anii care urmează, se adună.

**♡ Curiozitate**

La unii pacienți tratați ani la rând cu statină, scorul de calciu coronarian poate crește. Pare un paradox, dar o placă stabilizată se poate calcifica mai mult — iar calciul o face mai rigidă, nu mai periculoasă. Interpretarea scorului sub tratament se face împreună cu medicul.

**✓ De reținut**

Statina nu doar „scade un număr". Încetinește creșterea plăcii, o face mai stabilă și, uneori, o micșorează. Asta înseamnă mai puține infarcte și mai puține accidente vasculare cerebrale.

# XVI. Mai mult decât colesterolul: efectele pleiotrope

Cuvântul sună complicat, dar ideea e simplă. „Pleiotrop" vine din greacă și înseamnă, aproximativ, „în mai multe direcții". Medicii folosesc termenul pentru efectele statinelor care merg dincolo de scăderea LDL.

**Inflamația** — statinele scad proteina C reactivă înalt sensibilă (hs-CRP), un marker al inflamației care se asociază cu riscul cardiovascular.

**Endoteliul** — stratul foarte subțire care căptușește arterele pe dinăuntru. Statinele îl ajută să producă oxid nitric, o substanță care relaxează vasul și îl protejează.

**Placa** — reduc inflamația din interiorul plăcii și contribuie la stabilizarea ei.

**Coagularea** — în studiile de laborator, au și efecte ușoare asupra trombocitelor și a coagulării.

## Cât contează, de fapt?

Aici e bine să fim cinstiți. Cea mai mare parte a beneficiului statinelor se explică prin scăderea LDL. Medicamentele care scad LDL pe alte căi — ezetimibul sau anticorpii anti-PCSK9 — reduc riscul cam în aceeași măsură, raportat la cât de mult scad LDL.

Efectele pleiotrope sunt reale în studiile de laborator și în cele care măsoară inflamația sau funcția vaselor. Cât adaugă ele în plus, la un pacient anume, este încă discutat de specialiști.

## Ce ne-au învățat

Un studiu mare, numit JUPITER, a inclus oameni fără boală cardiovasculară, cu LDL care nu era foarte mare, dar cu inflamație crescută (hs-CRP crescut). Cei care au primit rosuvastatină au avut mai puține infarcte și accidente vasculare cerebrale decât cei care au primit placebo.

Ideea că inflamația contează a intrat și în ghiduri: actualizarea ESC/EAS din 2025 recunoaște un hs-CRP peste 2 mg/L ca factor care poate crește riscul estimat, mai ales la persoanele aflate la limită.

**✓ De reținut**

Nu luăm statina „pentru efectele pleiotrope". O luăm pentru că scade riscul de infarct și de accident vascular cerebral. Efectele asupra inflamației și a peretelui arterei sunt o parte frumoasă a poveștii — nu toată povestea.

# XVII. Temerile despre statine — ce spun dovezile

Teama de un medicament luat ani la rând e firească. Merită răspunsuri serioase, nu liniștiri grăbite de tipul „nu-i nimic, luați-l". Hai să le luăm pe rând.

## „Statinele îmi distrug mușchii."

Durerile musculare sunt efectul cel mai des invocat. Și totuși, două tipuri de studii au schimbat felul în care le înțelegem.

În studiul SAMSON, oameni care renunțaseră la statine din cauza efectelor adverse au primit, pe rând, luni la rând, statină, o pastilă fără substanță activă (placebo) și nicio pastilă — fără să știe ce iau. Disconfortul resimțit cu placebo a fost aproape la fel de mare ca cel cu statina: aproximativ 90% din simptome apăreau și cu pastila „goală".

În 2022, o analiză a colaborării CTT, cu date de la peste 120.000 de participanți din studii în care nimeni nu știa cine ia statină, a arătat că peste 90% dintre plângerile musculare ale celor care luau statină nu erau produse de statină.

Asta nu înseamnă că îți imaginezi durerea. Durerea e reală. Doar că, de cele mai multe ori, cauza e alta: efortul, vârsta, o răceală, oboseala — sau așteptarea că pastila va durea. Acesta este **efectul nocebo**: când așteptăm să ne facă rău ceva, simțim mai ușor orice disconfort și i-l atribuim. Leziunea musculară gravă (rabdomioliza) există, dar este foarte rară.

## „Statinele strică ficatul."

La un număr mic de pacienți apar creșteri ușoare ale transaminazelor, de obicei fără importanță. Afectarea serioasă a ficatului este foarte rară. Medicul verifică ALT înainte de început și, la nevoie, pe parcurs.

## „Statinele dau diabet."

Pot crește ușor glicemia, mai ales la cei care aveau deja valori la limită. O analiză mare a studiilor a pus lucrurile în balanță: la 255 de oameni tratați timp de patru ani apare, în medie, un caz în plus de diabet — iar în același timp se previn aproximativ cinci evenimente cardiovasculare majore. Balanța înclină clar spre tratament, inclusiv la pacienții care au deja diabet.

## „Statinele afectează memoria."

Au existat relatări izolate de tulburări de memorie, reversibile. Studiile mari și urmăririle pe termen lung nu au confirmat însă că statinele produc demență sau declin al memoriei.

Merită privit și din partea cealaltă. Memoria are nevoie de vase de sânge sănătoase. Creierul e hrănit de o rețea foarte fină de artere mici. Când acestea sunt afectate ani la rând — de tensiune mare, colesterol, diabet, fumat — pot apărea mici accidente vasculare, multe dintre ele „tăcute", fără simptome evidente pe moment. Se adună în timp și pot afecta memoria, atenția și viteza de gândire.

Această **boală a vaselor mici cerebrale** este una dintre cauzele importante ale declinului cognitiv și ale **demenței vasculare**, a doua formă de demență ca frecvență, după boala Alzheimer. Uneori, cele două coexistă.

Ce știm sigur este că statinele scad riscul de accident vascular cerebral. Unele studii observaționale sugerează și un risc mai mic de demență la cei care le iau; dovada definitivă încă lipsește. Dar ideea de fond rămâne: ce protejează arterele inimii protejează, în mare parte, și arterele creierului.

## „Statinele dau cancer."

Analizele care au urmărit sute de mii de pacienți timp de mulți ani nu au arătat o creștere a riscului de cancer.

## „Colesterolul nu are nicio legătură cu bolile de inimă."

Dovezile vin din direcții diferite și spun același lucru: oamenii născuți cu LDL mic, din motive genetice, au toată viața mai puține infarcte; medicamentele care scad LDL pe căi complet diferite reduc toate riscul; iar cu cât scade mai mult LDL, cu atât beneficiul e mai mare. Societatea Europeană de Ateroscleroză consideră LDL-colesterolul o cauză a aterosclerozei, nu doar un semn al ei.

## „Dacă țin regim, nu mai am nevoie de pastile."

Pentru cineva cu risc scăzut, uneori alimentația și mișcarea ajung. La risc înalt sau foarte înalt, dieta singură scade rar LDL suficient. Nu e o alegere între una și alta.

**♡ Pentru tine**

E normal să ai îndoieli. Nu e bine să rămâi singur cu ele. Scrie-le pe o foaie și adu-le la consultație: un medic bun preferă o întrebare pusă la timp unei pastile oprite în tăcere.

# XVIII. De unde vine frica: marketingul negativ

Puține medicamente au avut atâta presă proastă cât statinele. Și, paradoxal, puține medicamente au fost verificate atât de mult.

## Cum arată un titlu care sperie

„Pastila pe care medicii o dau tuturor." „Ce nu ți se spune despre colesterol." „Mi-a distrus mușchii." Sunt titluri construite să fie distribuite, nu să explice. Povestea unui singur om, oricât de sinceră, nu poate cântări cât datele a sute de mii de oameni urmăriți ani de zile.

## Ce s-a întâmplat în Danemarca

Cercetători danezi au urmărit aproape 700.000 de persoane care începeau tratamentul cu statine. În perioadele cu multe știri negative despre statine, mai mulți oameni renunțau devreme la tratament. Iar cei care renunțau devreme au avut, în anii următori, mai des infarcte și decese de cauză cardiovasculară.

Cu alte cuvinte: un titlu alarmist nu e doar un titlu. Poate avea consecințe reale.

## Efectul nocebo, din nou

Dacă citești de zece ori că o pastilă dă dureri musculare, prima durere de după grădinărit devine „de la pastilă". Nu pentru că ești naiv. Așa funcționează mintea tuturor.

## Cine câștigă din frică?

Statinele sunt de mult timp medicamente generice, ieftine. Nu sunt o afacere spectaculoasă pentru nimeni. În schimb, frica de statine vinde foarte bine: suplimente „naturale", ceaiuri, cure, cursuri, consultații „alternative".

Autorii ghidului european din 2025 au remarcat același lucru: informațiile greșite citite online îi împing pe unii pacienți spre suplimente. Iar ironia e că unul dintre cele mai vândute produse „naturale" pentru colesterol, drojdia de orez roșu, conține chiar o statină — doar că în cantități necontrolate.

## Cum verifici o informație

- cine scrie și ce vinde, de fapt;
- se bazează pe studii sau pe povești?
- promite „fără niciun efect advers" sau „vindecare naturală"?
- te îndeamnă să oprești un tratament prescris? Acesta e cel mai sigur semnal de alarmă;
- dacă ai dubii, întreabă medicul sau farmacistul — nu comentariile.

✓ **De reținut**

Nu e nevoie să crezi orbește nici medicamentele, nici titlurile. E nevoie să întrebi. Iar o întrebare pusă la consultație costă mai puțin decât o pastilă oprită.

# XIX. Dacă apar dureri musculare

Ai început statina și, după câteva săptămâni, simți picioarele grele sau dureroase. Ce faci?

**Nu opri tratamentul de unul singur** — anunță medicul. Oprirea fără plan te lasă fără protecție exact când ai mai mare nevoie de ea.

**Notează** — unde doare, de când, dacă e mai degrabă slăbiciune sau crampe, dacă ai făcut un efort neobișnuit, dacă ai început alt medicament.

**Analize** — medicul poate cere creatinkinaza (CK) și, uneori, alte analize.

**Soluții** — o altă statină, o altă doză, un ritm diferit de administrare, combinația cu ezetimib sau alte medicamente care nu sunt statine.

Intoleranța adevărată — situația în care nu poți lua nicio statină în doza necesară — este mai rară decât se crede. Cei mai mulți pacienți găsesc, împreună cu medicul, o variantă pe care o tolerează.

Iar dacă statinele nu sunt o opțiune, există alternative. Despre ele vorbim în capitolele următoare.

## Cum se lămurește dacă vine de la statină

Uneori medicul recomandă o pauză scurtă, sub supraveghere, apoi reluarea tratamentului — cu aceeași statină sau cu alta, eventual într-o doză mai mică. Dacă durerile dispar la oprire și revin la reluare, legătura cu statina devine mai probabilă. Pașii aceștia se fac împreună cu medicul, nu pe cont propriu.

**⚠ Mergi la urgențe dacă**

ai dureri musculare foarte puternice, o slăbiciune marcată și urina devine închisă la culoare, ca ceaiul negru sau ca o băutură cola. Sunt semne rare, dar care trebuie evaluate în aceeași zi.

# XX. Ezetimibul și combinațiile

Ficatul fabrică cea mai mare parte a colesterolului, dar o parte vine din intestin. Aici acționează **ezetimibul**: scade absorbția colesterolului din intestin.

Adăugat la o statină, scade LDL cu încă aproximativ 20–25%. Se ia o dată pe zi și este, de regulă, bine tolerat.

Există și **combinații fixe**: statină și ezetimib în aceeași tabletă. Mai puține pastile înseamnă, de multe ori, mai puține uitări.

Ezetimibul se poate lua la orice oră, cu sau fără mâncare, de obicei odată cu statina. Efectele adverse sunt rare: uneori disconfort digestiv, dureri de cap sau oboseală.

## De ce combinații?

La pacienții cu risc foarte înalt, o singură statină nu ajunge adesea la țintă. Ghidurile recomandă ca medicamentele care nu sunt statine — ezetimibul, acidul bempedoic sau anticorpii anti-PCSK9 — să fie adăugate la statina în doza maximă tolerată, atunci când ținta nu e atinsă.

După un sindrom coronarian acut, actualizarea din 2025 merge mai departe: tratamentul intensiv începe devreme, încă din spital, iar la unii pacienți combinația poate fi pornită direct, fără să se aștepte efectul statinei singure. Pe scurt: mai devreme și mai jos.

## Cât poate scădea LDL, în medie

| Tratament | Scădere aproximativă a LDL |
|---|---|
| **Statină de intensitate moderată** | în jur de 30% |
| **Statină de intensitate mare** | în jur de 50% |
| **Statină de intensitate mare + ezetimib** | în jur de 65% |
| **Anticorp anti-PCSK9 singur** | în jur de 60% |
| **Statină de intensitate mare + anti-PCSK9 + ezetimib** | în jur de 85% |

*Valori medii, după ghidul ESC/EAS 2019. Răspunsul fiecărui om poate fi diferit — de aceea repetăm analizele.*

## Ce înseamnă „doza maximă tolerată”

Nu înseamnă neapărat doza cea mai mare care există. Înseamnă cea mai mare doză pe care o tolerezi bine. Pentru unii pacienți, aceasta este doza maximă; pentru alții, una mai mică, la care se adaugă alt medicament.

✓ **De reținut**

Dacă medicul îți adaugă un al doilea medicament, nu înseamnă că „ai ajuns mai rău”. Înseamnă că ținta ta cere mai mult decât poate face o singură pastilă.

# XXI. Tratamentele mai noi

În ultimii ani au apărut medicamente care ajută pacienții care nu ajung la țintă sau nu pot lua statine.

## Acidul bempedoic

Este un comprimat care scade producția de colesterol în ficat, pe o cale apropiată de cea a statinelor. Ghidul ESC/EAS din 2025 îl recomandă la pacienții care nu pot lua statine, pentru a ajunge la ținta de LDL, și îl propune ca adăugare la statină și ezetimib la cei cu risc înalt sau foarte înalt. Poate crește acidul uric — spune-i medicului dacă ai avut gută.

## Anticorpii anti-PCSK9

**Alirocumab** și **evolocumab** sunt injecții sub piele pe care pacientul și le face singur, acasă, cu un stilou injector, la două sau la patru săptămâni. Scad LDL cu aproximativ 60% și au redus evenimentele cardiovasculare în studii mari.

## Inclisiranul

Acționează pe aceeași țintă, dar altfel: „îi spune" ficatului să producă mai puțin PCSK9. Se administrează ca injecție, de către personal medical; după primele două doze, de două ori pe an.

## Cine le primește

De obicei, pacienții cu risc foarte înalt sau cu hipercolesterolemie familială care nu ajung la țintă cu statină și ezetimib, ori care nu tolerează statinele. Accesul și decontarea au criterii stabilite la nivel național. Medicul cardiolog îți poate spune dacă te încadrezi.

**♡ Curiozitate**

Proteina PCSK9 a fost descoperită în 2003. Cercetătorii au observat apoi că unii oameni, cu variante genetice care o „opresc", aveau LDL foarte mic toată viața și foarte puține infarcte. Așa a apărut ideea medicamentelor de azi.

# XXII. Când trigliceridele sunt mari

Trigliceridele răspund la stilul de viață mai repede decât LDL. Alcoolul, dulciurile, făinoasele rafinate, kilogramele în plus și diabetul dezechilibrat le pot crește în câteva săptămâni.

Ghidurile ESC consideră crescute trigliceridele **peste 150 mg/dL**. Valorile moderat crescute se asociază cu un risc cardiovascular mai mare. Valorile foarte mari — de ordinul a **peste 880 mg/dL** (10 mmol/L) — cresc riscul de **pancreatită acută**, o inflamație serioasă a pancreasului.

| Trigliceride (mg/dL) | Ce înseamnă |
|---|---|
| **sub 150** | valoare dorită |
| **150–880** | crescute ușor până la moderat — contează pentru riscul cardiovascular |
| **peste 880** | foarte mari — risc de pancreatită; cer evaluare rapidă |

## Trigliceridele și diabetul

Trigliceridele mari merg adesea mână în mână cu glicemia mare, cu grăsimea de pe abdomen și cu un HDL mic. Când diabetul se echilibrează, trigliceridele scad de multe ori vizibil. De aceea, la un buletin cu trigliceride mari, medicul se uită și la glicemie.

## Ce ajută cel mai mult

- oprirea sau reducerea importantă a alcoolului;
- mai puțin zahăr și mai puține băuturi îndulcite, inclusiv sucurile de fructe;
- scăderea în greutate și mișcarea regulată;
- echilibrarea diabetului;
- verificarea medicamentelor care pot crește trigliceridele, împreună cu medicul.

## Tratamentul

Statinele scad și ele trigliceridele, pe lângă LDL. La unii pacienți, medicul poate adăuga un **fibrat** (de exemplu fenofibrat) sau o formă purificată de omega-3, **icosapent etil**, eliberată pe rețetă, la pacienți cu risc înalt atent selectați. Acestea nu sunt totuna cu capsulele de omega-3 din comerț.

**⚠ Mergi la urgențe dacă**

ai trigliceride foarte mari și apare o durere puternică în partea de sus a abdomenului, care poate merge spre spate, cu greață sau vărsături.

# XXIII. Suplimentele „pentru colesterol”

Drojdia de orez roșu. Capsulele de usturoi. Omega-3 din comerț. Ceaiurile „pentru curățarea arterelor”. Rafturile sunt pline de promisiuni, iar unele sună foarte convingător.

În 2025, ghidul ESC/EAS a analizat dovezile și a dat o recomandare clară: **suplimentele alimentare și vitaminele fără siguranță documentată și fără un efect important asupra LDL nu sunt recomandate** pentru reducerea riscului cardiovascular. Autorii nu au găsit niciun supliment care să fie, în același timp, sigur și eficient pentru prognosticul inimii.

## Cazul drojdiei de orez roșu

Conține monacolină K — practic aceeași substanță cu un medicament, lovastatina. Doar că, în supliment, cantitatea poate varia și nu este controlată ca la un medicament. Din motive de siguranță, Uniunea Europeană a limitat strict cantitatea de monacoline permisă în suplimente.

Cu alte cuvinte: dacă „funcționează”, funcționează ca o statină — cu aceleași posibile efecte adverse, dar fără garanțiile unui medicament.

## Atunci, suplimentele sunt toate inutile?

Nu. Unele își au rostul în situații clare — de exemplu vitamina D sau fierul, atunci când există un deficit dovedit. Dar nu înlocuiesc un tratament studiat pentru colesterol.

Usturoiul rămâne foarte bun în mâncare. În locul tratamentului, mai puțin.

## Cum recunoști o promisiune prea frumoasă

- „curăță arterele” sau „dizolvă plăcile” în câteva săptămâni;
- „fără niciun efect advers”, „100% natural”;
- „ce nu vor medicii să afli”;
- povești emoționante în loc de studii;
- presiune să cumperi repede, „doar azi la reducere”.

✓ **De reținut**

Dacă iei suplimente, spune-i medicului — unele interacționează cu medicamentele. Și nu întrerupe statina ca să o înlocuiești cu un produs „natural”.

# XXIV. Interacțiuni de știut

Statinele se înțeleg bine cu cele mai multe medicamente. Există totuși câteva situații în care e bine să întrebi înainte.

**Unele antibiotice și antifungice** — de exemplu claritromicina, eritromicina, itraconazolul sau ketoconazolul pot crește nivelul unor statine în sânge — mai ales al simvastatinei și atorvastatinei. Spune-i medicului care ți le prescrie că iei statină.

**Unele medicamente pentru inimă** — amiodarona, verapamilul sau diltiazemul — medicul ține cont de ele când alege statina și doza.

**Tratamentele după transplant și unele tratamente pentru HIV** — de exemplu ciclosporina; aici alegerea statinei se face cu atenție.

**Gemfibrozilul** — un fibrat care, de regulă, nu se asociază cu statinele.

**Sucul de grapefruit în cantitate mare** — poate crește nivelul unor statine, mai ales al simvastatinei.

Lista nu e completă. De aceea, regula simplă rămâne aceeași: la orice medicament nou — inclusiv cele fără rețetă și suplimentele — spune că iei un tratament pentru colesterol.

## Și pastilele pentru tensiune sau pentru inimă?

Cele mai multe medicamente obișnuite pentru tensiune, aspirina și celelalte antiagregante se iau fără probleme alături de statine. Există câteva excepții legate de doză — de exemplu amlodipina împreună cu simvastatina — pe care medicul și farmacistul le au în vedere.

**✓ De reținut**

Ține la tine o listă actualizată cu toate medicamentele și suplimentele. O arăți la fiecare consultație, la farmacie și la orice internare.

# XXV. Situații speciale

## Sarcina și alăptarea

Statinele nu se folosesc, de regulă, în sarcină și în perioada de alăptare. Dacă plănuiești o sarcină, discută din timp cu medicul — planul se face înainte, nu după testul pozitiv. Dacă afli că ești însărcinată în timp ce iei statină, anunță medicul cât mai repede.

## Diabetul

Diabetul crește riscul cardiovascular, iar țintele de LDL sunt, de obicei, mai stricte. Mulți pacienți cu diabet au indicație de statină, chiar dacă nu au avut niciodată probleme cu inima.

## Boala cronică de rinichi

Riscul cardiovascular este crescut. Alegerea medicamentului și a dozei ține cont de funcția rinichilor.

## Vârstnicii

Beneficiul tratamentului există și după 70 de ani, mai ales la cei care au avut deja un eveniment cardiovascular. Decizia ține cont de celelalte boli, de medicamente și de cum se simte fiecare om. Vârsta, singură, nu e un motiv de a opri tratamentul.

## Copiii și adolescenții

Discuția apare mai ales în hipercolesterolemia familială. Tratamentul se decide de specialist, iar stilul de viață sănătos e bine să înceapă în familie, devreme.

## Persoanele cu HIV sau cu unele tratamente oncologice

Actualizarea din 2025 a adăugat recomandări noi: statină pentru prevenție la persoanele cu infecție HIV de la 40 de ani și la unii pacienți tratați cu chimioterapii cu risc pentru inimă. Discuția se face cu medicii care te tratează.

# XXVI. După un infarct sau un stent

După un infarct sau un alt sindrom coronarian acut, riscul unui nou eveniment este cel mai mare în primele luni. De aceea, ghidurile recomandă ca tratamentul pentru colesterol să înceapă încă din spital, intensiv, și să fie ajustat repede.

Ținta este LDL **sub 55 mg/dL** și cel puțin la jumătate față de valoarea de la internare. Frecvent e nevoie de o statină în doză mare plus ezetimib, iar uneori și de tratamentele injectabile.

Analiza de control se face de regulă la **4–6 săptămâni** după externare. Dacă ținta nu e atinsă, tratamentul se intensifică.

## De ce atât de jos?

După un infarct, arterele au arătat deja că pot face plăci. O țintă joasă încearcă să oprească creșterea lor. Studiile care au privit plăcile din interiorul arterelor au arătat că, atunci când LDL scade mult, plăcile pot deveni mai stabile și, la unii pacienți, chiar puțin mai mici.

## Ce te ajută în primele luni

- iei toate medicamentele de la externare, în fiecare zi, chiar dacă te simți bine;
- îți faci analizele la termen și mergi la controale;
- întrebi despre programul de recuperare cardiovasculară;
- renunți la fumat — e cel mai bun moment pentru asta.

✓ **De reținut**

Acum nu e momentul pentru „pauze”. Fiecare pastilă primită la externare are un rol. Dacă ceva nu e clar sau nu te simți bine cu un medicament, întreabă înainte să schimbi ceva.

# XXVII. Viața cu dislipidemie

Colesterolul mare nu este o etichetă și nici o vină. Este o informație. Una pe care o poți folosi.

Pentru cei mai mulți oameni, tratamentul înseamnă un comprimat pe zi, câteva analize în primul an, apoi una pe an, și câteva obiceiuri care, în timp, devin firești.

Vor fi zile în care uiți pastila. Sărbători cu sarmale și cozonac. Săptămâni fără mișcare. E normal. Contează direcția, nu perfecțiunea.

Și poate cel mai important: vorbește cu familia. Dislipidemia are adesea rădăcini comune. O analiză făcută la timp unui frate, unei surori sau unui copil poate schimba mult.

## Cinci lucruri mici, care se adună

- **Un comprimat** — luat în fiecare zi, la aceeași oră.
- **O farfurie** — cu puțin mai multe legume, leguminoase și pește.
- **O plimbare** — de 30 de minute, în cele mai multe zile.
- **O analiză** — la timp, cu ținta notată alături.
- **O discuție** — cu familia, despre analizele lor.

**Pentru tine**

Nu ești „pacientul cu colesterol”. Ești un om care are grijă de arterele lui. Diferența pare mică. Nu este.

# Cele 5 lucruri de ținut minte

1. **Colesterolul mare nu doare.** — Îl afli doar prin analize — de aceea merită verificat chiar și atunci când te simți bine.

2. **LDL-colesterolul este ținta principală.** — Ținta ta depinde de riscul tău cardiovascular. Întreab-o și noteaz-o.

3. **Lp(a) — măcar o dată în viață.** — O analiză simplă care spune ceva ce nu se vede pe lipidograma obișnuită.

4. **Tratamentul funcționează cât timp îl iei.** — Nu îl opri de unul singur. Dacă ai efecte adverse, există aproape întotdeauna o altă variantă.

5. **Obiceiurile contează, suplimentele nu înlocuiesc.** — Farfuria, mișcarea și renunțarea la fumat ajută. Un produs „natural” nu ține locul unui tratament studiat.

**✓ Ce urmează**

În paginile următoare găsești instrumentele practice: Fișa analizelor și jurnalul obiceiurilor (Partea 2), planul pe 30 de zile (Partea 3), check-list-ul pentru consultație (Partea 4) și mini-ghidul „Ce fac când…?” (Partea 5). Le poți tipări și completa de câte ori ai nevoie.

PARTEA 2

# Fișa analizelor și jurnalul obiceiurilor

*Nu urmărim o singură analiză. Urmărim drumul.*



Dislipidemia nu se vede de la o zi la alta. Se vede în timp, de la o analiză la alta. De aceea îți propunem două instrumente simple.

- **Fișa analizelor mele** — o completezi la fiecare analiză. O iei cu tine la consultație.
- **Jurnalul obiceiurilor pe 7 zile** — îl completezi o săptămână, din când în când, ca să vezi unde ești. Poți tipări pagina de câte ori vrei.

**Ținta mea de LDL-colesterol:** _____

**Categoria mea de risc:** _____

**Lp(a), o dată în viață — valoare și dată:** _____

## Fișa analizelor mele

| Data | LDL | Non-HDL | HDL | Trigliceride | Alte analize | Tratament |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*Scrie unitatea de măsură dacă e alta decât mg/dL. La „Tratament”, notează medicamentele pentru colesterol pe care le luai atunci.*

## Jurnalul obiceiurilor pe 7 zile

Bifează sau notează pe scurt. Nu e un examen. E o oglindă.

| Ziua | Tratament luat | Mișcare (minute) | Legume și fructe (porții) | Prăjeli, mezeluri, dulciuri | Alcool | Observații |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Luni** | | | | | | |
| **Marți** | | | | | | |
| **Miercuri** | | | | | | |
| **Joi** | | | | | | |
| **Vineri** | | | | | | |
| **Sâmbătă** | | | | | | |
| **Duminică** | | | | | | |

## Cum îl folosești

- completează-l seara, în două minute;
- la final de săptămână, uită-te la o singură coloană: unde ai cel mai mult loc de îmbunătățit?
- adu jurnalul la consultație, alături de fișa analizelor.

♡ **Pentru tine**

Nu căutăm o săptămână perfectă. Căutăm o săptămână puțin mai bună decât cea dinainte.

PARTEA 3

# Planul meu pentru următoarele 30 de zile

*Nu trebuie să schimbi totul într-o singură zi.*



Patru săptămâni, patru pași. Bifează ce reușești. Ce nu reușești, muți în săptămâna următoare — fără vină.

**Săptămâna 1 — Află și organizează**

- [ ] Am aflat de la medic care este categoria mea de risc și ținta mea de LDL.
- [ ] Am scris ținta în Fișa analizelor (Partea 2).
- [ ] Iau tratamentul în fiecare zi, la aceeași oră; am pus o alarmă pe telefon.
- [ ] Am o listă actualizată cu toate medicamentele și suplimentele mele.

**Săptămâna 2 — Farfuria**

- [ ] Am înlocuit o sursă de grăsimi saturate (mezeluri, smântână, prăjeli) cu o variantă mai bună.
- [ ] Am mâncat leguminoase (fasole, linte, năut) de cel puțin două ori.
- [ ] Am mâncat pește cel puțin o dată.
- [ ] Am citit eticheta la trei produse pe care le cumpăr des.

**Săptămâna 3 — Mișcarea și alcoolul**

- [ ] Am mers alert cel puțin 20–30 de minute în cinci zile.
- [ ] Am urcat scările sau am coborât cu o stație mai devreme măcar de trei ori.
- [ ] Am redus alcoolul (sau l-am oprit, dacă trigliceridele sunt mari).
- [ ] Dacă fumez: am vorbit cu medicul despre un plan de renunțare.

**Săptămâna 4 — Familia și consultația**

- [ ] Am întrebat în familie despre infarcte, stenturi sau AVC la vârste tinere.
- [ ] Am completat din nou jurnalul obiceiurilor pe 7 zile.
- [ ] Am pregătit checklist-ul pentru consultație (Partea 4).
- [ ] Am programat analizele de control, dacă medicul mi le-a recomandat.

*Scopul nu este perfecțiunea. Scopul este un obicei bun care rămâne și după cele 30 de zile.*

PARTEA 4

# Checklist pentru consultație

*Cincisprezece minute bine pregătite valorează mult.*



O consultație trece repede. Cu o listă în mână, nu uiți întrebarea care te-a frământat toată săptămâna.

## Ce aduc cu mine

- [ ] analizele anterioare, în ordine (inclusiv Lp(a), dacă am făcut-o);
- [ ] rezultatul calculului de risc SCORE2 / SCORE2-OP, dacă l-am făcut (capitolul IX);
- [ ] lista completă de medicamente și suplimente;
- [ ] Fișa analizelor și jurnalul obiceiurilor;
- [ ] scrisorile medicale de la internări sau de la alți medici;
- [ ] ce știu despre bolile de inimă din familie.

## Ce e bine să știe medicul despre mine

- [ ] ce medicamente pentru colesterol am mai încercat și cum le-am tolerat;
- [ ] dacă am avut dureri musculare, slăbiciune sau alte simptome noi;
- [ ] dacă fumez și cât alcool consum;
- [ ] dacă plănuiesc o sarcină sau alăptez;
- [ ] dacă am început alte tratamente de la ultima consultație.

## Întrebări pentru medic

- [ ] Ce risc cardiovascular am?
- [ ] Care este ținta mea de LDL? Sunt aproape de ea?
- [ ] Cât timp voi lua tratamentul?
- [ ] Ce fac dacă apar dureri musculare?
- [ ] Ar trebui să-mi măsor Lp(a)?
- [ ] Ar trebui ca rudele mele să-și facă analizele?
- [ ] Când repet analizele?

## După consultație

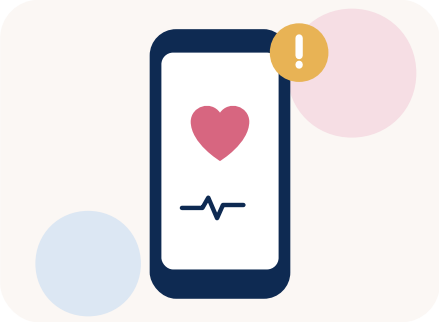
- [ ] am notat ce s-a schimbat în tratament și de ce;
- [ ] am notat data următoarelor analize și a următorului control;

- [ ] am actualizat lista de medicamente;
- [ ] știu pe cine sun dacă am o întrebare.

PARTEA 5

# Mini-ghid: Ce fac când...?

*Un moment de ezitare, nu de panică — cu pași concreți pentru fiecare situație.*



Câteva situații frecvente și ce poți face în fiecare. Sunt reguli generale; pentru tine, contează mereu și ce a stabilit medicul tău.

**Scenariul 1 — Am uitat o pastilă**

*Exemplu: îți dai seama seara că dimineață n-ai luat statina.*

**Ce înseamnă:** o doză uitată nu schimbă mare lucru. Contează ce faci în fiecare zi, nu o zi anume.

**Ce faci:** de regulă, o iei când îți amintești, dacă e aceeași zi. Nu dubla doza a doua zi. Verifică prospectul sau întreabă farmacistul. Dacă uiți des, pune o alarmă sau ține pastilele lângă periuța de dinți.

**Scenariul 2 — Mă dor mușchii de când am început statina**

*Exemplu: după câteva săptămâni de tratament, simți gambele grele și dureroase.*

**Ce înseamnă:** poate fi statina, dar poate fi și altceva — un efort neobișnuit, o răceală, alt medicament.

**Ce faci:** nu opri singur tratamentul. Notează ce simți și anunță medicul. Vezi capitolul XIX. Dacă durerea e foarte puternică, cu slăbiciune și urină închisă la culoare, mergi la urgențe.

**Scenariul 3 — Analizele arată că nu am ajuns la țintă**

*Exemplu: iei tratamentul de trei luni, iar LDL e încă peste ținta ta.*

**Ce înseamnă:** nu că tratamentul „nu merge", ci că ținta ta cere, probabil, mai mult.

**Ce faci:** verifică sincer cât de des ai uitat pastila. Du analizele la medic. Se poate crește doza, se poate adăuga ezetimib sau alt medicament.

**Scenariul 4 — Cineva îmi recomandă un supliment în locul pastilei**

*Exemplu: o rudă sau o reclamă îți spune că un produs „natural" scade colesterolul fără efecte adverse.*

**Ce înseamnă:** dovezile nu susțin înlocuirea tratamentului cu suplimente. Vezi capitolul XXIII.

**Ce faci:** nu opri tratamentul. Dacă vrei totuși să iei un supliment, întreabă întâi medicul sau farmacistul.

**Scenariul 5 — Mi s-a prescris un medicament nou**

*Exemplu: primești un antibiotic pentru o infecție sau un tratament nou de la alt medic.*

**Ce înseamnă:** câteva medicamente pot interacționa cu unele statine. Vezi capitolul XXIV.

**Ce faci:** spune-i medicului și farmacistului că iei tratament pentru colesterol. Arată-le lista ta de medicamente.

**⚠ Sună la 112 dacă apare oricare dintre acestea:**

- durere, apăsare sau arsură în piept care nu trece în câteva minute;
- lipsă de aer apărută brusc;
- leșin (pierderea cunoștinței);
- semne de accident vascular cerebral: gura strâmbă, slăbiciune sau amorțeală într-o parte a corpului, vorbire greoaie, tulburări bruște de vedere;
- durere foarte puternică în partea de sus a abdomenului, mai ales dacă știi că ai trigliceride foarte mari;
- dureri musculare severe, slăbiciune marcată și urină închisă la culoare.

*Într-o urgență, nu aștepta să treacă de la sine și nu te urca singur la volan.*



Poate că dislipidemia nu e ceva ce poți simți.

Dar e ceva ce poți afla.

Și ceva ce poți ține sub control.

Un comprimat. O farfurie puțin altfel. O plimbare în plus.

Pași mici, repetați.

Arterele țin socoteala anilor.

*Fiecare an cu un LDL bun contează.*

## Surse medicale

Pentru acest ghid, reperele principale sunt:

- European Society of Cardiology (ESC) / European Atherosclerosis Society (EAS) — 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. European Heart Journal, 2020.
- ESC/EAS — 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal, 2025 (doi: 10.1093/eurheartj/ehaf190).
- ESC — 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (algoritmii SCORE2 și SCORE2-OP).
- ESC — HeartScore și calculatoarele online SCORE2 / SCORE2-OP: www.heartscore.org; www.escardio.org.
- ESC — 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes.
- Societatea Română de Cardiologie (SRC) — pentru adaptarea informației la practica din România.

## Notă importantă

Acest material are scop educațional. Nu înlocuiește consultația medicală, diagnosticul, investigațiile sau tratamentul stabilit de medicul care te urmărește.

Recomandările pot fi diferite în funcție de vârstă, alte boli, medicamente, riscul cardiovascular și situația fiecărui pacient. Nu începe, nu opri și nu modifica un tratament fără să discuți cu medicul tău.

Informațiile reflectă ghidurile disponibile la data redactării (noiembrie 2026). Medicina evoluează; versiunile viitoare ale acestui ghid vor fi actualizate.

*Pentru o inimă sănătoasă, începe cu informația corectă.*
*Explicată simplu, dar cu suflet.*

Dr. Teodora Filan

MEDIC PRIMAR CARDIOLOG · CARDIOCLAR