I. Ostry zespół wieńcowy:

* Zaleca się przyjmowanie podwójnej terapii przeciwpłytkowej, składającej się z kwasu acetylosalicylowego (75-100 mg/d) oraz preferencyjnie silnego inhibitora receptora P2Y12 (prasugrel 10 mg/d lub tikagrelor 2x90 mg/d) przez okres co najmniej 12 miesięcy od epizodu ostrego zespołu wieńcowego (zawał serca z uniesieniem lub bez uniesienia odcinka ST), o ile nie ma przeciwwskazania takiego jak nadmierne ryzyko krwawienia
* U chorych z wysokim ryzykiem powikłań zakrzepowych i bez podwyższonego ryzyka dużych krwawień należy rozważyć przedłużenie podwójnej terapii przeciwpłytkowej >12 miesięcy od epizodu ostrego zespołu wieńcowego (zawał serca z uniesieniem lub bez uniesienia odcinka ST) z wykorzystaniem kwasu acetylosalicylowego (75-100 mg/d) i tikagreloru (2x60 mg/d) lub kwasu acetylosalicylowego (75-100 mg/d) i prasugrelu (10 mg/d).
* Po implantacji stentu w przypadku dużego ryzyka krwawienia (np. ≥25 pkt w skali PRECISE‑DAPT lub spełnione kryteria ARC‑HBR) należy rozważyć zaprzestanie leczenia inhibitorem receptora P2Y12 po 3 mies.
* Po implantacji stentu u pacjentów poddanych DAPT należy rozważyć odstawienie kwasu acetylosalicylowego po 3–6 mies., w zależności od równowagi między ryzykiem niedokrwienia a ryzykiem krwawienia
* U pacjentów z AF i ≥1 pkt w skali CHA 2 DS 2‑VASc u mężczyzn i ≥2 pkt u kobiet, po krótkim okresie TAT (do 1 tyg. od ostrego zdarzenia) zaleca się DAT jako standardową strategię z użyciem NOAC w dawce rekomendowanej w prewencji udaru mózgu i pojedynczego doustnego leku przeciwpłytkowego (preferencyjnie klopidogrelu)
* Zaleca się okołozabiegową DAPT złożoną z kwasu acetylosalicylowego i klopidogrelu do 1 tyg.

II. Przewlekły zespół wieńcowy

* U chorych z przewlekłym zespołem wieńcowym zaleca się przyjmowanie podwójnej terapii przeciwpłytkowej (kwas acetylosalicylowy 75-100 mg/d i klopidogrel 75 mg/d) przez okres 6 miesięcy od zabiegu stentowania tętnicy wieńcowej, niezależnie od rodzaju stentu, chyba że z powodu ryzyka lub wystąpienia krwawienia zagrażającego życiu wskazane jest skrócenie leczenia (1–3 mies.)

III. Leczenie hipolipemizujące

* U pacjentów z potwierdzoną miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową zaleca się przyjmowanie doustnych leków hipolipemizujących (statyny w maksymalnej tolerowanej dawce, ewentualnie połaczenie z ezetymibem gdy nie udaje się osiągnąć celu terapeutycznego) z docelowym stężeniem cholesterolu LDL <1.4 mmol/L (55 mg/dL) oraz obniżeniem wyjściowego stężenia LDL o ≥50%. W przypadku braku uzyskania wymienionych powyżej celów terapeutycznych pomimo maksymalnych dawek statyny/ezetymibu, zaleca się kierowanie chorych do programów leczenia inhibitorami PCSK9.