



Līdzfinansē
Eiropas Savienība



Nacionālais
attīstības plāns



Veselības ministrija



PAULA STRADIŅA
KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTES
SLIMNĪCA

Metodiskās vadības institūcija
kardioloģijā

Eiropas Sociālā fonda Plus projekts Nr. 4.1.2.7/1/24/1/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti"

Antitrombotiskā, tai skaitā fibrinolītiskās jeb trombolītiskās terapijas standarti un alternatīvās iespējas.

Aija Mača-Kalēja

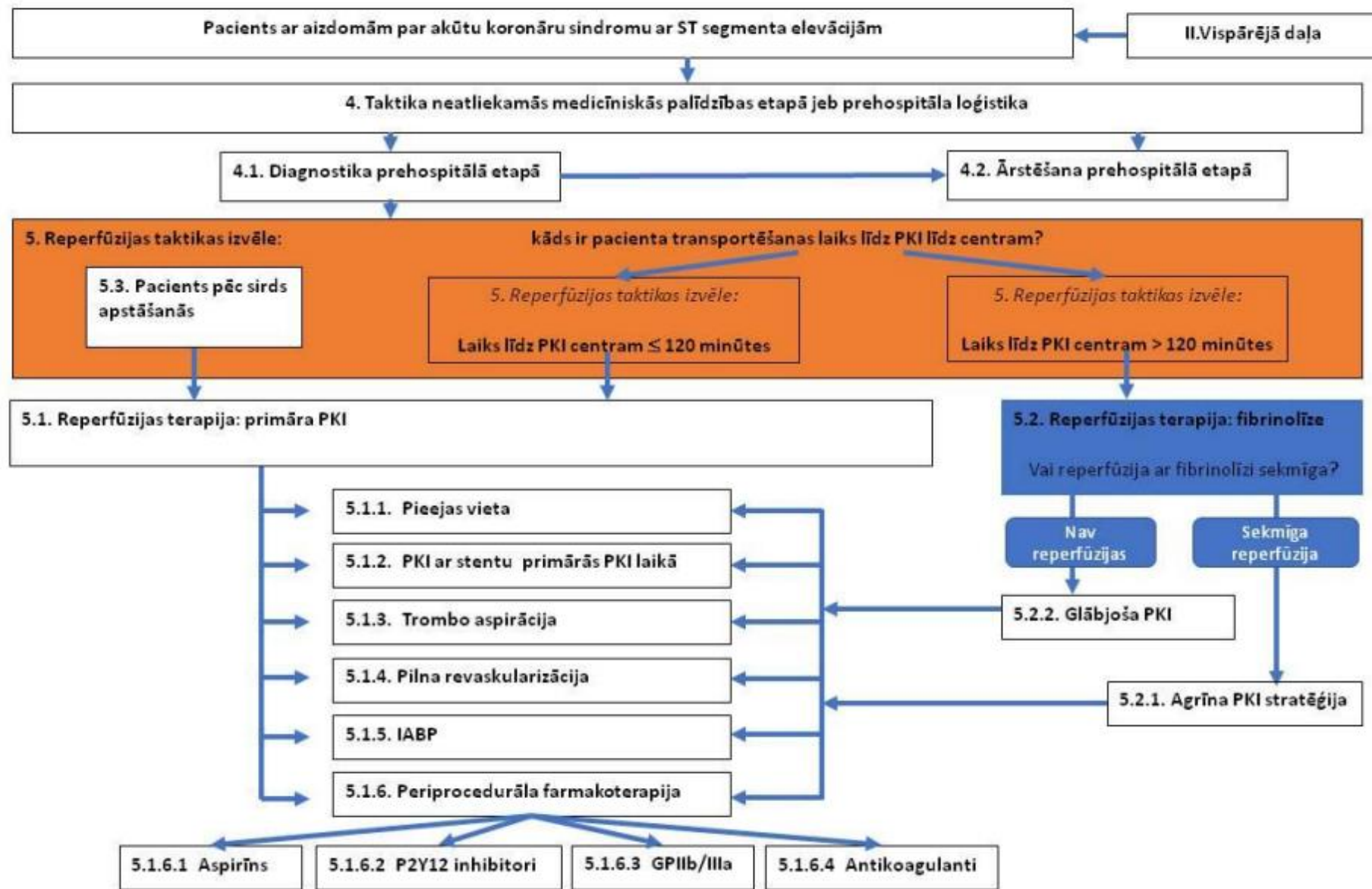
Latvijas Kardioloģijas Centrs, P.Stradiņa KUS

Iekšķīgo slimību katedra, Rīgas Stradiņa Universitāte

Specializētais Medicīnas Centrs, NMPD

09.maijs 2025, Rīga

I. Algoritma shēma





ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2023) **00**, 1–107

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

ESC GUIDELINES

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

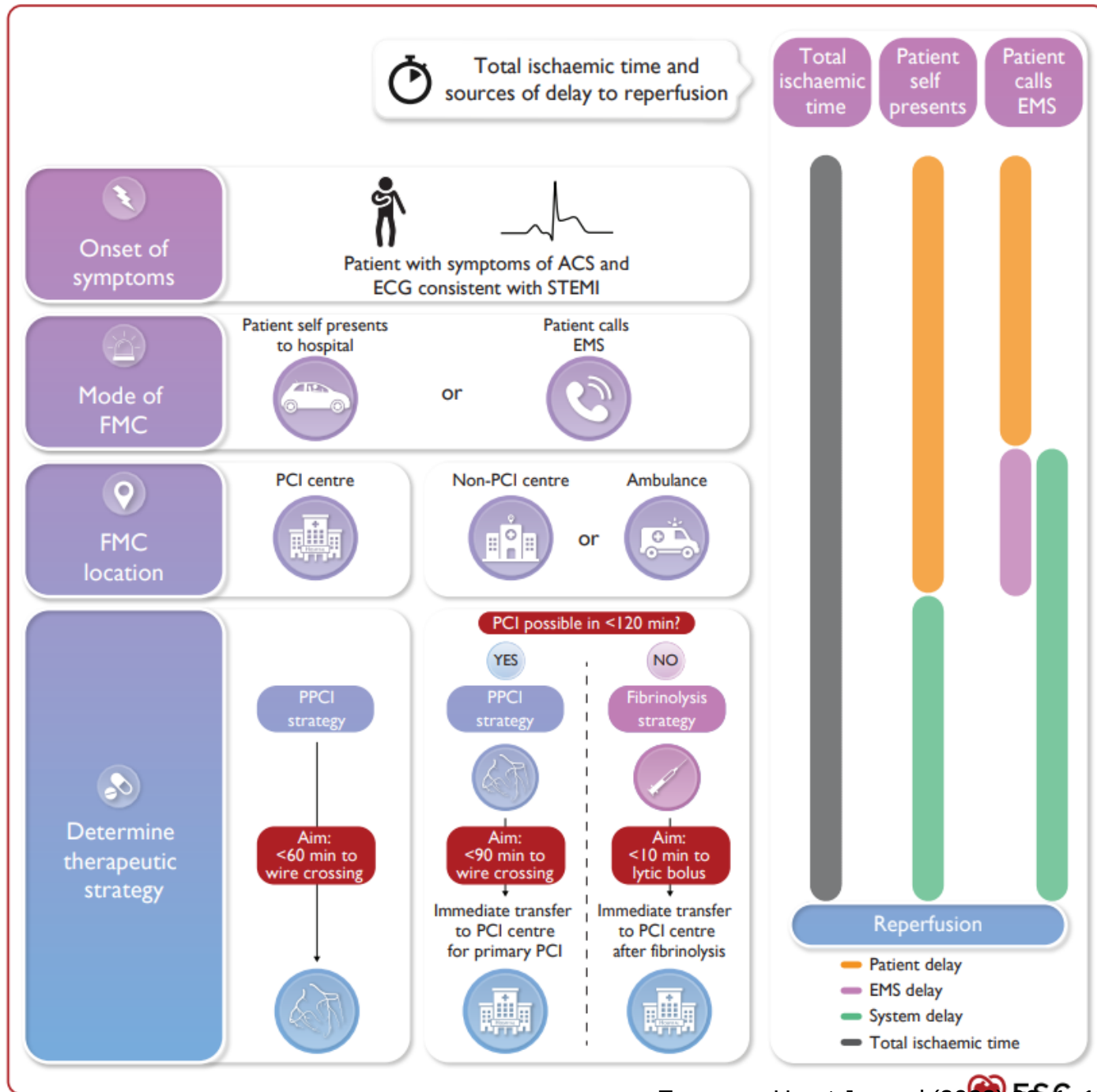
Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association
Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Miokarda infarkts ar ST elevācijām Revaskularizācija



MI ar ST elevācijām: Reperfūzijas taktika

simptomu sākums < 12 h

Rekomendācija	Klase	Līmenis
Reperfūzijas terapija ir rekomendēta visiem pacientiem ar MI ar ST elevācijām (persistējošām vai to analogia EKG atradnei) un ≤12 h no simptomu sākuma.	I	A
PPKI stratēģija rekomendēta kā pirmā reperfūzijas izvēles metode, ja ir iespējams veikt < 120 min no diagnozes noteikšanas brīža.	I	A
Ja PPKI nav veicama < 120 min. laikā, jāveic Fibrinolītiskā terapija 12 stundu laikā no simptomu sākuma, ja nav kontraindikācijas.	I	A
Glābjoša PPKI jāveic pēc neefektīvas fibrinolīzes (t.i. ST-segment samazināšanās < 50 % 60–90 min pēc fibrinolītiķa saņemšanas) vai, ja ir hemodinamiska vai elektriska nestabilitāte, saglabājas sāpes krūtīs.	I	A

Fibrinolītiskā terapija

- Fibrinolītisko terapiju veic, ja PPKI nav veicama < 120 min. laikā no diagnozes noteikšanas, ja nav kontraindikācijas.

Absolūtās KI Fibrinolītiskai terapijai

- Hemorāģisks insults vai nezināmas etioloģijas insults anamnēzē
- Išēmisks insults iepriekšējo 6 mēnešu laikā
- Centrālās nervu sistēmas trauma vai neoplāzija
- Liela trauma, ķirurģiska iejaukšanās, galvas trauma pēdējā mēneša laikā
- Kuņģa – zarnu trakta asiņošana pēdējā mēneša laikā
- Zināma koagulopātija
- Aortas disekcija
- Nekompresējamas punkcijas pēdējo 24 h laikā – lumbālpunkcija, aknu biopsija

Relatīvās KI Fibrinolītiskai terapijai

- Tranzitori išēmiskā lēkme pēdējo 6 mēnešu laikā
- Orālā antikoagulantu terapija
- Grūtniecība vai 1. nedēļa pēc dzemdībām
- Refraktāra hipertenzija (TAs > 180 mmHg un/vai TAd > 110 mmHg
- Zināma aknu patoloģija
- Infekciozs endokardīts
- Aktīva peptiska čūla
- Ilgstoša un traumatiska KPR

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes

Kontraindikācijas Fibrinolītiskai terapijai

TABLE 14 Absolute and Relative Contraindications for Fibrinolytic Therapy in STEMI*

Absolute Contraindications
■ Any prior ICH
■ Known structural cerebral vascular lesion (eg, arteriovenous malformation)
■ Known malignant intracranial neoplasm (primary or metastatic)
■ Ischemic stroke within 3 mo except acute ischemic stroke†
■ Suspected aortic dissection
■ Active bleeding or bleeding diathesis (excluding menses)
■ Significant closed-head or facial trauma within 3 mo
■ Intracranial or intraspinal surgery within 2 mo
■ Severe uncontrolled hypertension (unresponsive to therapy) (SBP >180 mm Hg or DBP >110 mm Hg)
Relative Contraindications
■ History of chronic, severe, poorly controlled hypertension
■ Significant hypertension on presentation (SBP >180 mm Hg or DBP >110 mm Hg)
■ History of prior ischemic stroke >3 mo
■ Dementia
■ Known intracranial pathology not covered in absolute contraindications
■ Traumatic or prolonged (>10 min) CPR
■ Major surgery (<3 wk)
■ Recent (within 2 to 4 wk) internal bleeding
■ Noncompressible vascular punctures
■ Pregnancy
■ Active peptic ulcer
■ Oral anticoagulant therapy



PACIENTU NOGĀDĀŠANAS PLĀNS					
Speciālisti neatliekamās medicīnas nodaļā			Nepieciešamie papildus nosacījumi pakalpojuma sniegšanai	Stacionārās ārstniecības iestādes uz kurām NOGĀDĀT pacientu	Stacionārās ārstniecības iestādes uz kurām NENOGĀDĀT pacientu
6.1.3.	Galvas traumas ar neiroloģisku simptomatiku			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils), Daugavpils reģionālā slimnīca, Rēzeknes slimnīca, Vidzemes slimnīca, Jelgavas pilsētas slimnīca, Jēkabpils reģionālā slimnīca.	Augstāk minētie stacionāri
7. Kardiologs			Sniedz pakalpojumu VISĀS stacionārajās ārstniecības iestādēs, kuras minētas kā "Stacionārās ārstniecības iestādes uz kurām NOGĀDĀT pacientu", izņemot apakšsadaļās minētos stāvokļus.	Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca ³ , Daugavpils reģionālā slimnīca	Bēnu klīniskā universitātes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils), Rēzeknes slimnīca, Vidzemes slimnīca, Jelgavas pilsētas slimnīca, Jēkabpils reģionālā slimnīca, Jūrmalas slimnīca, Kuldīgas slimnīca, Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība, Cēsu klīnika, Madonas slimnīca, Ogres rajona slimnīca, Dobeles un apkārtnes slimnīca, Tukuma slimnīca, Krāslavas slimnīca, Preiļu slimnīca, Alūksnes slimnīca, Līvānu slimnīca, Ludzas medicīnas centrs, Limbažu slimnīca, Bauskas slimnīca, Aizkraukles slimnīca, Rīgas dzemdību nams, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, Siguldas slimnīca, Rīgas 2. slimnīca, Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas slimnīca, Saldus medicīnas centrs, Priekules slimnīca, Bēnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Aināži", Piejūras slimnīca, Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, Slimnīca "Gintermuiža", Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, Sena KRC Izpildesmei, Latvijas ģimenes medicīnas centrs
7.1.	Kardioloģiskas slimības		Lēmums par nogādāšanas vietu tiek pieņemts gan pēc kritērijiem, gan pēc konsultācijas ar SMC kardiologu		
7.1.1.	Pilna AV blokāde			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca	Augstāk minētie stacionāri
7.1.2.	Akūts koronārs sindroms			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca, Jēkabpils reģionālā slimnīca, Vidzemes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils), Jelgavas pilsētas slimnīca, Rēzeknes slimnīca	Augstāk minētie stacionāri, IZŅEMOT Jēkabpils reģionālā slimnīca, Vidzemes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils) (Ventspils), Jelgavas pilsētas slimnīca, Rēzeknes slimnīca
7.1.3.	Akūts koronārs sindroms ar ST elevāciju (trombolīzes terapija)			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca, Jēkabpils reģionālā slimnīca, Vidzemes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils), Jelgavas pilsētas slimnīca, Rēzeknes slimnīca	Augstāk minētie stacionāri, IZŅEMOT Jēkabpils reģionālā slimnīca, Vidzemes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils) (Ventspils), Jelgavas pilsētas slimnīca, Rēzeknes slimnīca
7.1.4.	Akūts koronārs sindroms ar ST elevāciju laboratorija (PKI)			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca	Augstāk minētie stacionāri
7.1.5.	Sirds ritma traucējumi tikai specializētai terapijai (EKS, EKV) vai komplikēti gadījumi			Tuvāko ārstniecības iestādi: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Daugavpils reģionālā slimnīca	Augstāk minētie stacionāri

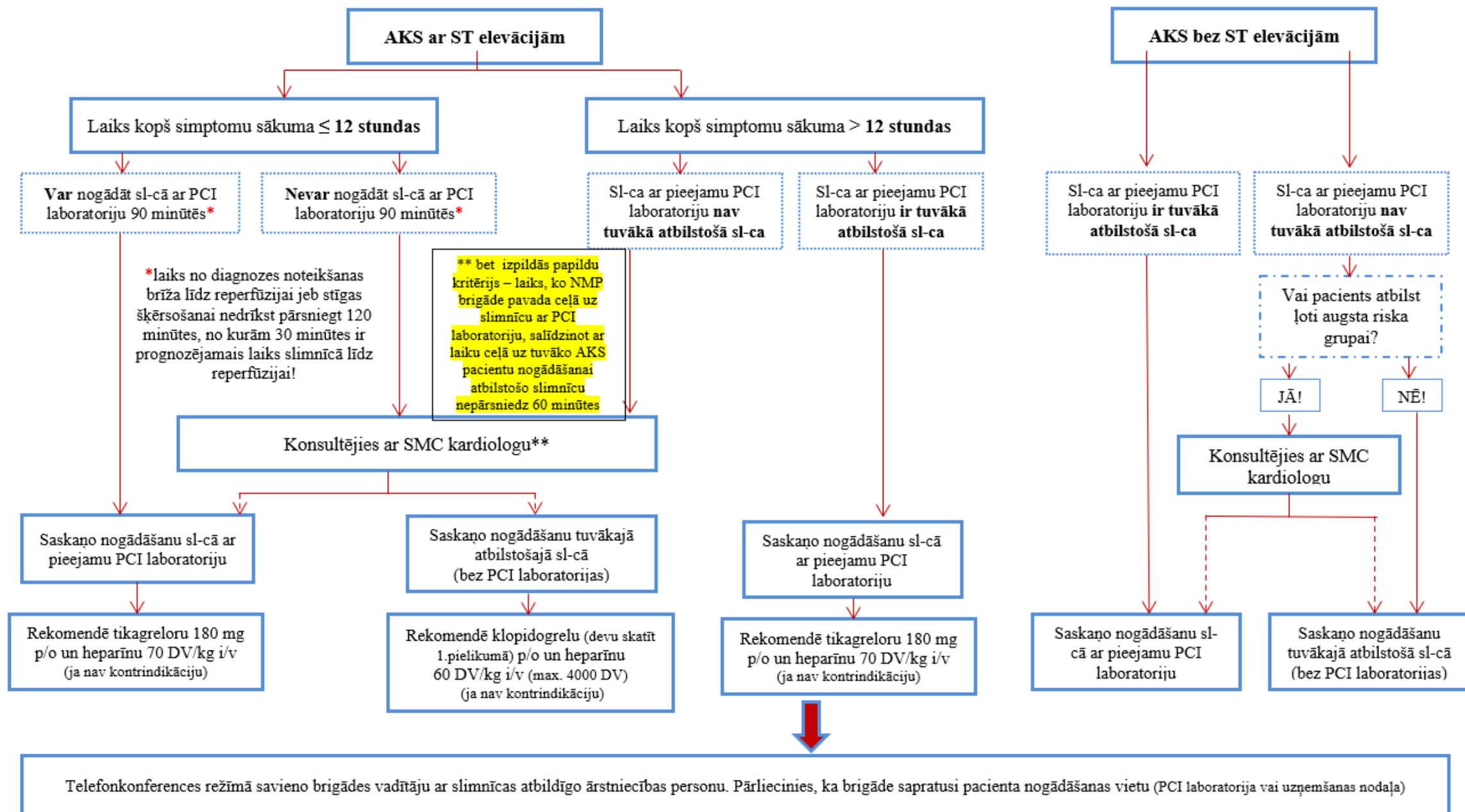
Fibrinolītiska terapija Latvijā



Fibrinolītiska terapija Latvijā



Rīcības algoritms OVC dežūrārstam gadījumā, kad NMP brigāde ziņo par AKS pacientu



Fibrinolītiskā terapija

- Fibrinolītisko terapiju veic, ja PPKI nav veicama < 120 min. laikā no diagnozes noteikšanas, ja nav kontraindikācijas.
- Fibrinolīze jāuzsāk nekavējoties (< 10 min. laikā no diagnozes noteikšanas).
- Jālieto fibrīnspecifiskie fibrinolītiskie aģenti

Fibrinolītiskā terapija

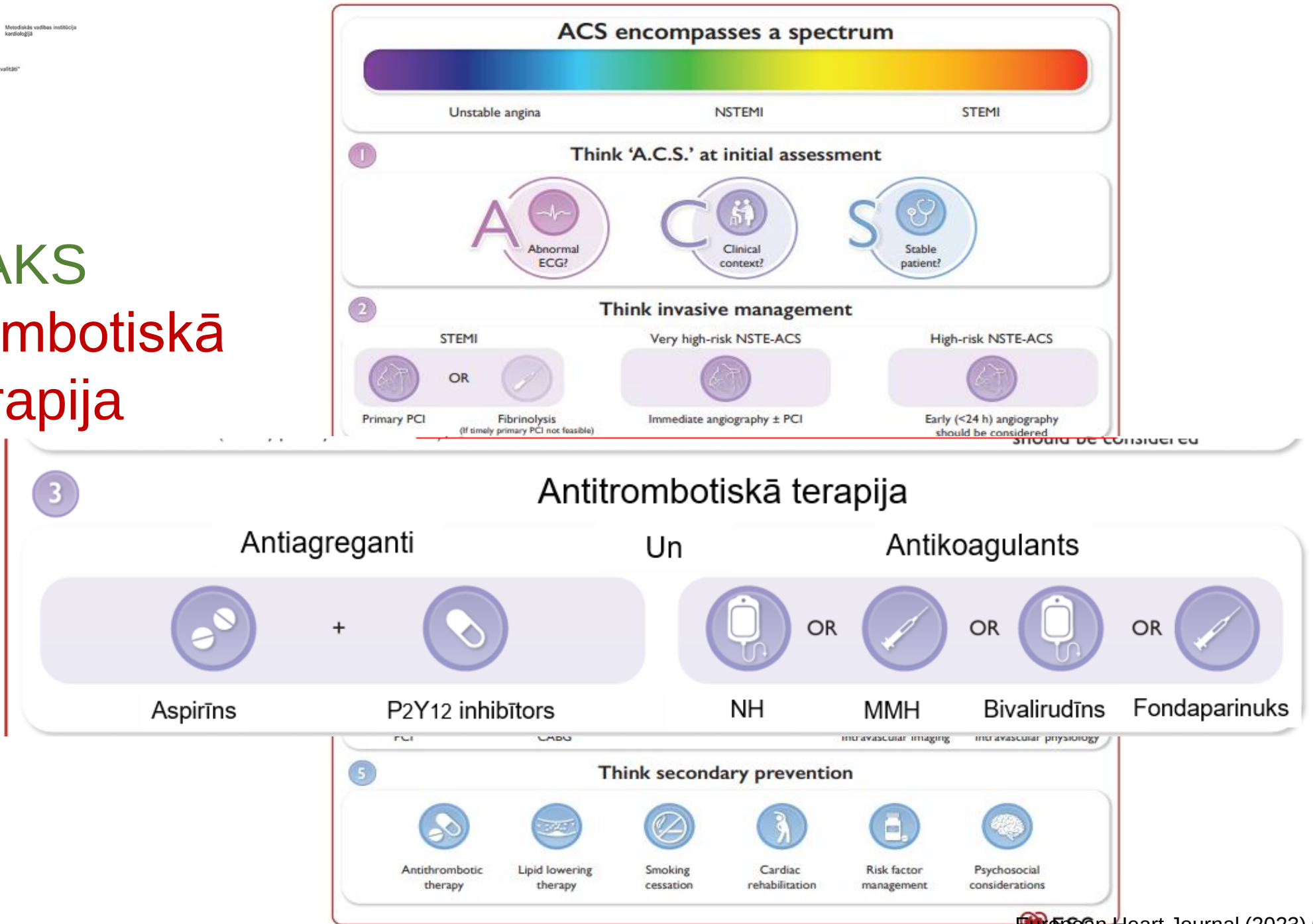
	Initial treatment	Specific contraindications
Streptokinase (SK)	1.5 million units over 30–60 min i.v.	Prior SK or anistreplase
Alteplase (tPA)	15 mg i.v. bolus 0.75 mg/kg over 30 min (up to 50 mg) then 0.5 mg/kg over 60 min i.v. (up to 35 mg)	
Reteplase (r-PA)	10 units + 10 units i.v. bolus given 30 min apart	
Tenecteplase (TNK–tPA)	Single i.v. bolus: 30 mg if <60 kg 35 mg if 60 to <70 kg 40 mg if 70 to <80 kg 45 mg if 80 to <90 kg 50 mg if ≥90 kg	

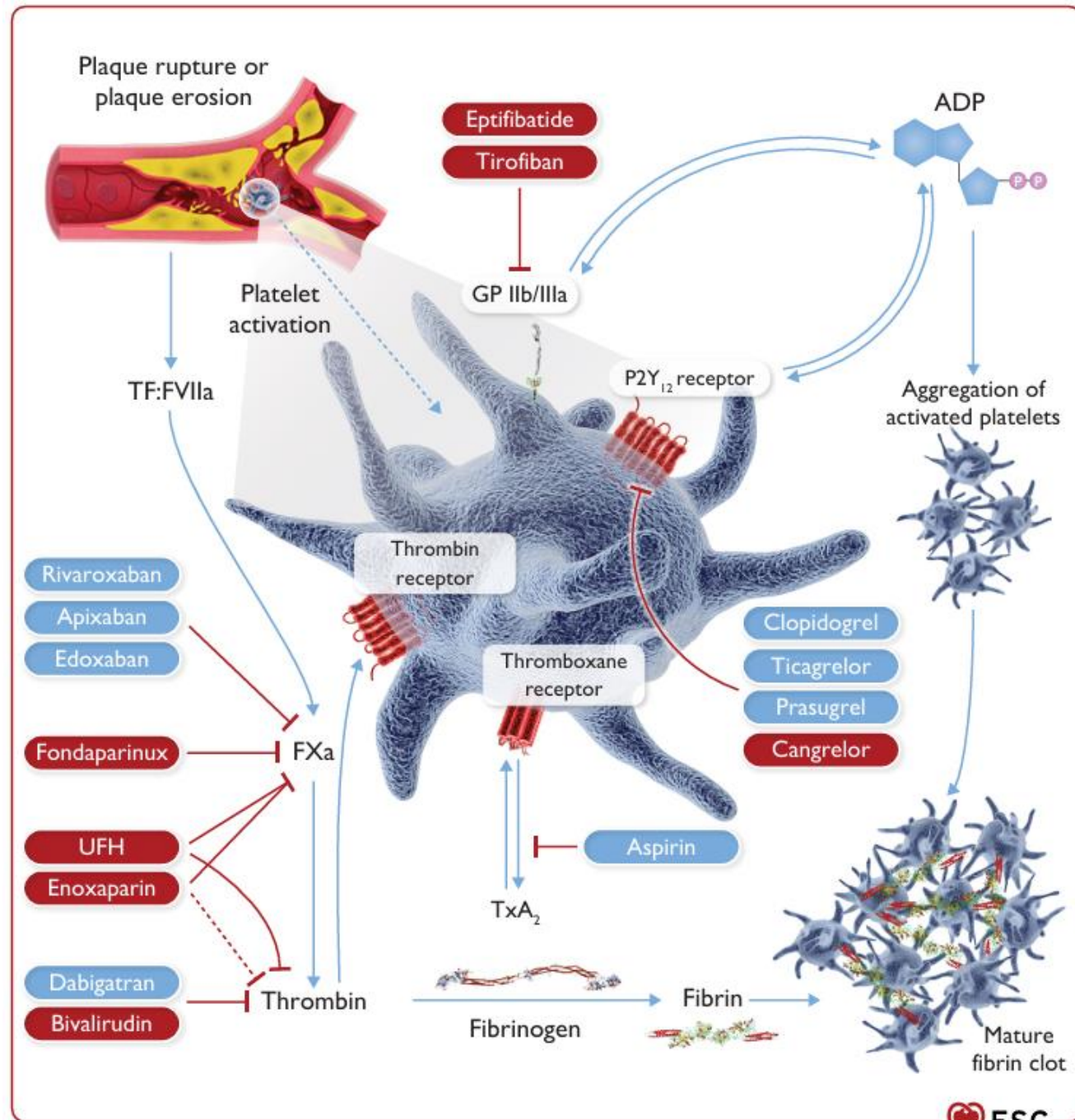
Fibrinolītiskā terapija

- Pacients pēc veiktas Fibrinolīzes nekavējoties jāpārved uz stacionāru ar invazīvās ārstēšanas iespējam.(IA)
- Glābjoša PKI jāveic pēc neefektīvas fibrinolīzes (t.i. ST-segment samazināšanās $< 50\%$ 60–90 min pēc fibrinolītiķa saņemšanas) vai, ja ir hemodinamiska vai elektriska nestabilitāte, saglabājas sāpes krūtīs.
- Koronāro angiogrāfiju +/- PKI infarkta skartajai koronārai artērijai pēc sekmīgas fibrinolīzes jāveic 2 – 24 stundu laikā.

AKS

Antitrombotiskā terapija





MI ar ST elevācijām:

Fibrinolīze

Antiagreganti/Antikoagulanti

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Fibrinolytic therapy		
When fibrinolysis is the reperfusion strategy, it is recommended to initiate this treatment as soon as possible after diagnosis in the pre-hospital setting (aim for target of <10 min to lytic bolus). ^{206,353–355}	I	A
A fibrin-specific agent (i.e. tenecteplase, alteplase, or reteplase) is recommended. ^{356,357}	I	B
A half-dose of tenecteplase should be considered in patients >75 years of age. ¹⁸⁴	IIa	B
Antiplatelet co-therapy with fibrinolysis		
Aspirin and clopidogrel are recommended. ^{340–342}	I	A
Anticoagulation co-therapy with fibrinolysis		
Anticoagulation is recommended in patients treated with fibrinolysis until revascularization (if performed) or for the duration of hospital stay (up to 8 days). ^{260,347,348,350,357–360}	I	A
Enoxaparin i.v. followed by s.c. is recommended as the preferred anticoagulant. ^{347,348,357–360}	I	A
When enoxaparin is not available, UFH is recommended as a weight-adjusted i.v. bolus, followed by infusion. ³⁵⁷	I	B
In patients treated with streptokinase, an i.v. bolus of fondaparinux followed by an s.c. dose 24 h later should be considered. ²⁶⁰	IIa	B

Akūts koronārs sindroms

Antikoagulanti

Anticoagulant therapy		
Parenteral anticoagulation is recommended for all patients with ACS at the time of diagnosis. ^{255,296}	I	A
Routine use of a UFH bolus (weight-adjusted i.v. bolus during PCI of 70–100 IU/kg) is recommended in patients undergoing PCI.	I	C
Intravenous enoxaparin at the time of PCI should be considered in patients pre-treated with subcutaneous enoxaparin. ^{256,261,297}	IIa	B
Discontinuation of parenteral anticoagulation should be considered immediately after an invasive procedure.	IIa	C
Patients with STEMI		
Enoxaparin should be considered as an alternative to UFH in patients with STEMI undergoing PPCI. ^{258,261,298}	IIa	A
Bivalirudin with a full-dose post PCI infusion should be considered as an alternative to UFH in patients with STEMI undergoing PPCI. ^{259,299,300–303}	IIa	A
Fondaparinux is not recommended in patients with STEMI undergoing PPCI. ²⁶⁰	III	B
Patients with NSTEMI-ACS		
For patients with NSTEMI-ACS in whom early invasive angiography (i.e. within 24 h) is not anticipated, fondaparinux is recommended. ^{262,304}	I	B
For patients with NSTEMI-ACS in whom early invasive angiography (i.e. within 24 h) is anticipated, enoxaparin should be considered as an alternative to UFH. ²⁵⁶	IIa	B

Akūts koronārs sindroms

Antiagreganti

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Antiplatelet therapy		
Aspirin is recommended for all patients without contraindications at an initial oral LD of 150–300 mg (or 75–250 mg i.v.) and an MD of 75–100 mg o.d. for long-term treatment. ^{284,285}	I	A
In all ACS patients, a P2Y ₁₂ receptor inhibitor is recommended in addition to aspirin, given as an initial oral LD followed by an MD for 12 months unless there is HBR ^c . ^{238,239,263,286}	I	A
A proton pump inhibitor in combination with DAPT is recommended in patients at high risk of gastrointestinal bleeding. ^{287,288}	I	A
Prasugrel is recommended in P2Y ₁₂ receptor inhibitor-naïve patients proceeding to PCI (60 mg LD, 10 mg o.d. MD, 5 mg o.d. MD for patients aged ≥75 years or with a body weight <60 kg). ²³⁹	I	B
Ticagrelor is recommended irrespective of the treatment strategy (invasive or conservative) (180 mg LD, 90 mg b.i.d. MD). ²³⁸	I	B
Clopidogrel (300–600 mg LD, 75 mg o.d. MD) is recommended when prasugrel or ticagrelor are not available, cannot be tolerated, or are contraindicated. ^{263,289}	I	C
If patients presenting with ACS stop DAPT to undergo CABG, it is recommended they resume DAPT after surgery for at least 12 months.	I	C
Prasugrel should be considered in preference to ticagrelor for ACS patients who proceed to PCI. ^{244,290}	IIa	B
GP IIb/IIIa receptor antagonists should be considered if there is evidence of no-reflow or a thrombotic	IIa	C

Akūts koronārs sindroms

Antiagreganti

In P2Y ₁₂ receptor inhibitor-naïve patients undergoing PCI, cangrelor may be considered. ^{251–254}	IIb	A
In older ACS patients, ^d especially if HBR, ^c clopidogrel as the P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered. ^{242,243,291}	IIb	B

Pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered in patients undergoing a primary PCI strategy. ^{244,245}	IIb	B
Pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered in NSTEMI-ACS patients who are not expected to undergo an early invasive strategy (<24 h) and do not have HBR. ^{c, 263}	IIb	C
Pre-treatment with a GP IIb/IIIa receptor antagonist is not recommended. ²⁹²	III	A
Routine pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor in NSTEMI-ACS patients in whom coronary anatomy is not known and early invasive management (<24 h) is planned is not recommended. ^{244,247,248,293–295}	III	A

Asiņošanas riska izvērtēšanas skala

Lielie riska faktori	Mazie riska faktori
Indikācijas OAK ilgtermiņa lietošanai	Vecums ≥ 75
Nieru mazspēja (GFĀ < 30 ml/min)	Nieru mazspēja (GFĀ 30 - 59 ml/min)
Hemoglobīns < 11 g/dl	Hemoglobīns 11 – 11,9 g/dl sievietēm, 11-12,9 vīriešiem
Spontāna asiņošanas epizodes, kura prasa hospitalizāciju un.vai transfūzija pēdējo 6 mēn. laikā	Spontāna asiņošanas epizodes, kura prasa hospitalizāciju un.vai transfūzija pēdējo 12 mēn. laikā, ja nav lielo kritēriju
Vidēja/smaga trombocitopēnija ($< 100\,000$)	NSPL/glikokortikoīdu hroniska lietošana
Hroniski asinsreces traucējumi	Cerebrāls infarkts anamnēzē, ja neatbilst lielam kritērijam
Aknu ciroze ar portālu hipertensiju	
Aktīva onkoloģija pēdējo 12 mēn. laikā	
Spontāna intrakraniāla hemorāģija anamnēzē	
Traumatiska intrakraniāla hemorāģija pēdējos 12 mēn.	
Galvas smadzeņu arterovenošanās malformācijas	
Vidēji smags/smags cerebrāls infarkts pēdējo 6. mēn.	
Nesen liela operācija/trauma – pēdējās 30. dienas	
Operācija uz DAPT	

OAC – orālie antikoagulanti

DAPT – duālā antitrombotiskā terapija

Asiņošanas risks ir augsts, ja ir viens lielais vai divi mazie kritēriji

In P2Y ₁₂ receptor inhibitor-naïve patients undergoing PCI, cangrelor may be considered. ^{251–254}	IIb	A
In older ACS patients, ^d especially if HBR, ^c clopidogrel as the P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered. ^{242,243,291}	IIb	B

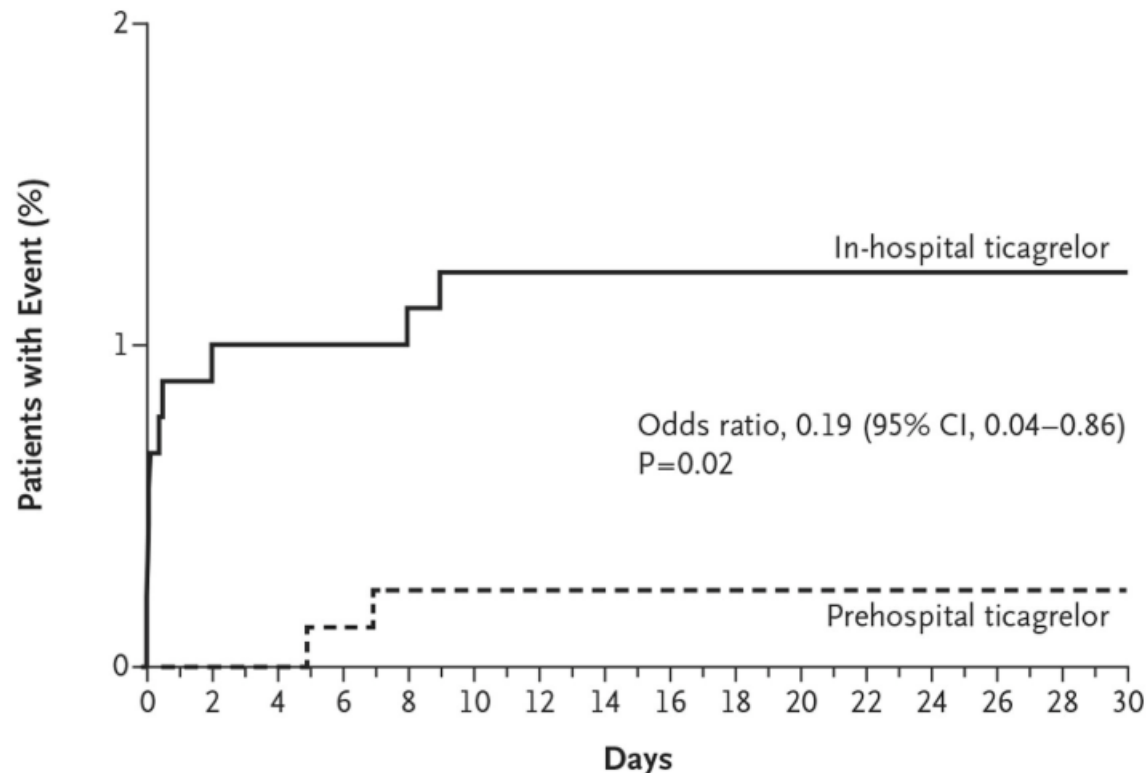
Pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered in patients undergoing a primary PCI strategy. ^{244,245}	IIb	B
Pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered in NSTEMI-ACS patients who are not expected to undergo an early invasive strategy (<24 h) and do not have HBR. ^{c, 263}	IIb	C
Pre-treatment with a GP IIb/IIIa receptor antagonist is not recommended. ²⁹²	III	A
Routine pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor in NSTEMI-ACS patients in whom coronary anatomy is not known and early invasive management (<24 h) is planned is not recommended. ^{244,247,248,293–295}	III	A

Akūts koronārs sindroms

Antiagreganti

Recommendations in 2017 and 2020 versions	Class ^a	LoE ^b	Recommendations in 2023 version	Class ^a	LoE ^b
Recommendations for antiplatelet and anticoagulant therapy in STEMI					
A potent P2Y ₁₂ inhibitor (prasugrel or ticagrelor), or clopidogrel if these are not available or are contraindicated, is recommended before (or at latest at the time of) PCI, and maintained over 12 months, unless there are contraindications such as excessive risk of bleeding.	I	A	Pre-treatment with a P2Y ₁₂ receptor inhibitor may be considered in patients undergoing a primary PCI strategy.	IIb	B

Table 2. Coprimary Efficacy End Points and Related Secondary End Points in the Modified Intention-to-Treat Population.*



	Patients with Event no. (%)	Total No. of Patients
Prehospital ticagrelor	2 (0.2)	906
In-hospital ticagrelor	11 (1.2)	952

	Prehospital Ticagrelor (N = 906) <i>no./no. of patients who could be evaluated (%)</i>	In-Hospital Ticagrelor (N = 952) <i>no./no. of patients who could be evaluated (%)</i>	Odds Ratio (95% CI) [†]	P Value [‡]	Difference (95% CI) [§]
Coprimary end points					
Proportion of ST-segment elevation resolution ≥70% before PCI	672/774 (86.8)	722/824 (87.6)	0.93 (0.69 to 1.25)	0.63	−0.008 (−0.041 to 0.025)
Proportion of TIMI flow grade 3 in infarct- related artery at initial angiography	681/824 (82.6)	711/856 (83.1)	0.97 (0.75 to 1.25)	0.82	−0.004 (−0.040 to 0.032)
or both coprimary end points					
	541/744 (72.7)	571/777 (73.5)	0.96 (0.77 to 1.21)	0.73	−0.008 (−0.052 to 0.037)
or both	677/719 (94.2)	710/751 (94.5)	0.93 (0.60 to 1.45)	0.75	−0.004 (−0.027 to 0.020)
Secondary end points					
Proportion of ST-segment elevation resolu- tion ≥70% after PCI	303/713 (42.5)	353/743 (47.5)	0.82 (0.66 to 1.004)	0.05	−0.050 (−0.101 to 0.001)
Proportion of TIMI flow grade 3 in infarct related artery after PCI	135/760 (17.8)	154/784 (19.6)	0.88 (0.68 to 1.14)	0.34	−0.019 (−0.058 to 0.020)
or both secondary end points					
	73/763 (9.6)	87/775 (11.2)	0.84 (0.60 to 1.16)	0.29	−0.017 (−0.047 to 0.014)
or both	339/684 (49.6)	371/703 (52.8)	0.88 (0.71 to 1.09)	0.23	−0.032 (−0.085 to 0.020)

≥70% or greater after PCI (a secondary end

point) in 42.5% and 47.5% of patients, respectively. The rates of major

bleeding were not significantly different between the two study groups. The

rate of major bleeding was lower in the prehospital group than in the in-hospital

group (1.2% at 30 days). **Rates of major bleeding**

events were low and virtually identical in the two groups, regardless of the bleeding definition

used.



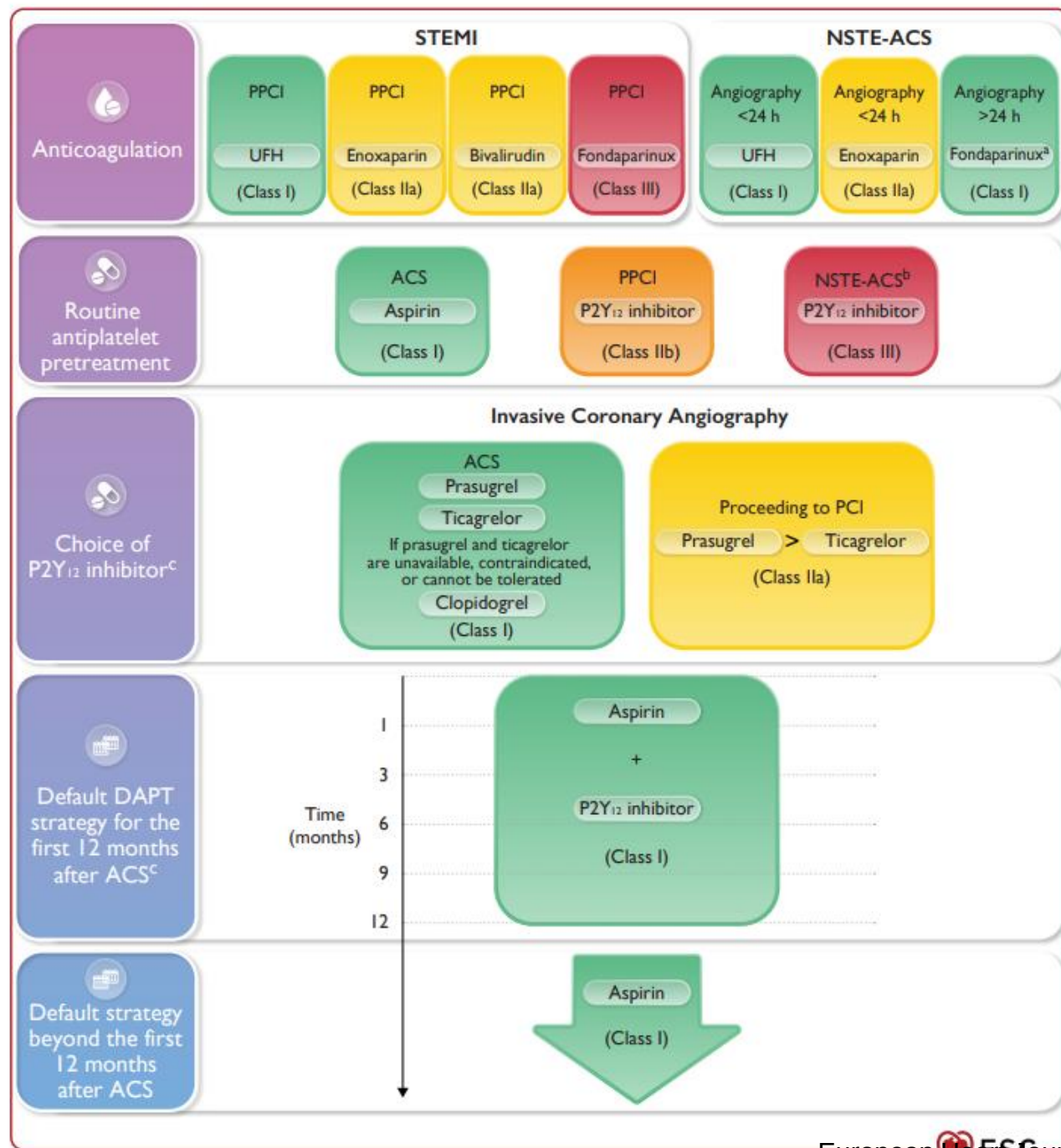
MYOCARDIAL INFARCTION

No Benefit of Ticagrelor Pretreatment Compared With Treatment During Percutaneous Coronary Intervention in Patients With ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention

Methods and Results—Patients with ST-segment–elevation myocardial infarction undergoing primary PCI were included from October 2010 to October 2014 in Sweden. Screening was done using the SWEDEHEART register (Swedish Web-System for Enhancement and Development of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies). A total of 7433 patients were included for analysis with 5438 patients receiving ticagrelor pretreatment and 1995 patients with ticagrelor given only in the catheterization laboratory. The primary end point of the study was 30-day event rates of a composite of all-cause mortality, myocardial infarction (MI), and stent thrombosis. Secondary end points were mortality, MI, or stent thrombosis alone and major in-hospital bleeding. Crude event rates showed no difference in 30-day composite end point (6.2% versus 6.5%; $P=0.69$), mortality (4.5% versus 4.7%; $P=0.86$), MI (1.6% versus 1.7%; $P=0.72$), or stent thrombosis (0.5% versus 0.4%; $P=0.80$) with ticagrelor pretreatment. Three different statistical models were used to correct for baseline differences. No difference in the composite end point, mortality, MI, or stent thrombosis was seen between the 2 groups after statistical adjustment. No increase in in-hospital major bleeding rate was observed with ticagrelor pretreatment.

Conclusions—Ticagrelor pretreatment versus ticagrelor given in the catheterization laboratory in patients with ST-segment–elevation myocardial infarction undergoing primary PCI did not improve the composite end point of all-cause mortality or MI or stent thrombosis or its individual components at 30 days.

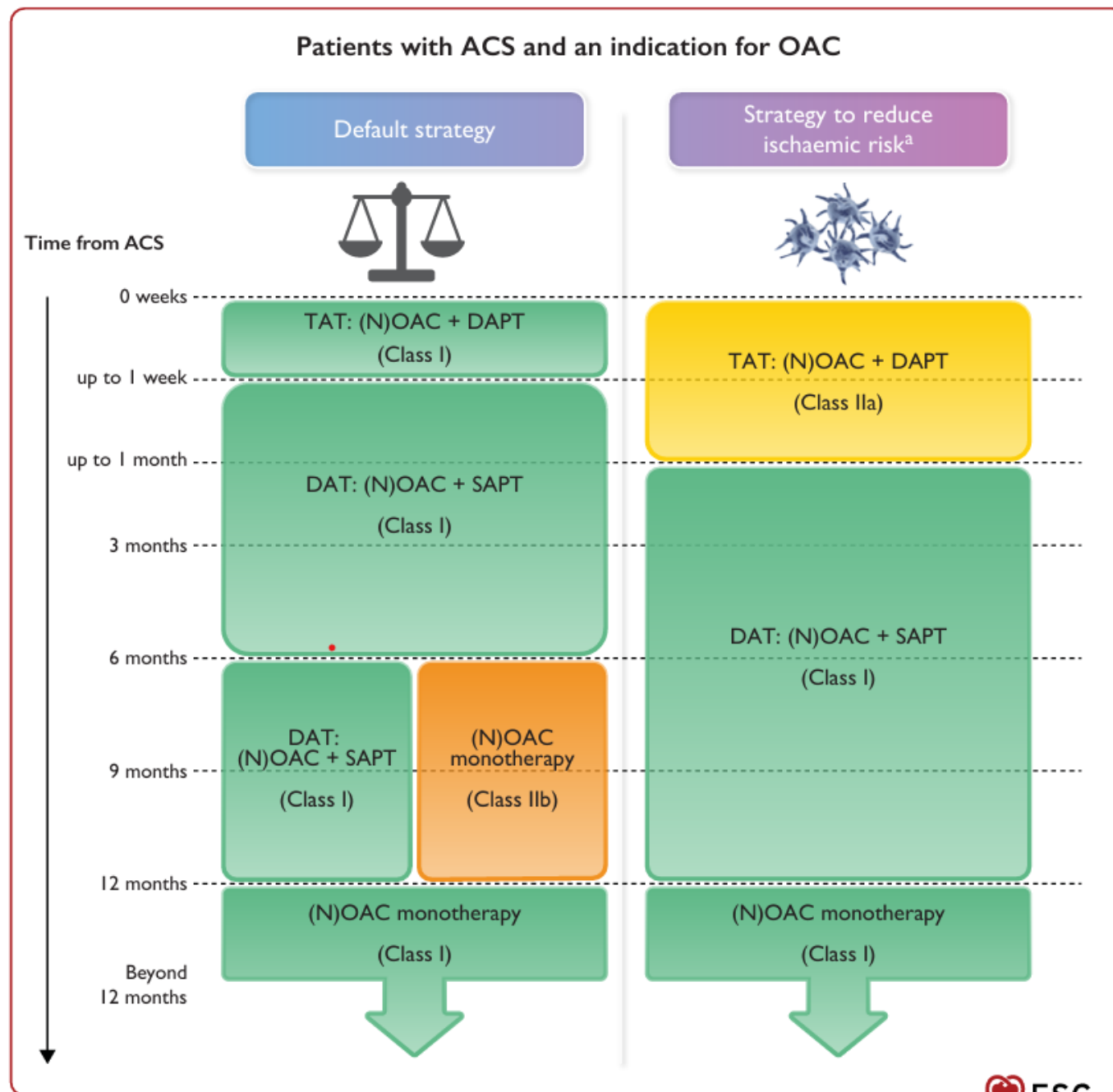
Rekomendētā Antitrombotiskā terapija AKS pacientiem



Orālie antikoagulanti

UN

AKS



Aktuālie jautājumi

1. Hospitalizācijas plāns – ZiemeļVidzeme?
2. Prehospitālas fibrinolīzes?
3. MI ar ST elevācijām + PPCI - P2Y12 inhibītoru uzsākšanas laiks?



Līdzfinansē
Eiropas Savienība



Nacionālais
attīstības plāns



Veselības ministrija



PAULA STRADIŅA
KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTES
SLIMNĪCA

Metodiskās vadības institūcija
kardioloģijā

Eiropas Sociālā fonda Plus projekts Nr. 4.1.2.7/1/24/1/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti"

Antitrombotiskā, tai skaitā fibrinolītiskās jeb trombolītiskās terapijas standarti un alternatīvās iespējas.

Aija Mača-Kalēja

Latvijas Kardioloģijas Centrs, P.Stradiņa KUS

Iekšķīgo slimību katedra, Rīgas Stradiņa Universitāte

Specializētais Medicīnas Centrs, NMPD

09.maijs 2025, Rīga