# Аневризмы брюшной аорты

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I71.3, I71.4 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество»

Аневризма брюшной аорты (АБА) — патологическое расширение аорты, обычно бессимптомное, но способное осложниться разрывом. Рекомендация посвящена выявлению и наблюдению АБА, контролю сердечно-сосудистого риска, выбору сроков и метода реконструкции, включая тактику при разрыве и особых формах аневризм.

## Главное

- АБА диагностируют при наружном диаметре брюшной аорты 3,0 см и более; наиболее точным считают измерение переднезаднего диаметра в плоскости, перпендикулярной оси аорты. Разрыв — кровотечение за пределы истинной стенки аорты с кровью в забрюшинном и/или внутрибрюшинном пространстве.
- Большинство АБА протекает бессимптомно. Боль в животе или спине, болезненность, ощущение пульсации, признаки сдавления органов или эмболии указывают на симптомную аневризму; триада гипотензии, боли и пульсирующего образования при разрыве встречается примерно у половины пациентов.
- Однократное УЗИ для скрининга выполняют мужчинам ≥65 лет, когда-либо курившим, а также мужчинам и женщинам ≥65 лет при наличии родственника первой степени родства с АБА. Пациентов с истинной аневризмой периферических артерий обследуют на АБА каждые 5–10 лет.
- Плановую реконструкцию рассматривают у мужчин при диаметре АБА 5–5,5 см, у женщин при диаметре ≥4,5–5,0 см, а также при симптомах или росте более 1,0 см в год. При быстром росте требуется срочная консультация сердечно-сосудистого хирурга.
- Для малых АБА УЗДС выполняют раз в 3 года при диаметре 3,0–3,9 см, ежегодно при 4,0–4,9 см и каждые 3–6 месяцев при диаметре ≥5,0 см.
- Пациентам с АБА рекомендуется отказаться от курения; регулярно курящим или использующим альтернативные источники доставки никотина рекомендуется полный отказ от никотина. У всех пациентов с АБА рекомендуется здоровый образ жизни, включая физические упражнения и здоровое питание, а также контроль артериального давления, применение статинов и антитромботических средств.
- После ЭЛАБА рекомендуется ранняя визуализация в течение 30 дней. При эндоподтеканиях I и III типов оценивают необходимость повторного вмешательства; увеличение аневризматического мешка на ≥1 см является порогом значимого роста при наблюдении.

## Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез у каждого пациента с подозрением на АБА; уточнить боль в животе или спине, пульсацию, эмболические проявления, симптомы сдавления органов и признаки гемодинамической недостаточности.
2. Провести физикальное обследование, но не исключать АБА при отрицательной пальпации: ее чувствительность менее 50%.
3. При первичном обследовании выполнить общий анализ крови, определить креатинин, натрий, калий, глюкозу, общий белок, СРБ, общий билирубин, мочевую кислоту, ТТГ, АСТ и АЛТ; оценить функцию почек и зарегистрировать ЭКГ.
4. Первым методом визуализации при подозрении на АБА использовать комплексное УЗИ органов брюшной полости и УЗДС аорты. Размер измерять в плоскости, перпендикулярной продольной оси аорты, с обязательной фиксацией положения измерительных меток в протоколе.
5. После выявления или подтверждения АБА по УЗИ/УЗДС выполнять КТА аорты для оценки протяженности поражения, осложнений, разрыва, выбора метода лечения и планирования операции. При КТА диаметр также измеряют в ортогональной плоскости с захватом всей толщины стенки.
6. После подтверждения АБА выполнить трансторакальную ЭхоКГ для исключения аневризмы грудной аорты и оценки клапанной патологии; ЭКГ в покое необходима для выявления ишемии, зубца Q и нарушений ритма или проводимости.

7. При подозрении на разрыв у гемодинамически стабильного пациента предпочтительна срочная КТА брюшной аорты. При нестабильности следует рассмотреть срочную КТА торакоабдоминального отдела аорты, если состояние позволяет провести исследование; при невозможности пациент доставляется непосредственно в операционную для хирургической или интраоперационной визуализации.
8. У пациентов младше 60 лет или при семейном анамнезе, если АБА нельзя объяснить только негенетическими причинами, провести генетическое консультирование до генетического тестирования.

## Лечение

- Специального препарата, доказанно замедляющего рост АБА до операции, нет; доксициклин, бета-адреноблокаторы и ингибиторы АПФ не показали такой эффективности. При среднем САД ≥130 мм рт. ст. или среднем ДАД ≥80 мм рт. ст. рекомендуется антигипертензивная терапия для снижения сердечно-сосудистого риска (РКО I C; УДД 5; УУР C).
- Терапия статинами умеренной или высокой интенсивности рекомендуется пациентам с АБА независимо от диаметра аневризмы; при атеросклерозе аорты рекомендуется терапия статинами согласно действующим клиническим рекомендациям по нарушениям липидного обмена. Перед плановой операцией терапию статинами следует начать по возможности минимум за 4 недели (ESVS/EOK I A; УДД 4; УУР C).
- При сопутствующей атероме и/или пенетрирующей атеросклеротической язве можно назначить АСК 75–100 мг внутрь 1 раз в сутки длительно, если нет противопоказаний (РКО IIA C; УДД 5; УУР C).
- Плановую реконструкцию выполняют при достижении указанных диаметральных порогов, быстром росте более 1 см в год или появлении симптомов, связанных с АБА. У большинства пожилых пациентов с подходящей анатомией предпочтительна ЭЛАБА; при ожидаемой продолжительности жизни более 10–15 лет и отсутствии противопоказаний у более молодых пациентов первой линией может быть открытая реконструкция.
- При разрыве у пациента с подходящей анатомией предпочтительна эндоваскулярная реконструкция; при нестабильности допустима баллонная окклюзия аорты для проксимального контроля. До операции у находящегося в сознании пациента используют допустимую гипотензию, обычно с целевым САД 70–90 мм рт. ст. (ESVS/EOK I B; УДД 4; УУР C).
- При симптомной аневризме с болью пациента госпитализируют в реанимацию; при стабильности, купировании боли и снижении АД операцию выполняют срочно, в течение 48–72 часов. При усилении боли или наличии предикторов разрыва показана экстренная операция.
- При микотической АБА ранняя диагностика, немедленное назначение системных антибактериальных препаратов и своевременное хирургическое лечение имеют решающее значение. После реконструкции антибиотикотерапию продолжают 6–12 месяцев или пожизненно; реконструкцию выполняют независимо от диаметра аневризмы.
- Перед открытой реконструкцией до пережатия аорты вводят нефракционированный гепарин 50–100 МЕ/кг внутривенно для профилактики тромбоэмболии (ESVS/EOK I A; УДД 3; УУР B).
- Для открытой и эндоваскулярной реконструкции рекомендуется периоперационная системная антибиотикопрофилактика для профилактики инфекционных осложнений.

## Когда направить и как наблюдать

- Обнаруженную при несосудистом обследовании АБА направляют к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для дальнейшего обследования и лечения (ESVS/EOK I A; УДД 1; УУР B).
- При росте АБА ≥1 см в год требуется срочное направление к сердечно-сосудистому хирургу и дополнительная визуализация (ESVS/EOK IIa C; УДД 4; УУР C). Симптомную АБА направляют экстренно.
- При подозрении на разрыв, симптомной или осложненной АБА, гигантской аневризме более 9 см, тромбозе аневризмы или периферической тромбоэмболии показана экстренная госпитализация.
- Пациентов со стабильным разрывом госпитализируют в учреждение с круглосуточным сосудистым отделением; крайне тяжелых пациентов при недоступности специализированного стационара доставляют в ближайший хирургический стационар с последующим вызовом сердечно-сосудистой бригады санитарной авиацией.
- При реконструкции АБА рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м² расценивают как тяжелую почечную недостаточность и направляют пациента к нефрологу; перед плановой операцией требуется оценка и улучшение функции почек.

## Частые вопросы

**Какой диаметр считать аневризмой брюшной аорты?**

АБА диагностируют при диаметре брюшной аорты 3,0 см и более. Измерение выполняют в плоскости, перпендикулярной оси аорты; основным ориентиром при УЗДС считают переднезадний размер.

**Когда направлять пациента на плановую реконструкцию?**

Мужчин направляют при диаметре 5–5,5 см, женщин — при диаметре ≥4,5–5,0 см. Независимо от диаметра показаниями также являются симптомы и рост более 1 см в год.

**Как часто наблюдать малую АБА?**

УЗДС выполняют раз в 3 года при диаметре 3,0–3,9 см, ежегодно при 4,0–4,9 см и каждые 3–6 месяцев при диаметре ≥5,0 см.

**Что делать при внезапной боли у пациента с АБА?**

Следует немедленно подозревать симптомную АБА или разрыв и организовать экстренную госпитализацию. У гемодинамически стабильного пациента предпочтительна срочная КТА; при нестабильности решение о визуализации принимает сосудистая команда, а при невозможности КТА пациента доставляют в операционную.

**Как наблюдать пациента после ЭЛАБА?**

В течение 30 дней выполняют УЗИ или КТА для оценки эндоподтекания, перекрытия компонентов, зон герметизации и размера мешка. При эндоподтекании I или III типа оценивают необходимость повторного вмешательства; при увеличении мешка на ≥1 см после эндоподтекания II типа также рассматривают повторное лечение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/53-anevrizmy-bryushnoj-aorty. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/53_2