Расслоение аорты

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I71.0, I72.1 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению

Острый аортальный синдром — жизнеугрожающие состояния, при которых происходит нарушение целостности стенки аорты; он включает расслоение аорты, интрамуральную гематому и пенетрирующую атеросклеротическую язву. Рекомендация посвящена распознаванию, подтверждению диагноза, антиимпульсной терапии, выбору хирургической или эндоваскулярной тактики и последующему наблюдению.

Главное

- О расслоении аорты следует думать при внезапной сильной боли в груди, спине или животе, особенно максимальной в момент начала; возможны синкопе, неврологический дефицит, различие давления на конечностях, дефицит пульса и признаки мальперфузии.
- По Стэнфордской классификации тип А включает восходящую аорту. По длительности выделяют острое расслоение менее 14 дней, подострое 15–90 дней и хроническое более 90 дней.
- Мальперфузия означает уменьшение кровотока к артериальному руслу жизненно важного органа; клинические ориентиры — уменьшенный или асимметричный пульс конечности, ишемия мозга, внутренних органов, почек, спинного мозга или нижних конечностей.
- Компьютерно-томографическая ангиография аорты подтверждает диагноз расслоения; для первоначальной визуализации также выполняют исследование брахиоцефальных артерий и сосудов нижних конечностей.
- В острой фазе всем пациентам с ОАС необходимы обезболивание и антиимпульсная терапия. Целевые показатели: САД 100–120 мм рт. ст. и ЧСС менее 60 в минуту; при гипотензии объем крови восполняют до САД 90 мм рт. ст.
- Острое расслоение типа А требует быстрого решения вопроса об операции, обычно в течение 24 часов; выбор тактики принимает мультидисциплинарная аортальная команда.
- После расслоения аорты бета-адреноблокаторы назначают пожизненно при отсутствии противопоказаний для контроля частоты сердечных сокращений и артериального давления.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить внезапность, интенсивность и локализацию боли, иррадиацию, синкопе, неврологические и ишемические симптомы, а также личный и семейный анамнез аневризм, расслоения аорты и внезапной смерти. УУР С, УДД 4.
2. Выполнить физикальное обследование: измерить АД на обеих руках и ногах, сравнить пульсацию на брахиоцефальных артериях и нижних конечностях, оценить признаки аортальной регургитации и мезентериальной ишемии. УУР С, УДД 4.
3. Зарегистрировать 12-канальную ЭКГ для оценки сердечного ритма, нарушений проводимости и изменений комплекса QRS; выполнить прицельную рентгенографию органов грудной клетки для дифференциальной диагностики. УУР С, УДД 4–5.
4. Провести эхокардиографию как предварительное визуализирующее исследование. Трансторакальная эхокардиография не исключает ОАС и не должна быть единственным методом визуализации при подозрении на него. УУР С, УДД 5.
5. Подтвердить диагноз КТА аорты с исследованием брахиоцефальных артерий и сосудов нижних конечностей; «золотым стандартом» считается МСКТ-панаортография с ЭКГ-синхронизацией. УУР С, УДД 5.
6. Для начальной диагностической визуализации при подозрении на ОАС с учетом рисков использовать чреспищеводную эхокардиографию или МР-ангиографию с контрастированием. При подозрении на травматическое повреждение аорты КТА является методом выбора, а при ее недоступности выполняют чреспищеводную эхокардиографию. УУР С, УДД 5; для чреспищеводной эхокардиографии при ТПА — УУР С, УДД 2.

7. На первичном этапе определить общий анализ крови и мочи, креатинин, мочевину, электролиты, глюкозу, тропонины и другие показатели биохимии; при подготовке к операции дополнительно исследовать кислотно-основное состояние, лактат, коагулограмму, группу крови и резус-фактор. УУР С, УДД 5.

Лечение

- В острой фазе сочетать внутривенное обезболивание морфином и антиимпульсную терапию. Морфин разводят в 0,9% растворе натрия хлорида; вводят 2–4 мг внутривенно медленно, повторяя по 2–4 мг каждые 5–15 минут до купирования боли или появления побочных эффектов.
- Метопролол вводят внутривенно медленно по 5 мг каждые 2 минуты до суммарной дозы 15 мг под контролем ЭКГ и АД. При хорошей переносимости через 15 минут переходят на прием внутрь до 50 мг каждые 6 часов в течение 48 часов.
- Если бета-адреноблокаторы противопоказаны или плохо переносятся, для контроля ЧСС используют внутривенные блокаторы кальциевых каналов — верапамил или дилтиазем. При сохраняющейся гипертензии после бета-адреноблокатора добавляют нитроглицерин внутривенно: обычно начинают с 10–20 мкг/мин, повышая скорость; максимальная указанная скорость — 166 мкг/мин.
- Неосложненное острое расслоение типа B лечат медикаментозно с контролем боли, АД и ЧСС. У пациентов с признаками высокого риска можно рассмотреть TEVAR в период от 24 часов до 90 дней; профилактическое TEVAR также рекомендовано для снижения поздних аортальных осложнений и смертности.
- При осложненном расслоении типа B с разрывом или мальперфузией выполняют TEVAR при подходящей анатомии. Если анатомия не позволяет провести TEVAR, выбирают открытое реконструктивное вмешательство; фенестрация может применяться для уменьшения последствий осложнений.
- При остром расслоении типа A вопрос об операции решают в кратчайший срок, обычно в течение 24 часов. При церебральной мальперфузии хирургическое лечение показано; при мезентериальной мальперфузии возможно эндопротезирование нисходящей аорты с фенестрацией стент-графта и стентированием ветвей брюшной аорты, при этом сроки операции на грудной аорте определяют индивидуально.
- При осложненной острой ИМГ типа A или B необходимо срочное вмешательство в течение 24 часов. Неосложненную ИМГ типа B вначале лечат консервативно; при расширении гематомы, разрыве интимы, сохраняющихся или рецидивирующих симптомах либо признаках высокого риска рассматривают TEVAR.
- При ПАЯ операция показана при разрыве, поражении восходящей аорты с ИМГ, сохраняющейся боли или признаках высокого риска. Для бессимптомной ПАЯ к таким признакам относятся максимальный диаметр 13–20 мм и более, максимальная глубина 10 мм и более, увеличение размеров в динамике, сочетание с мешотчатой аневризмой или нарастание плеврального выпота.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при остром расслоении аорты и осложненном хроническом расслоении.
- Плановая госпитализация нужна при симптомах мальперфузии мозга, внутренних органов, почек или нижних конечностей, при аортальной регургитации, аневризме аорты и перед плановой операцией.
- Пациентов с острым расслоением типа A, которым возможны хирургические или эндоваскулярные методы, а также пациентов с тяжелой сопутствующей патологией следует направлять в экспертные центры, выполняющие не менее 30–40 операций в год.
- Лечение травматического повреждения аорты проводят в многопрофильном стационаре со специализированными травматологическим и сосудистым отделениями и опытом операций на аорте.
- Выписка возможна после стабилизации состояния в подострой или хронической стадии и при отсутствии показаний к экстренной операции.

Частые вопросы

Какую боль считать подозрительной на расслоение аорты?

Наиболее характерна внезапная сильная боль в груди или спине, часто максимальная в момент начала и описываемая как разрывающая или колющая. Возможны также боль в животе, синкопе, неврологические симптомы и признаки ишемии конечностей.

Какой метод подтверждает расслоение аорты?

Основным методом является КТА аорты; для начальной оценки дополнительно исследуют брахиоцефальные артерии и сосуды нижних конечностей. Чреспищеводная эхокардиография и МР-ангиография с контрастированием используются как альтернативы с учетом рисков.

Какие цели антиимпульсной терапии при ОАС?

Целевые значения — САД 100–120 мм рт. ст. и ЧСС менее 60 в минуту. Препаратом начальной терапии служит внутривенный бета-адреноблокатор, преимущественно метопролол, при отсутствии противопоказаний.

Когда при осложненном расслоении типа B нужен TEVAR?

При осложненном типе B TEVAR выполняют при разрыве или мальперфузии и подходящей анатомии. При неподходящей анатомии используют открытое реконструктивное вмешательство; фенестрация может применяться для уменьшения последствий осложнений.

Как наблюдать пациента после лечения расслоения?

После лечения типа A или ИМГ с резидуальной патологией КТА выполняют через 1, 6 и 12 месяцев, затем при стабильном состоянии ежегодно. После острого расслоения типа B нужен длительный осмотр хирурга каждые 3 месяца, а КТА выполняют ежегодно или при признаках прогрессирования.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/946-rassloenie-aorty. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/946_1