# Аортальная недостаточность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 05.11.2026 · МКБ-10: I06.1, I35.1, Q23.1, Q23.8, Q23.9 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии "Российское общество рентгенологов и радиологов"

Аортальная недостаточность — порок аортального клапана с обратным током крови из аорты в левый желудочек в диастолу. Рекомендация описывает диагностику, наблюдение, медикаментозное ведение и показания к хирургической коррекции у взрослых пациентов с острой и хронической АН.

## Главное

- Хроническая АН может годами протекать без симптомов; при декомпенсации появляются одышка, ортопноэ, сердечная астма, утомляемость и возможные ангинозные боли. Только клинического осмотра недостаточно: нужна ЭхоКГ для количественной оценки ЛЖ.
- Тяжесть хронической АН оценивают как легкую, умеренную или тяжелую; цифровые степени 1–4 для диагноза использовать не следует.
- ЭхоКГ — ключевой метод подтверждения АН, оценки тяжести, прогноза, сроков и способа лечения; выполняется всем пациентам с признаками или симптомами АН. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 5.
- При расширении корня или восходящей аорты >40 мм показаны КТА аорты с ЭКГ-синхронизацией или МРТ сердца и магистральных сосудов для уточнения размеров, стенки аорты и исключения расслоения/аневризмы. ЕОК/РКО I B, УУР B, УДД 3.
- Операция показана при симптомной АН независимо от функции ЛЖ, а также бессимптомным пациентам при КСР ЛЖ >50 мм, индексе КСР ЛЖ >25 мм/м² у пациентов малого роста и веса или ФВ ЛЖ <50%. ЕОК/РКО I B.
- После механического протеза АК нужна пожизненная терапия антагонистами витамина К с контролем МНО; целевое МНО 2,5 при отсутствии факторов риска и 3,0 при наличии ≥1 фактора риска. ЕОК/РКО I B.
- Все пациенты с АН и после протезирования АК наблюдаются пожизненно. ЭхоКГ при бессимптомной АН: каждые 6–12 мес при тяжелой, каждые 1–2 года при умеренной, каждые 3–5 лет при легкой. Для пожизненного наблюдения: ЕОК/РКО I C, УУР C, УДД 5; для указанной периодичности ЭхоКГ: ЕОК/РКО I A, УУР C, УДД 5.

## Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: одышка при нагрузке/в покое, приступы удушья, боли в груди, сердцебиение, пульсации; уточнить лихорадку, стоматологические и хирургические вмешательства, транскатетерные процедуры, аневризму или расслоение восходящей аорты. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 5.
2. Провести осмотр и аускультацию: оценить пульсацию артерий, АД и пульсовое давление; искать диастолический шум у правого/левого края грудины, ослабление I и II тонов, шум Остина Флинта, III тон. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 5.
3. Выполнить базовые лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи всем пациентам первично, при наблюдении не реже 1 раза в год и при госпитализации. ЕОК/РКО I C, УУР C, УДД 5.
4. Сделать ЭКГ в 12 отведениях для оценки ритма, QRS, нарушений ритма и проводимости. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 5.
5. Выполнить трансторакальную ЭхоКГ: подтвердить АН, определить морфологию АК, тяжесть регургитации, размеры и объемы камер, функцию желудочков, систолическое давление в легочной артерии; при ДАК измерить корень и восходящую аорту. ЕОК/РКО I B.
6. Если ТТ-ЭхоКГ недостаточно информативна или данные противоречивы, использовать ЧП-ЭхоКГ или МРТ сердца с контрастированием; ЧП-ЭхоКГ не нужна рутинно при хорошей трансторакальной визуализации. ЕОК/РКО IIa C для ЧП-ЭхоКГ и МРТ; ЕОК/РКО III A против рутинной ЧП-ЭхоКГ.
7. Перед открытым, транскатетерным или гибридным вмешательством выполнить КАГ при возрасте >40 лет, анамнезе/симптомах ИБС, признаках ишемии, ФВ ЛЖ <50%, ≥1 факторе риска ИБС или постлучевом поражении. ЕОК/РКО I A, УУР C, УДД 5.

## Лечение

- При ревматической АН проводить антибактериальную профилактику обострений ревматической лихорадки: антибиотики пенициллинового ряда 10 лет после последнего обострения или до 40 лет; при высоком риске — пожизненно. ЕОК/РКО I A, УУР C, УДД 5.
- АГ у бессимптомных пациентов с АН или при умеренной АН лечить по рекомендациям по АГ; при дилатации аорты препаратами первой линии названы иАПФ или бета-адреноблокаторы. ЕОК/РКО IIa B, УУР C, УДД 5.
- При тяжелой АН с клиническими проявлениями, расширением ЛЖ (КСР ЛЖ >50 мм либо индекс КСР ЛЖ >25 мм/м²) и/или дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ <50%), если риск операции выше риска медикаментозного лечения либо ожидаемая продолжительность жизни <1 года, использовать консервативную терапию для коррекции АГ и сердечной недостаточности. ЕОК/РКО I B, УУР B, УДД 3.
- Медикаментозная терапия ХСН при тяжелой АН проводится по рекомендациям по ХСН; в тексте перечислены диуретики, иАПФ/БРА, бета-адреноблокаторы, калийсберегающие диуретики, валсартан + сакубитрил, антагонисты альдостерона, дапаглифлозин/эмпаглифлозин. ЕОК/РКО I A, УУР C, УДД 5.
- Хирургическая коррекция АН показана пациентам с симптомами сердечной недостаточности независимо от ФВ ЛЖ. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 5.
- У бессимптомных пациентов операция показана при тяжелой АН и КСР ЛЖ >50 мм, индексе КСР ЛЖ >25 мм/м² у пациентов малого роста/веса или ФВ ЛЖ <50%. ЕОК/РКО I B, УУР B, УДД 3.
- Клапаносохраняющая пластика АК возможна у специально отобранных пациентов в центрах с опытом, если ожидается стойкий результат; лучшие кандидаты — АН I типа с расширением корня аорты и нормальными створками или II типа с пролапсом створок. ЕОК/РКО I B, УУР C, УДД 4.
- ТИАК при изолированной АН не рекомендована; как жизне-спасающее вмешательство она может обсуждаться только у отдельных пациентов с противопоказаниями к операции с ИК в опытном центре. ЕОК/РКО III B, УУР C, УДД 5.

## Когда направить и как наблюдать

- Подозрение на острую АН на фоне острого расслоения аорты или инфекционного эндокардита — экстренная госпитализация в стационар с возможностью кардиохирургического лечения. ЕОК/РКО I C, УУР C, УДД 5.
- Особенно срочно оценивать пациентов с застойной сердечной недостаточностью в покое, сердечной астмой, гипотензией или перенесенными синкопе.
- Выписка из стационара возможна после клинической стабилизации и реализации выбранной стратегии лечения; далее нужен амбулаторный этап с обязательными профилактическими осмотрами. ЕОК/РКО I C, УУР C, УДД 5.
- Если во время госпитализации выявлено другое основное заболевание, требующее приоритетного лечения, после стабилизации пациента переводят в профильное отделение. ЕОК/РКО I C, УУР C, УДД 5.
- Первый послеоперационный осмотр после хирургической коррекции — через 2–4 недели после выписки; ЭхоКГ выполнить, если ее не делали при выписке. ЕОК/РКО IIa C, УУР C, УДД 5.

## Частые вопросы

**Какие симптомы заставляют думать о декомпенсации аортальной недостаточности?**

Прогрессирующая одышка, ортопноэ, приступы сердечной астмы, утомляемость, нарушения ритма сердца и боли в груди. При острой тяжелой АН возможны отек легких и кардиогенный шок.

**Какой метод подтверждает диагноз и определяет тяжесть АН?**

Основной метод — трансторакальная ЭхоКГ с оценкой морфологии клапана, тяжести регургитации, размеров камер сердца и функции желудочков; при ДАК также оценивают диаметр корня аорты и восходящей аорты. ЕОК/РКО I B.

**Когда бессимптомного пациента с тяжелой АН направлять на операцию?**

При КСР ЛЖ >50 мм, индексе КСР ЛЖ >25 мм/м² у пациентов малого роста и веса или ФВ ЛЖ <50%. Также операция обсуждается при низком хирургическом риске и более ранних признаках ремоделирования: индекс КСР ЛЖ >22 мм/м², ИКСО >45 мл/м² и/или ФВ ЛЖ <55%.

**Как часто наблюдать бессимптомную АН?**

ЭхоКГ выполняют каждые 6–12 месяцев при тяжелой АН, каждые 1–2 года при умеренной и каждые 3–5 лет при легкой. Все пациенты наблюдаются пожизненно.

**Какие целевые значения МНО после механического протеза аортального клапана?**

При механическом клапане нужен пожизненный АВК. Целевое МНО — 2,5 с диапазоном 2,0–3,0 без факторов риска тромбоэмболий и 3,0 с диапазоном 2,5–3,5 при наличии хотя бы одного фактора риска.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/983-aortalnaya-nedostatochnost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/983_1