

## Реваскуляризація кишечника при гострій мезентеріальній ішемії: клінічні спостереження

**Мета роботи:** продемонструвати клінічні випадки успішної реваскуляризації кишечника при гострій мезентеріальній ішемії (ГМІ), що попередили його некроз та дозволили уникнути резекції, а також визначити чинники, які б сприяли ширшому впровадженню даних оперативних втручань.

**Матеріали і методи.** Наведено клінічні випадки 2-х пацієнтів, яким виконано емболектомію з верхньої брижової артерії із приводу ГМІ.

**Результати.** Успіх лікування ГМІ залежить від її ранньої діагностики та забезпечується міждисциплінарною командою, у склад якої входять загальні та судинні хірурги, лікарі функціональної діагностики та відділення інтенсивної терапії. Для підтвердження діагнозу ГМІ використовували комп'ютерну томографію (КТ) з ангіоконтрастуванням. Обом пацієнтам виконано тромбемболектомію з верхньої брижової артерії через відкриту лапаротомію. Результатом своєчасної реваскуляризації стало збереження життєздатності й цілісності кишечника, раннє відновлення його функції та одужання пацієнтів. Але, навіть після оптимально виконаної операції в ранньому післяопераційному періоді спостерігались гіпотензія, явища ниркової недостатності, які вимагали відповідної корекції.

**Висновки.** Успіх лікування ГМІ залежить від її ранньої діагностики. Своєчасна реваскуляризація дозволяє зберегти цілісність і життєздатність кишечника, попередити його некроз та розвиток перитоніту, а також зберегти життя пацієнту.

**Ключові слова:** гостра мезентеріальна ішемія; реваскуляризація кишечника; емболектомія з верхньої брижової артерії.

**Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень та публікацій.** Гостру мезентеріальну ішемію (ГМІ) спричиняє раптове припинення кровотоку через мезентеріальні судини. Діагностика даної патології залишається тяжкою, оскільки симптоми зазвичай неспецифічні. Однак патологічний стан хворого швидко погіршується, призводячи до некрозу кишечника, перитоніту. Незважаючи на обширні резекції кишечника, смертність сягає 80–90 % [1, 2]. Причиною високої летальності є несвоєчасна діагностика, тяжка супутня патологія, відсутність можливості надання на місці спеціалізованої судинної допомоги, декомпенсація вітальних функцій у ранньому післяопераційному періоді [3, 4].

Гостра мезентеріальна ішемія може бути також спричинена оклюзійними або неоклюзійними чинниками, з первинною етіологією, яку далі визначають як емболію мезентеріальних артерій (50 %), тромбоз мезентеріальних артерій (15–25 %) або тромбоз мезентеріальних вен (5–15 %) [5, 6]. Загальна частка пацієнтів із ГМІ складає лише 0,1–0,2 % від усіх госпіталізацій з невідкладною хірургічною патологією, що є нечастою причиною абдомінального болю, але частою при-

чиною невідкладної резекції кишки. А тому клінічне настороження, швидка діагностика та втручання є важливими чинниками зниження рівня смертності [7].

Традиційно ГМІ лікують відкритою хірургією, застосовуючи обширні резекції кишечника. За останні десятиліття швидкий розвиток методів діагностики дозволив застосовувати ширше методи реваскуляризації кишечника зі збереженням його цілісності, й зробив цей підхід важливою альтернативою для пацієнтів з оклюзією верхньої брижової артерії. Результати деяких досліджень показали, що вчасна реваскуляризація різко знизила показники смертності порівняно з традиційними відкритими резекціями кишечника [8, 9].

Успіхом в лікуванні ГМІ є міждисциплінарний командний підхід, який залучає ургентних абдомінальних та судинних хірургів, рентгенологів, лікарів інтенсивної терапії та інших спеціалістів. Оцінка та терапія, які проводить міждисциплінарна група, мають утримувати інтервал часу до реперфузії якомога коротшим. Проте, незважаючи на, здавалось би, вчасно виконані та успішні операції щодо відновлення мезентеріального кровопостачання, летальність їх сягає до 40 %, яка зу-

мовлена розвитком поліорганної недостатності в ранньому післяопераційному періоді [10].

**Мета роботи:** продемонструвати клінічні випадки успішної ревазуляризації кишечника при гострій мезентеріальній ішемії (ГМІ), що попередили некроз його та дозволили уникнути резекції, а також визначити чинники, які б сприяли ширшому впровадженню даних оперативних втручань.

**Матеріали і методи.** На базі КНП «Тернопільська міська лікарня швидкої допомоги» за 2021–2024 рр. проліковано 12 хворих із ГМІ. 2-м пацієнтам виконали ревазуляризуючі оперативні втручання, які закінчились відновленням кровопостачання у кишечнику та дозволили уникнути його резекції.

### **Результати. Клінічний випадок 1.**

Хворого К. 79-ти років 05.02.2022 р. о 19<sup>00</sup> год госпіталізовано у КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» із раптовим болем в животі, що виник за 3 год до госпіталізації.

При огляді: живіт м'який, здутий, дифузна помірна болючість при пальпації, перистальтика відсутня, симптоми подразнення очеревини відсутні. Нудота, блювання відсутні. Випорожнення було зранку, без особливостей. Сечовипускання не порушене.

Супутня патологія: миготлива аритмія, тахіформа.

УЗД живота: роздуті петлі кишечника, вільна рідина у черевній порожнині відсутня.

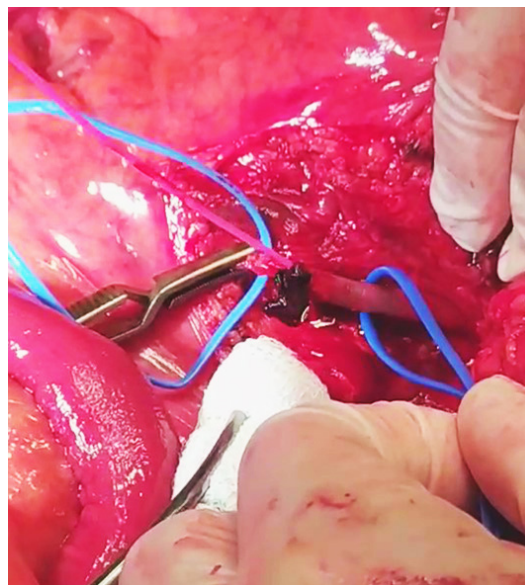
З лабораторних аналізів: лейкоцитоз –  $10,8 \times 10^{12}/л$ , сечовина – 12,8 ммоль/л, креатинін – 168 мкмоль/л.

У зв'язку з підозрою на ГМІ виконано КТ із контрастним ангіоскануванням, встановлено оклюзію верхньої брижової артерії 2 см дистальніше відходження її від аорти.

З діагнозом: емболія верхньої брижової артерії, ГМІ пацієнта о 22<sup>30</sup> год взяли в операційну. Виконали оперативне втручання: лапаротомію, тромбемболектомію з верхньої брижової артерії (рис. 1). Кровопостачання кишечника відновлено, необхідності в резекції кишечника не було.

Перистальтика відновилась на 2-гу добу після операції. На 3-ю добу післяопераційного періоду спостерігали здуття живота, нудоту. Встановлено назогастральний зонд, виділилось до 0,5 л застійного вмісту, проте через 3 год зонд забрали у зв'язку зі зривом ритму серцевої діяльності. У ранньому післяопераційному періоді спостерігали збільшення сечовини та креатиніну в крові відповідно до 32 ммоль/л та 290 ккмоль/л з максимумом на 4-ту добу, лейкоцитоз – до  $22,8 \times 10^{12}/л$ , які відкоригували консервативною терапією, електролі-

ти були у межах норми. Протягом 6–7 діб після операції спостерігали гіпотензію до 70–80 мм рт. ст., що вимагало постійної інфузії вазопресорів. Дренажі з черевної порожнини забрали на 4-ту добу.



**Рис. 1.** Тромбемболектомія з верхньої брижової артерії.

Виписали пацієнта на 12-ту добу післяопераційного періоду у відносно задовільному стані. Перебуває під спостереженням хірурга за місцем проживання. Останній контрольний огляд – у жовтні 2024 р., почуває себе задовільно, скарг пацієнт не має. Отримує постійну антикоагулянтну терапію препаратом «Ривароксабан» – 20 мг на добу.

### **Клінічний випадок 2.**

Пацієнтку Г. 66-ти років 21.10.2024 р. о 9<sup>00</sup> год госпіталізовано в КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» із болем у животі. Зі слів хворої, біль турбує упродовж 2-х днів, супроводжується блюванням і проносом.

При огляді: живіт м'який, здутий, болючий у ділянці пупка, перистальтика ослаблена, симптоми подразнення очеревини відсутні. Гази не відходять. Сечовипускання не порушене.

Супутня патологія: ішемічна хвороба серця (ІХС). Кардіосклероз із метаболічною кардіоміопатією. Гіпертонічна хвороба III ст. Дуже високий кардіоваскулярний ризик. Стан після перенесеного ішемічного інсульту (19.04.2024 р.). Аортально-мітральна вада серця з переважанням стенозів. Операція (19.11.2015 р.): протезування аортального та мітрального клапанів. Серцева недостатність ІІА ст. зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ – 53 %) Цукровий діабет 2 типу.

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

З лабораторних аналізів: лейкоцитоз –  $11,3 \times 10^{12}/л$ , глюкоза у крові –  $7,4$  ммоль/л, амілаза –  $275$  г/л, прокальцитонін –  $37,23$  нг/мл. Сечовина та креатинін при госпіталізації у межах норми.

УЗД живота: виражений метеоризм, вільна рідина у черевній порожнині відсутня.

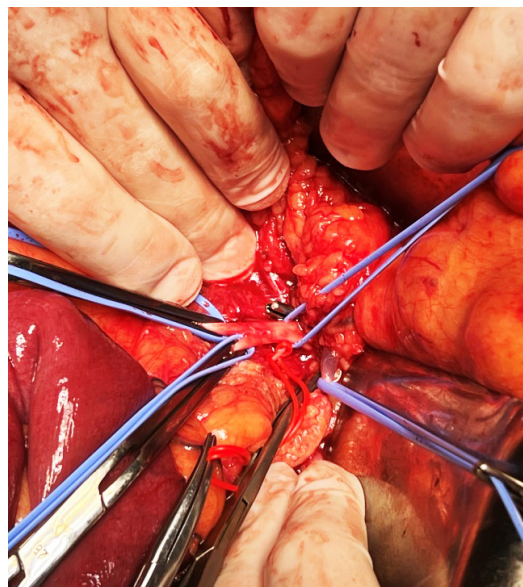
КТ-ангіографія: пристінковий дефект наповнення лівого передсердя. Стан після протезування аортального та мітрального клапанів (2015 р). Лівобічний плевральний випіт. Локальний дефект

наповнення верхньої брижової артерії (ембол?) зі збереженим контрастуванням дистальних гілок артерії. Вільної рідини у черевній порожнині не виявлено (рис. 2, 3).

З діагнозом: емболія верхньої брижової артерії, ГМІ пацієнтку 21.10.2024 р. о 14<sup>30</sup> год взяли в операційну. Виконали оперативне втручання: лапаротомію, тромбемболектомію з верхньої брижової артерії (рис. 4, 5). Кровообіг кишечника відновлено, необхідності у резекції його не було.



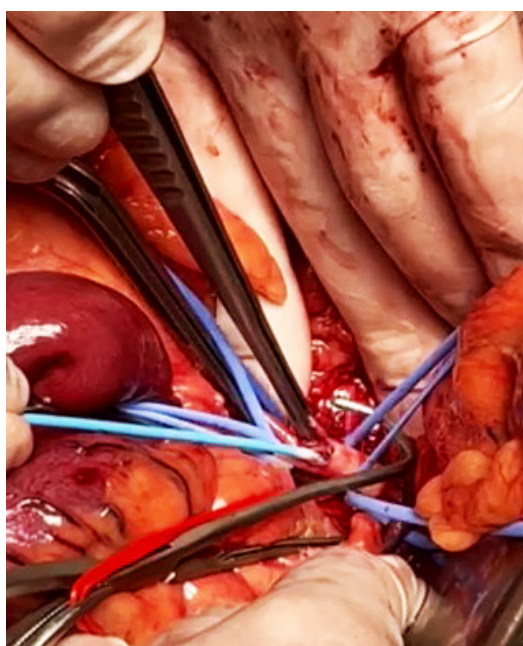
**Рис. 2.** КТ-ангіографія. Емболія верхньої брижової артерії. Фронтальна проекція.



**Рис. 4.** Мобілізація верхньої брижової артерії.



**Рис. 3.** КТ-ангіографія. Емболія верхньої брижової артерії. Сагітальна проекція.



**Рис. 5.** Тромбемболектомія з верхньої брижової артерії.

Післяопераційний період клінічно перебігав відносно гладко, пацієнтка почувала себе задовільно, біль у животі не турбував, перистальтика відновилась на 2-гу добу. Проте в лабораторних показниках спостерігали лейкоцитоз до  $20,1 \times 10^{12}/л$ , кількість паличкоядерних лейкоцитів зросла до 34 %, сечовина – до 26,6 ммоль/л, креатинін – до 315 мкмоль/л. Глюкоза у крові утримувалась в межах 7,2–8 ммоль/л. Найбільш вираженими лабораторні зміни були на 4-ту добу післяопераційного періоду і поступово нормалізувались у результаті консервативного лікування.

Як і першому випадку, в ранньому післяопераційному періоді спостерігали гіпотензію, що потребувала інфузії невеликих доз вазопресорів.

Виписано пацієнтку на 13-ту добу післяопераційного періоду у відносно задовільному стані. На контрольному огляді була в січні 2025 р., відчуває себе задовільно, скарг жінка не має. Отримує постійну антикоагулянтну терапію препаратом «Ривароксабан» – 20 мг на добу.

**Обговорення.** Основною метою хірургічного лікування пацієнтів з ГМІ є реваскуляризація кишечника і резекція його некротичних ділянок. Успіх лікування ГМІ залежить в основному від її ранньої діагностики [11]. Результати вивчення патофізіологічних механізмів демонструють, що вже протягом 6 год після виникнення симптомів ГМІ розвиваються незворотні зміни у слизовій оболонці кишки, її інфільтрація лейкоцитами та формування вільних радикалів. За даними [12], летальність підвищується з 50 до 60 % у разі затримки лікування на 6–12 год від початку перших симптомів захворювання, з 80 до 100 % – при затримці лікування на >24 год. Відповідно, потенціал життєздатності кишки є наближеним до 100 %, коли часовий інтервал від початку перших симптомів до оперативного лікування не перевищує 12 год, 56 % – коли цей інтервал становить 12–24 год, і лише 18 % – коли інтервал >24 год. На жаль, сьогодні не має достовірних клінічних симптомів та лабораторних маркерів, які б змогли підтвердити діагноз ГМІ.

Найпоширенішими методами діагностики залишаються УЗД та КТ із контрастуванням судин. Проте чутливість УЗ-діагностики становить близько 45–50 %, що зумовлено вираженим метеоризмом. Часто вона неінформативна при дистальній оклюзії мезентеріального русла, або неоклюзійних формах ГМІ. Проте виявлення вільної рідини у черевній порожнині при підозрі на ГМІ є прямим показанням до ургентної лапаротомії.

Чутливість КТ з ангіоскануванням становить 96 % [13]. Проте, якщо в більшості оточуючих лікарнях КТ доступна цілодобово, контрастування

судин проводять лише у робочий час і виклик з дому персоналу в позаробочий час для його проведення відтермінує діагностику. Крім цього, у великій частині хворих із ГМІ спостерігають підвищення сечовини і креатиніну, що ставить питання про введення контрасту.

Важливу роль у досягненні результату лікування ГМІ є формування міждисциплінарної команди, в склад якої входять загальні та судинні хірурги, лікарі функціональної діагностики та відділення інтенсивної терапії. Необхідно зазначити, що постановка діагнозу та визначення тактики й об'єму лікування у нас в клініці проводилось вже на етапі КТ, що дозволило взяти пацієнтів в операційну в межах 6 год від госпіталізації. Але навіть у спеціалізованих мультидисциплінарних центрах лікування ГМІ (intestinal stroke center) частота реваскуляризацій становила лише 35 % [14, 15].

Розвитком ендовакуляричних технологій дозволило широко їх застосовувати при хірургічному лікуванні ГМІ. За даними [11, 16], вони дозволили знизити летальність до 30–40 %. Проте, за даними [17], при емболії верхньої брижової артерії ендовакулярні методики не мають переваги над відкритою лапаротомією, де є можливість оцінити життєздатність кишечника, колір його стінок, перистальтику, межі його некротичних змін. Крім цього, застосування ендовакулярних тромбектомій вимагає у 31 % після себе повторних «second-look»-оперативних втручань у межах 12–48 год після реваскуляризації для оцінки життєздатності кишечника [13].

Обом пацієнтам виконано лапаротомію, емболектомію з верхньої брижової артерії. Доступ до артерії проведено через корінь брижі тонкої кишки, що цілком достатньо при емболії.

У післяопераційному періоді в обох пацієнтів спостерігали зростання сечовини та креатиніну, стійку гіподинамію, що були компенсовані та призведені до норми інфузійною терапією в межах тижня після втручання. Причинами даного явища є реперфузійні ушкодження стінки кишечника, навіть за відсутності його некротичних змін [18, 19].

**Висновки.** 1. Успіх лікування ГМІ залежить від її ранньої діагностики.

2. Своєчасна реваскуляризація дозволяє зберегти цілісність і життєздатність кишечника, попередити його некроз та розвиток перитоніту, а також зберегти життя пацієнту.

3. Лікування ГМІ забезпечується міждисциплінарною командою, у склад якої входять загальні та судинні хірурги, лікарі функціональної діагностики та відділення інтенсивної інтенсивної терапії.

4. Пацієнтам з емболією верхньої мезентеріальної артерії емboleктомія виконується через відкриту лапаротомію, що дозволяє не тільки виконати реваскуляризацію кишечника, але і дає можливість оцінити життєздатність його, колір стінок, перистальтику, межі некротичних змін, а також при розвитку його некрозу.

**Конфлікт інтересів.** Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

**Джерела фінансування.** Власні кошти автора.

**Внесок автора.** Вайда А. Р. – дослідження, аналіз та інтерпретація, візуалізація, написання статті.

### СПИСОК БІБЛІОГРАФІЧНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Acute mesenteric ischemia: a challenge for the acute care surgeon / J. M. Kärkkäinen et al. *Scand J Surg.* 2021. No. 110 (2). P. 150–158.
2. Козак І. О. Гостра мезентеріальна ішемія: клініка, діагностика, лікування (огляд літератури). *Клінічна анатомія та оперативна хірургія.* 2015. Т. 14. № 2. С. 77–81.
3. Luther B., Mamopoulos A., Lehmann C., Klar E. The Ongoing Challenge of Acute Mesenteric Ischemia. *Visc Med.* 2018. No. 34 (3). P. 217–223.
4. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery / M. Bala et al. *World J Emerg Surg.* 2022. No. 17 (1). P. 54.
5. Acosta S. Mesenteric ischemia. *Curr Opin Crit Care.* 2015. No. 21. P. 171–178.
6. Clair D. G., Beach J. M. Mesenteric ischemia. *N Engl J Med.* 2016. No. 374. P. 959–968.
7. Surgical outcomes in acute mesenteric ischemia: has anything changed over the years? / M. A. Acosta-Mérida et al. *World J Surg.* 2020. No. 44 (1). P. 100–107.
8. Hospital-based delays to revascularization increase risk of postoperative mortality and short bowel syndrome in acute mesenteric ischemia / L. M. Tran et al. *J Vasc Surg.* 2022. No. 75 (4). P. 1323–1333.
9. The implementation of a pathway and care bundle for the management of acute occlusive arterial mesenteric ischemia reduced mortality / M. Tolonen et al. *J Trauma Acute Care Surg.* 2021. No. 91 (3). P. 480–488.
10. Robles-Martín M. L., Reyes-Ortega J. P., Rodríguez-Morata A. A Rare Case of Ischemia-Reperfusion Injury After Mesenteric Revascularization. *Vasc Endovascular Surg.* 2019. No. 53 (5). P. 424–428.
11. Kühn F., Schiergens T. S., Klar E. Acute Mesenteric Ischemia. *Visc Med.* 2020. – No. 36 (4). P. 256–262.
12. Мішалов В. Г., Криворчук І. Г. Методи діагностики гострої мезентеріальної ішемії та оцінка їх ефективності. *Укр. мед. часопис.* 2013. Т. 4 (96). С. 139–141.
13. Monita M. M., Gonzalez L. Acute Mesenteric Ischemia. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
14. Revascularization of acute mesenteric ischemia after creation of a dedicated multidisciplinary center / A. Roussel et al. *J Vasc Surg.* 2015. No. 62 (5). P. 1251–1256.
15. Sakamoto T., Kubota T., Funakoshi H., Lefor A. K. Multidisciplinary management of acute mesenteric ischemia: Surgery and endovascular intervention. *World J Gastrointest Surg.* 2021. No. 13 (8). P. 806–813.
16. Advancements in Revascularization Strategies for Acute Mesenteric Ischemia: A Comprehensive Review / J. J. Gries et al. *J Clin Med.* 2024. No. 13. P. 570.
17. Outcomes of different acute mesenteric ischemia therapies in the last 20 years: A meta-analysis and systematic review / L. Houet et al. *Vascular.* 2022. No. 30 (4). P. 669–680.
18. Luther B., Mamopoulos A., Lehmann C., Klar E. The ongoing challenge of acute mesenteric ischemia. *Visc Med.* 2018. No. 34. P. 217–223.
19. Даниленко І. А. Лікування пацієнтів з гострим порушеннями мезентеріального кровообігу (огляд літератури). *Вісник СумДУ. Серія Медицина.* 2010. № 2. С. 64–76.

### REFERENCES

1. Kärkkäinen JM. Acute mesenteric ischemia: a challenge for the acute care surgeon. *Scand J Surg.* 2021; 110(2):150-158.
2. Kozak IO. Hostra mezenterial'na ishemiya: klinika, diahnostryka, likuvannya (ohlyad literatury) [Acute mesenteric ischemia: clinical features, diagnostics, treatment (literature review)]. *Klinichna anatomiya ta operatyvna khirurgiya.* 2015; 14(2):77-81. Ukrainian.
3. Luther B, Mamopoulos A, Lehmann C, Klar E. The Ongoing Challenge of Acute Mesenteric Ischemia. *Visc Med.* 2018; 34(3):217-23.
4. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg.* 2022 Oct 19; 17(1):54.
5. Acosta S. Mesenteric ischemia. *Curr Opin Crit Care.* 2015; 21:171-78.
6. Clair DG, Beach JM. Mesenteric ischemia. *N Engl J Med.* 2016; 374:959-68.
7. Acosta-Mérida MA, Marchena-Gómez J, Saavedra-Santana P, et al. Surgical outcomes in acute mesenteric ischemia: has anything changed over the years? *World J Surg.* 2020; 44(1):100-107.
8. Tran LM, Andraska E, Haga L, et al. Hospital-based delays to revascularization increase risk of postoperative mortality and short bowel syndrome in acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg.* 2022; 75(4):1323-333.
9. Tolonen M, Lemma A, Vikatmaa P, et al. The implementation of a pathway and care bundle for the management of acute occlusive arterial mesenteric ischemia reduced mortality. *J Trauma Acute Care Surg.* 2021; 91(3):480-88.
10. Robles-Martín ML, Reyes-Ortega JP, Rodríguez-Morata A. A Rare Case of Ischemia-Reperfusion Injury After Mesenteric Revascularization. *Vasc Endovascular Surg.* 2019 Jul; 53(5):424-28.
11. Kühn F, Schiergens TS, Klar E. Acute Mesenteric Ischemia. *Visc Med.* 2020 Aug 4; 36(4):256-62.
12. Mishalov VH, Kryvorchuk IH. Metody diahnostryky hostroyi mezenterial'noyi ishemiyi ta otsinka yikh efektyvnosti [Methods of diagnosing acute mesenteric ischemia and assessing their effectiveness]. *Ukr. med. chasopys.* 2013; 4(96):139-41. Ukrainian.
13. Monita MM, Gonzalez L. Acute Mesenteric Ischemia. In:

## З ДОСВІДУ РОБОТИ

*StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.*

14. Roussel A, Castier Y, Nuzzo A, et al. Revascularization of acute mesenteric ischemia after creation of a dedicated multidisciplinary center. *J Vasc Surg.* 2015 Nov; 62(5):1251-256.

15. Sakamoto T, Kubota T, Funakoshi H, Lefor AK. Multidisciplinary management of acute mesenteric ischemia: Surgery and endovascular intervention. *World J Gastrointest Surg.* 2021 Aug 27; 13(8):806-13.

16. Gries JJ, Virk HU, Chen B, et al. Advancements in Revascularization Strategies for Acute Mesenteric Ischemia: A Comprehensive Review. *J Clin Med.* 2024; 13:570.

17. Hou L, Wang T, Wang J, Zhao J, Yuan D. Outcomes of different acute mesenteric ischemia therapies in the last 20 years: A meta-analysis and systematic review. *Vascular.* 2022 Aug; 30(4):669-80.

18. Luther B, Mamopoulos A, Lehmann C, Klar E. The ongoing challenge of acute mesenteric ischemia. *Visc Med.* 2018; 34:217-23.

19. Danylenko I. A. Likuvannya patsiyentiv z hostryim porushennyamy mezenterial'noho krovoobihu (ohlyad literatury) [Treatment of patients with acute disorders of mesenteric circulation (literature review)]. *Visnyk SumDU. Seriya Medytsyna.* 2010; 2:64-76. Ukrainian.

Отримано 24.01.2025

Електронна адреса для листування: [vayda@tdmu.edu.ua](mailto:vayda@tdmu.edu.ua)

A. R. VAYDA

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine  
MnPO «Ternopil City Municipal Emergency Hospital», Ternopil, Ukraine*

### INTESTINAL REVASCULARIZATION IN ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA: CLINICAL REPORTS

**The aim of the work** – to demonstrate the clinical cases of successful intestinal revascularization in acute mesenteric ischemia (AMI), that prevented bowel necrosis and avoided its resection, as well as to identify factors that would contribute to the broader spread of these surgical interventions.

**Materials and Methods.** The clinical cases of two patients who underwent embolectomy from the superior mesenteric artery for AMI are represented.

**Results.** Successful treatment of AMI depends on early diagnosis and a multidisciplinary approach involving general and vascular surgeons, as well as specialists in functional diagnostics and intensive care. Computed tomography with vascular contrast was used to confirm the diagnosis of acute mesenteric ischemia. Both patients underwent thromboembolectomy from the superior mesenteric artery via open laparotomy. In time performed revascularization preserved the viability and integrity of the intestine, facilitated early restoration of bowel function, and led to patient recovery. However, even after an optimally performed operation, both patients experienced hypotension and renal failure in the early postoperative period, which required appropriate management.

**Conclusions.** The success of the treatment of acute mesenteric ischemia depends on its early diagnosis. In time performed revascularization not only preserves intestinal integrity and viability, preventing necrosis and peritonitis, but ultimately saves the patient's life.

**Key words:** acute mesenteric ischemia; intestinal revascularization; superior mesenteric artery embolectomy.