

# ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВотоКА

**Иоскевич Н. Н.<sup>1</sup>, Васильчук Л. Ф.<sup>2</sup>, Антоненко С. П.<sup>2</sup>,  
Карпович В. Е.<sup>2</sup>, Кухта А. В.<sup>2</sup>, Валюкевич С. И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** К не решенным проблемам экстренной абдоминальной хирургии относится своевременная диагностика и адекватное лечение острого нарушения артериального мезентериального кровотока [1]. Оно встречается у 1-2% пациентов, госпитализированных в стационары с хирургической патологией [2]. Сложности своевременной диагностики данного заболевания, связанные с отсутствием его характерных патогномотичных симптомов и синдромов, трудности адекватного восстановления кровотока в системе мезентериальных артерий обуславливают высокие показатели летальности, колеблющейся в пределах 85-100% [3].

**Цель** – анализ дифференцированной хирургической тактики при остром нарушении артериального кровотока в системе верхней брыжеечной артерии.

**Методы исследования.** В 2024-2025 гг. под нашим наблюдением находилось 6 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение УЗ «Гродненская университетская клиника» которым после комплексного обследования был выставлен клинический диагноз тромбоза верхней брыжеечной артерии, острое нарушение мезентериального кровотока. Из обследованных 4 – мужчины, 2 – женщины. Возраст пациентов колебался от 50 до 86 лет. В анамнезе пациентов – ИБС, кардиосклероз, приступы пароксизмов мерцательной аритмии. Помимо физикального обследования в момент госпитализации пациентам выполнялась инструментальная диагностика, включающая – ультразвуковое исследование брюшной полости, КТ-ангиографию и рентгеноконтрастную ангиографию.

**Результаты и их обсуждение.** Диагностика острого нарушения мезентериального кровотока, обусловленного тромбозом верхней брыжеечной артерии на догоспитальном этапе оказалась затруднительной. Ни один из поступивших в стационар пациентов не имел направляющего диагноза острого нарушения мезентериального кровотока. Основным его клиническим проявлением был болевой синдром. Последний в 4 случаях возник внезапно и характеризовался высокой степенью интенсивности. У 2 пациентов боль носила нарастающий характер. Одновременно всех пациентов беспокоила тошнота, в 3 случаях – неоднократная рвота. В течение первого часа от начала заболевания госпитализированы 2 пациента, от 1 до 3 часов – 2, спустя 12 часов –

2. В 3 случаях выставлялся диагноз врачами отделений скорой медицинской помощи острого панкреатита, в 3 – острого холецистита.

Обследование пациентов в стационаре включало в себя, прежде всего проведение дифференциальной диагностики между основными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. В ее основе лежало использование комплексного алгоритма инструментальных методов обследования. Оно включало выполнение прежде всего УЗИ брюшной полости. Его данные оказывались малоинформативными: отсутствие свободной жидкости в брюшной полости, повышенное количество газа в петлях тонкой кишки (пневматизация). Однако наличие интенсивного болевого синдрома в брюшной полости наводило на предположение о возможном нарушении кровотока в системе верхней брыжеечной артерии. Для его подтверждения использовалась КТ- ангиография. Она позволила установить в 3 случаях окклюзию верхней брыжеечной артерии на уровне ее отхождения от брюшной аорты и в 3 случаях – на уровне отхождения от верхней брыжеечной артерии средней ободочной артерии.

Трем пациентам после КТ-ангиографии сразу выполнялась лапаротомия с открытой тромбэктомией из верхней брыжеечной артерии. Еще в 3 случаях после КТ-ангиографии производилась рентгенконтрастная ангиография. Она сопровождалась успешной тромбэкстракцией со стентированием первого сегмента верхней брыжеечной артерии (2 пациента) или только тромбэкстракцией (1 пациент). В 1 случае выполнить удаление тромбов из верхней брыжеечной артерии рентгенэндоваскулярно технически не удалось. Пациенту была выполнена открытая тромбэктомия. Всем пациентам после рентгенэндоваскулярного восстановления кровотока по ВБА сразу выполнялась лапаротомия. Ни в одном случае признаков разлитого перитонита обнаружено не было.

Во время лапаротомии оценивалось состояние тонкой и толстой кишки с определением распространенности их ишемического поражения и границами резекции. При выполнении резекции кишок отступали от видимой границы не жизнеспособной ее части в проксимальном направлении на 15-20 см, а в дистальном – на 10-15 см. Резекция только тонкой кишки с илеотрансверзоанастомозом выполнена 4 пациентам, а в сочетании с правосторонней гемиколэктомией и илеостомией – 2. Макроскопически на нежизнеспособной части тонкой кишки имелись множественные очаги деструкции стенки 20 на 20 см, 15 на 25 см с истонченной стенкой.

**Выводы.** В основе своевременной диагностики острого нарушения кровотока в системе верхней брыжеечной артерии лежит глубокое знание ее клинических проявлений. Они являются фактором, указывающим на необходимость выполнения визуализации артерии с неотложным восстановлением кровотока по ней преимущественно рентгенэндоваскулярным методом. Вслед за этим в течение первых 15-20 мин необходимо выполнение резекции нежизнеспособной части тонкой, а при необходимости и толстой кишок.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Quek, E. Lessons of the month 1: Mesenteric ischaemia secondary to infective endocarditis / E. Quek, B. Monkman, Y. Modani // *Clinical Medicine*. – 2022. – Vol. 22, № 3. – P. 282-284.
2. A new clinical severity score for the management of acute small bowel obstruction in predicting bowel ischemia : a cohort study / C-H. Wassmer, R. Revol, I. Uhe [et al.] // *International journal of surgery*. – 2023. – Vol. 109, № 6. – P. 1620-1624.
3. Стратегия диагностики и лечения пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения в условиях многопрофильного стационара / А. А. Завражлов, И. А. Соловьев, А. Л. Оглоблин [и др.] // *Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 36-40.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Каратай В. О., Пригаженок Е. В., Борейшо Т. Д.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Вегетососудистая дистония (ВСД) – это синдром, проявляющийся в виде разнообразных нарушений вегетативных функций, связанных с расстройством нейрогенной регуляции и возникающих по причине нарушения баланса тонической активности симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. [1] Актуальность проблемы вегетативной дистонии (ВД) в детском и подростковом возрасте обусловлена ее высокой распространенностью и существенным риском трансформации в органическую патологию. По данным ряда исследований, этот синдром выявляется у каждого третьего подростка. [2] Расстройства вегетативной регуляции не следует отождествлять с физиологическими особенностями пубертатного периода. Вегетативная дистония наблюдается в различных возрастных группах, однако в подростковом возрасте она приобретает характер первичного клинического синдрома, имеющего медико-социальное значение. В клинических проявлениях ВД отмечается серьезная недооценка значимости ранних нарушений функции ССС для формирования здоровья подрастающего поколения как со стороны педиатров, так и родителей. Педиатры сталкиваются с полиморфизмом жалоб пациентов, неспецифичностью симптомов и общей нечеткостью клинической картины, которая не всегда имеет объективное инструментальное подтверждение. Родители, в свою очередь, часто считают рекомендации по коррекции образа жизни недостаточными, настаивая на расширенном обследовании, активной медикаментозной терапии и