

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2026.2.145>

М. И. Грубинов<sup>1</sup>, А. В. Дороневич<sup>1</sup>, Е. И. Кременецкий<sup>1</sup>,  
Р. Ф. Ермолкевич<sup>1</sup>, М. Н. Ходосовский<sup>2</sup>

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (С ОПИСАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр  
Вооруженных Сил Республики Беларусь», Минск, Республика Беларусь<sup>1</sup>  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь<sup>2</sup>

*Острая кишечная непроходимость является одной из наиболее опасных патологий желудочно-кишечного тракта, требующих своевременной диагностики и неотложного лечения. Она возникает, когда прямой поток кишечного содержимого прерывается или ухудшается механической причиной, чаще всего это внутрибрюшные спайки, злокачественные новообразования и грыжи. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2018 г. в мире количество вновь выявленных случаев колоректального рака составило 1,8 млн, из них осложненных кишечной непроходимостью – до 30 %.*

*Описанный клинический случай иллюстрирует, что необходима комплексная оценка заболеваний органов брюшной полости с абдоминальным болевым синдромом, у лиц старше 65 лет, как группы риска высокой коморбидности и нетипичного течения заболеваний. Требуется междисциплинарного подхода в диагностике, что поможет избежать ошибок тактике лечения заболевания.*

**Ключевые слова:** кишечная непроходимость, гастроэнтерит, диарея.

M. I. Grubinov<sup>1</sup>, A. V. Doronevich<sup>1</sup>, E. I. Kremenetsky<sup>1</sup>, R. F. Ermolkevich<sup>1</sup>, M. N. Khodosovsky<sup>2</sup>

## DIFFICULTIES IN DIAGNOSING ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN THE ELDERLY (WITH A CLINICAL CASE DESCRIPTION)

432 Order of the Red Star Main Military Clinical Medical Center of the Armed Forces  
of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus<sup>1</sup>  
Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus<sup>2</sup>

*Acute intestinal obstruction is one of the most dangerous pathologies of the gastrointestinal tract, requiring timely diagnosis and urgent treatment. It occurs when the direct flow of intestinal contents is interrupted or worsened by a mechanical cause, most often intra-abdominal adhesions, malignant neoplasms and hernias. According to the World Health Organization, in 2018, the number of newly diagnosed cases of colorectal cancer worldwide amounted to 1.8 million, of which up to 30 % were complicated by intestinal obstruction.*

*We have described a clinical case of obstructive colonic obstruction with late a fatal outcome, described the stages of diagnosis and treatment in a hospital setting in Minsk. The described clinical case illustrates that a comprehensive assessment of abdominal diseases with intestinal syndrome is necessary in people over 65 years of age, as a risk group for high comorbidity and atypical course of diseases. It requires an interdisciplinary approach to diagnosis, which will help to avoid errors in the tactics of treating the disease.*

**Key words:** intestinal obstruction, gastroenteritis, diarrhea.

Острая кишечная непроходимость является одной из наиболее опасных патологий желудочно-кишечного тракта, требующих своевременной диагностики и неотложного лечения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2018 г. в мире количество вновь выявленных случаев колоректального рака составило 1,8 млн,

из них осложненных кишечной непроходимостью – до 30 %. Смертность от острой кишечной непроходимости, в Республике Беларусь, по данным 2018 г., составила 0,5 случаев на 100.000 населения. При оценке по гендерному распределению установлено, что колоректального рака чаще страдают мужчины [2, 6].

Она возникает, когда прямой поток кишечного содержимого прерывается или ухудшается механической причиной, чаще всего это внутрибрюшные спайки, злокачественные новообразования и грыжи [1, 2]. При спаечной болезни, её клиническая картина часто характеризуется неспецифическими симптомами, что затрудняет дифференциальную диагностику с другими острыми состояниями, включая абдоминальный синдром, проявляющийся в виде функциональных нарушений моторики и симптомов сходных с состояниями: функциональное нарушения органов пищеварения, острый гастроэнтерит, острый панкреатит, острый аппендицит, острый панкреатит, прободная язва желудка и 12-перстной кишки, мезентеральный тромбоз [3]. Особенно сложной является диагностика при наличии сочетанных патологий или атипичных проявлений, что увеличивает риск задержки начала адекватного лечения и развития осложнений [4, 5].

### **Клинический случай**

Пациент С., 87 лет, около 15.00 почувствовал резкое ухудшение самочувствия, стала беспокоить разлитая, постоянного характера, боль в животе, рвота дважды, приносящая облегчение, кашицеобразный стул (до 20 раз), небольшими порциями, без примесей, позже появились ложные позывы на дефекацию, рвоту. В течении последующего времени боли сохранялись. В связи с чем, в 22:00 обратился в приемное отделение

В приемном отделении была выполнена обзорная R-графия органов брюшной полости. Заключение: Множественные уровни жидкости в расширенных петлях тонкой и толстой кишок. Свободный газ в брюшной полости не визуализируется (рис. 1).

Пациент был осмотрен дежурным хирургом. Заключение хирурга: убедительных данных за острую хирургическую патологию не выявлено.

Лабораторно: в общем анализе крови, лейкоцитоз  $13,82 \times 10^9 / \text{л}$ ; СРБ 11,2 мг/л; общий анализ крови – в пределах референсных значений. Осмотрен терапевтом приемного отделения, в связи с исключением острой хирургической патологии – выставлен диагноз: Острый гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения. В связи с установлением диагноза «гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения» – показаний для проведения УЗИ – диагностики, органов брюшной полости не было (данный метод исследования не входит в перечень обязательных диагностических исследований, при инфекционных диареях). Пациент госпитализирован в отделение терапевтического профиля.

На вторые сутки, пациент отмечает ухудшение состояния: нарастающую слабость, усиление болей в животе, частые позывы на дефекацию, стул небольшими порциями. При осмотре: живот при пальпации напряженный, болезненный во всех отделах, перитониальные симптомы (Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, поколачивание по передней брюшной стенке) – положительные, нестабильная гемодинамика: пульс 110 уд. в 1 мин., АД 80/55 мм. рт. ст. (стойкое снижение АД, нормотензия с тенденцией к гипотензии). В связи с высокой вероятностью острой кишечной непроходимости, мезотромбоза – пациент направлена на повторно рентгенологическое исследование, с последующей консультацией хирурга:

04.05.2025 R-грамма органов брюшной полости: определяются уровни жидкости, в виде одной арки и нескольких разновеликих дуг в петлях кишечника с обеих сторон живота. Свободный газ в брюшной полости не определяется (рис. 2).

Повторный осмотр хирурга, в хирургическом отделении: Данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Рекомендовано выполнить пассаж бария по кишечнику, очистительную клизму.

04.05.2025 выполнено исследование пассажа бария по кишечнику: Через 2, 4 часа после приема водорастворимого контраста основная масса его определяется в петлях тонкой кишки, присутствуют следы контраста в желудке. Сохраняются уровни жидкости с аркоподобно раздутыми над ними петлями толстой кишки, в левых отделах живота; расширенные петли тонкой кишки, с уровнями жидкости, в средних отделах живота. Свободный газ в брюшной полости не визуализируется. Через 6 часов после приема водорастворимого контраста основная масса его по-прежнему определяется в петлях тонкой кишки, присутствуют следы контраста в желудке.

В связи с нарастающей отрицательной клинической картиной (нестабильной гемодинамикой (нарастающей гипотензии: АД 60/40 мм рт. ст.), усилением болей в животе, положительными перитониальными симптомами, появлением признаков почечной недостаточности, ростом воспалительных показателей крови (СРБ 112 мг/л) (табл. 1), пациент переведен в ОИТР.

04.05.2025 выполнено УЗИ – исследование органов брюшной полости: во всех отделах брюшной полости визуализируются расширенные петли тонкого кишечника, диаметром 26 мм., с жидким содержимым, перистальтика прослеживается, вялая, преимущественно маятникообразная.

Повторный осмотр хирурга 04.05.2025: данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Рекомендовано: очистительные клизмы, контроль прохождения бария по кишечнику.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

На третьи сутки, выполнен пассаж бария по кишечнику (через 11 и 18 часов): после приема водорастворимого контраста рентгенологическая картина прежняя – сохраняются уровни жидкости, с аркоподобно раздутыми над ними петлями толстой кишки, в прежней локализации. Основная масса его определяется в петлях тонкой кишки, несколько уменьшилась концентрация. Достоверных признаков контрастирования толстой кишки не получено (рис. 3).

На четвертые сутки, в 11:50 повторно выполнено рентгенологическое исследование органов брюшной полости. В положении полулежа (практически в вертикальном) отмечается вздутие как петель тонкой кишки, так и частично толстой. При этом уровней жидкости на фоне вздутий не определяется. Следы контраста малой интенсивности

в проекции малого таза – в петлях подвздошной кишки (рис. 4).

В 14:24 пациенту выполняется фиброколоноскопия: В просвете толстой кишки на всем протяжении (аппарат введен на 30 см) каловые массы. Осмотр невозможен, исследование не информативно, дальше пройти не удалось. На доступных осмотрах участках слизистой патологии не выявлено.

С учетом имеющихся клинической картины, клинико-лабораторных, инструментальных методов исследования, консилиумом в отделении ОИТР, пациенту был выставлен диагноз: Новообразование сигмовидной кишки. Острая кишечная непроходимость.

Вечером четвертых суток пребывания в стационаре пациент умер.

Таблица 1

Общий анализ крови														
Дата	WBCx10 <sup>9</sup>	RBCx10 <sup>12</sup>	HGB г/л	СОЭ мм/ч	PLTx10 <sup>9</sup>	LYMx %	MONx %	NEU %	BASO %	EOS % <sup>9</sup>				
03.03.25	13,82	4,42	137	-	236	-	-	-	-	-				
04.03.25 (08:00)	10,64	4,2	133	13	187	11,6	2,0	86,2 (п/я 16 %)	0,2	0				
04.03.25 (18:40)	7,3	4,4	135	-	121	-	-	-	-	-				
04.03.25 (06:44)	5,88	4,58	141	-	107	-	-	-	-	-				
Общий анализ мочи														
Дата	Цвет	пр.	уд.вес	реак.	белок	сах.	гиал. цил.	св.эритро. п/з	лейк. п/з	эпит. п/з				
03.03.25	розовый	сл. мут.	1025	5	0,19	отр.	-	10	4-6	0-1				
05.03.25 (05:30)	с/ж	сл. мут.	1015	7,5	10,4	пол.	-	50-60	6-7	0-1				
Биохимический анализ крови														
Дата	о.белок г/л	о.билирубин ммоль/л	креатинин	мочевина	АСТ Е/л	АЛТ Е/л	КФК Е/л	Амилаза Е/л	Глюкоза моль/л	К моль/л	Na моль/л	Cl моль/л	СРБ мг/л	Прокальцитонин нг/мл
03.03.25	-	16	124	-	-	25	-	-	9,8	4,01	140,4	102	11,2	-
04.03.25 (08:00)	61	12	182	16	26	62	-	103	7,38	4,0	142,0	105	112	-
04.03.25 (14:50)	-	-	-	-	-	-	731	199	5,5	-	-	-	174	-
05.03.25 (05:20)	-	15	275	24,3	-	-	-	347	3,2	5,31	134,8	102,1	356,4	61,38
05.03.25 (16:00)	41,4	17,9	329	28,6	177	86,5	1544	383	12,5	5,89	131,7	101	342	68,44
Коагулограмма														
Дата	АЧТВ сек		ПТИ %		Д-димеры нг/мл		Фибриноген г/л							
04.03.25 (15:50)	43,9		93		8		5,0							
05.03.25 (05:30)	53,6		86		12,47		5,7							
05.03.25 (11:00)	50,1		-		-		-							
05.03.25 (17:00) НФГ 1,0мл/ч	124,4		-		-		-							
05.03.25 (22:00) НФГ 0,8мл/ч	85,5		-		-		-							

На аутопсии установлен диагноз: Злокачественное новообразование сигмовидной кишки: Умеренно – дифференцированная тубулярно-папиллярная аденокарцинома сигмовидной кишки рТЗНОМОG2, осложненный обтурационной толстокишечной непроходимостью.

### Обсуждение

Данный клинический случай отличается от классического течения острой кишечной непроходимости и гастроэнтерита по ряду причин. В первую очередь, у пациента отсутствовали характерные признаки острой хирургической патологии, отсутствие свободного газа в брюшной полости на рентгенограмме и отсутствие убедительных данных за острое хирургическое заболевание свидетельствовали о необычном течении.

Клиническая картина вначале напоминала острый гастроэнтерит: боли в животе, диарея с небольшими порциями стула, слабость и повышение воспалительных показателей (лейкоцитоз  $13,82 \times 10^9$ ; СРБ  $11,2 \text{ мг/л}$ ). Эти симптомы характерны для инфекционного гастроэнтерита, что привело к первоначальному предположению о диагнозе «острый гастроэнтерит инфекционного происхождения». Однако прогрессирование симптомов – усиление болей, развитие гипотензии, признаки почечной недостаточности (креатинин  $182 \text{ мкмоль/л}$ , с нарастанием до  $329 \text{ мкмоль/л}$ ; протеинурия  $-10,4 \text{ г/л}$ ), повышение воспалительных показателей (СРБ  $112 \text{ мг/л}$ ) – свидетельствовали о более тяжелом процессе.

Атипичность течения обусловлена развитием опухолевого процесса – аденокарциномы сигмовидной кишки – которая постепенно приводила к обструкции кишечника без явных признаков острой хирургической патологии на ранних этапах. Рост опухоли и развитие обструкции маскировали его клинические проявления под симптомы инфекционного процесса. Отсутствие типичных признаков перфорации или некроза усложняло своевременную диагностику опухоли.

Конкретных данных о точной частоте атипичных вариантов течения опухолей сигмовидной кишки в литературе немного, поскольку такие случаи составляют меньшую часть диагностируемых. Однако известно, что примерно у  $10-15\%$  пациентов рак может протекать без ярко выраженных симптомов или с необычной клинической картиной, что затрудняет своевременную диагностику.

Таким образом, данный случай иллюстрирует сложность диагностики при атипичных проявлениях опухолевых заболеваний кишечника. Он подчеркивает необходимость комплексного подхода к пациентам с тяжелой клинической картиной и неоднозначными результатами исследований для своевременного выявления причин тяжелого состояния и выбора адекватной терапии.

### Заключение

Описанный клинический случай иллюстрирует, что необходима комплексная оценка заболелавний органов брюшной полости с кишечным синдромом, у лиц старше 65 лет, как группы риска высокой коморбидности и нетипичного течения заболеваний. Требуется междисциплинарного подхода в диагностике, что поможет избежать ошибок в тактике лечения заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Литература

1. Jackson, P. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management / Jackson P., Vigiola M. // Am Fam Physician. 2018. № 98(6). С. 362–367.
2. Jackson, P. Evaluation and management of intestinal obstruction / Jackson P., Manish T. R. // World Fam Physician. 2011. № 83(2). С. 159–65.
3. Madyarov, V. Causes of adverse outcomes in acute intestinal obstruction / Madyarov V., Kuzikeev M., Malgazhdarov M., Abzalbek Y., Zhabarkulova G. // J Complement Integr Med. 2023. № 20(4). С. 788–796.
4. Catena, F. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians / Catena F., Bel. De Simone 1, Coccolini F., Sal. Di Saverio, Sartelli M., Ansaloni L. // World J Emerg Surg. 2019. – 7 с.
5. D'Agostino, R., Ali, N. S., Leshchinskiy, S., Cherukuri, A. R., Tam, J. K. Small bowel obstruction and the gastrografin challenge // Abdominal Radiology. 2018. Т. 43, № 11. С. 2945–2954.
6. Черданцев, Д. В. Обтурационная толстокишечная непроходимость / Черданцев Д. В., Первова О. В., Поздняков А. А., Будаев Г. С., Комиссаров С. В., Ефремов Б. И., Гаврилова А. О. // 2025. Т. 9, № 4. С. 241–248.

### References

1. Jackson, R. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management / Jackson R., Vigiola M. // Am Fam Physician. 2018. № 98(6). С. 362–367.
2. Jackson, R. Evaluation and management of intestinal obstruction / Jackson R., Manish T. R. // World Fam Physician. 2011. № 83(2). С. 159–65.
3. Madyarov, V. Causes of adverse outcomes in acute intestinal obstruction / Madyarov V., Kuzikeev M., Malgazhdarov M., Abzalbek Y., Zhabarkulova G. // J Complement Integr Med. 2023. № 20(4). S. 788–796.
4. Catena, F. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians / Catena F., Bel. De Simone 1, Coccolini F., Sal. Di Saverio, Sartelli M., Ansaloni L. // World J Emerg Surg. 2019. – 7 с.
5. D'Agostino, R., Ali, N. S., Leshchinskiy, S., Cherukuri, A. R., Tam, J. K. Small bowel obstruction and the gastrografin challenge // Abdominal Radiology. 2018. Т. 43, № 11. S. 2945–2954.
6. Cherdancev, D. V. Obturacinnaya tolstokishechnaya neprohodimost' / Cherdancev D. V., Pervova O. V., Pozdnyakov A. A., Budaev G. S., Komissarov S. V., Efremov B. I., Gavrilova A. O. // 2025. Т. 9, № 4. S. 241–248.

Поступила 14.01.2026 г.