

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ОГИЛВИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ВЕРХНЕЙ ЛОБЭКТОМИИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

Чижова Ю.С., Дмитриев С.П., Круглов М.Е.

ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», г. Нижний Новгород, Россия.

Синдром Огилви (СО), или острая псевдообструкция толстой кишки, – это разновидность кишечной непроходимости, приводящая к расширению толстой кишки без наличия механического препятствия. Встречается у пациентов и хирургического, и терапевтического профиля. Наиболее часто в литературе описываются случаи СО после оперативного вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. В данной статье мы рассмотрим пример псевдообструкции после верхней лобэктомии левого легкого. Интересным моментом являются результаты компьютерной томографии пациента, выполненной по поводу осложнения основного заболевания, выявившей изменения со стороны кишечника до появления выраженных симптомов непроходимости.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай синдрома Огилви у пациента после верхней лобэктомии левого легкого, выявленного на ранней стадии до развития клинической картины.

Материалы и методы. Пациентке М., 71 год с диагнозом периферический рак верхней доли левого легкого cT1N0M0 1 ст. была выполнена плановая операция – верхняя лобэктомия левого легкого. В послеоперационном периоде в связи с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием.

Результаты. По данным лучевого обследования были выявлены рентгенологические признаки толстокишечной непроходимости до появления характерных клинических симптомов с наличием локального отека стенки ободочной кишки в области селезеночного изгиба. В дальнейшем при повторных МСКТ в данной области механического препятствия не определялось, однако сохранялись признаки илеуса, что соответствует картине синдрома Огилви.

Обсуждение. Синдром Огилви – это редкая разновидность кишечной непроходимости. Клинические проявления типичные, как для любого другого вида илеуса. Диагностирование осуществляется с помощью высокотехнологичных методов лучевой диагностики с наличием характерной рентгенологической семиотики. Однако в нашем случае исследование было проведено до развития клинических признаков непроходимости, и были выявлены изменения, которые, вероятно, предшествуют классической картине синдрома Огилви.

Заключение. МСКТ, проведенная по поводу патологии грудной клетки, позволила выявить изменения со стороны толстой кишки, которые, вероятно, характерны для синдрома Огилви на самой ранней стадии, до появления характерных жалоб, с которыми пациентам обычно выполняется обследование органов брюшной полости..

Ключевые слова: Синдром Огилви, кишечная непроходимость, псевдообструкция толстой кишки, МСКТ.

Контактный автор: Чижова Ю.С. e-mail: julia.raymond.88@mail.ru.

Для цитирования: Чижова Ю.С., Дмитриев С.П., Круглов М.Е. Клинический случай Синдрома Огилви у пациента после верхней лобэктомии левого легкого. REJR 2026; 16(2):180-188. DOI: 10.21569/2222-7415-2026-16-2-180-188.

Статья получена: 05.04.26

Статья принята: 01.08.26

CLINICAL CASE OF OGILVIE SYNDROME IN A PATIENT AFTER UPPER LOBECTOMY OF THE LEFT LUNG

Chizhova Yu.S., Dmitriev S.P., Kruglov M.E.

Nizhny Novgorod Regional Clinical Oncology Dispensary, Nizhny Novgorod, Russia.

Ogilvie's syndrome (OS), or acute colonic pseudo-obstruction, is a type of intestinal obstruction resulting in colonic dilation without mechanical obstruction. It occurs in both surgical and therapeutical patients. The most frequently reported cases of OS are those following abdominal and pelvic surgery. In this article, we will examine a case of pseudo-obstruction following left upper lobectomy. Of interest are the patient's MSCT scan results, performed due to a complication of the underlying condition, which revealed intestinal changes before the onset of significant obstruction symptoms.

Purpose. To demonstrate a clinical case of Ogilvie syndrome in a patient after an upper lobectomy of the left lung, detected at an early stage before the development of the clinical picture.

Materials and methods. Patient M., 71 years old, was diagnosed with peripheral cancer of the upper lobe of the left lung cT1N0M0 1 st. A planned upper lobectomy of the left lung was performed. In the postoperative period, due to suspected pulmonary embolism, multispiral computed tomography (MSCT) with intravenous contrast was performed.

Results. According to the radiation examination, signs of intestinal obstruction were revealed before the appearance of characteristic clinical signs with the presence of local edema of the colon wall in the area of the splenic bend. Later, with repeated MSCT, no mechanical obstruction was detected in this area, but signs of ileus persisted, which corresponds to the picture of Ogilvie syndrome.

Discussion. Ogilvie syndrome is a rare form of intestinal obstruction. Clinical manifestations are typical, as with any other type of ileus. Diagnosis is made using high-tech imaging techniques (MSCT) with characteristic radiographic features. However, in our case, the examination was performed before the development of clinical signs of obstruction, revealing changes that likely precede the classic presentation of Ogilvie syndrome.

Conclusion. Thus, MSCT performed for chest pathology revealed colonic changes likely characteristic of Ogilvie syndrome at a very early stage, before the onset of characteristic complaints that typically lead to abdominal examination.

Keywords: Ogilvie syndrome, intestinal obstruction, pseudoobstruction of the colon, MSCT.

Corresponding author: Chizhova Y.S. e-mail: julia.raymond.88@mail.ru

For citation: Chizhova Yu.S., Dmitriev S.P., Kruglov M.E. Clinical case of Ogilvie Syndrome in a patient after upper lobectomy of the left lung. REJR 2026; 16(2):180-188. DOI: 10.21569/2222-7415-2026-16-2-180-188.

Received: 05.04.25

Accepted: 01.08.26

Синдром Огилви (СО), или острая псевдообструкция толстой кишки, – это разновидность кишечной непроходимости, приводящая к расширению толстой кишки без механического препятствия [1]. Впервые был описан в 1948 году сэром Уильямом Хениджем Огилви [2].

Это редкая патология, частота встречаемости составляет 0,1% среди пациентов хирургического профиля, терапевтического – 0,2%. [3] По данным литературы в структуре кишечной непроходимости СО встречается в 20% случаев. Острая толстокишечная псевдообструкция чаще встречается у мужчин и у пациентов старше 60 лет [4].

Этиология и патогенез до конца неизвестны. Основная версия – дисрегуляция вегетативной нервной системы, которая регулирует моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта [5, 6].

Как известно, парасимпатическая иннервация правых отделов части толстой кишки, от слепой до селезеночного изгиба, исходит от блуждающего нерва. Левые отделы толстой кишки иннервируются волокнами висцеральных тазовых нервов. Симпатическая стимуляция всей толстой кишки исходит из симпатического ствола. Функциональная обструкция связана с нарушением контроля вегетативной нервной системы толстой кишки над ее моторной функцией, это касается как ослабления парасимпатической системы, так и чрезмерной активности симпатической. Возникающее в результате растяжение самого кишечника и растяжение его стенок стимулирует механорецепторы, отвечающие за толстокишечный рефлекс. Это через механизм положительной обратной связи подавляет двигательную активность кишечника. Возникает застой содержимого кишечника и рост бактерий. Микроорганизмы, в свою очередь, производят большое количество газа, который не выводится из организма и еще больше раздувает толстую кишку [7].

Предполагается, что возникновению СО способствуют оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендэктомия) и малого таза (кесарево сечение, гистерэктомия). К предрасполагающим факторам развития псевдообструкции большинство авторов относят злокачественные опухоли, тораковертебральные травмы, церебральный паралич, кардиохирургические вмешательства [8].

Клинические проявления соответствуют типичной картине кишечной непроходимости. Основным клиническим признаком у

пациентов с острой псевдообструкцией толстой кишки является вздутие живота, развивающееся постепенно в течение от трёх до семи дней или быстро в течение 24–48 часов [4]. В большинстве случаев появляется боль в животе, тошнота и рвота. Позднее к жалобам присоединяется запор. В редких случаях вздутие живота может вызывать одышку [9].

Чем больше становится диаметр толстой кишки у пациентов с острой псевдообструкцией, тем больше растет напряжение стенки, увеличивая риск ишемии и перфорации. Когда диаметр слепой кишки превышает 10–12 см и вздутие продолжается более шести дней, риск перфорации толстой кишки значительно увеличивается [4]. Ишемия толстой кишки с последующей перфорацией наблюдается у 10–20% пациентов, а смертность в таких случаях составляет 45% [10].

При физикальном осмотре живот тимпанический, с кишечными шумами, что является основным дифференциальным признаком между кишечной непроходимостью и синдромом Огилви. При первом обычно наблюдается отсутствие кишечных шумов и расширение как тонкой, так и толстой кишки, в то время как при втором кишечные шумы выслушиваются, и поражается в основном толстая кишка, особенно с правой стороны [11].

Легкая болезненность живота при физикальном осмотре наблюдается примерно у 65 % пациентов с жизнеспособной толстой кишкой. Если болезненность живота нарастает, появляется лихорадка и перитонеальные симптомы, то это указывает на ишемию или перфорацию кишечника или их предстоящее развитие.

Лабораторные показатели, при отсутствии осложнений, без существенных отклонений [12].

Методы лучевой визуализации применяются как для диагностики, так и для дифференциальной диагностики СО и механической кишечной непроходимости. МСКТ с пероральным и внутривенным контрастированием является предпочтительным методом. Классически СО на компьютерной томографии показывает пневматоз толстой кишки без чаш Клойбера, изолированное расширение слепой кишки и восходящей ободочной кишки с постепенной переходной зоной или «отсечением» в месте селезеночного изгиба при отсутствии патологических образований в ее просвете [13].

Важно отметить, что следует избегать диагностической колоноскопии у всех пациентов с подозрением на СО, поскольку газовая инсuffляция связана с повышением

риска перфорации [14].

При отсутствии показаний для экстренного хирургического вмешательства лечение проводится консервативно. Однако четких клинических рекомендаций по лечению псевдообструкции нет. В первую очередь полностью исключается энтеральное питание, проводится назогастральная интубация и назначается адекватная заместительная инфузионно-капельная терапия, включая замещение жидкости и электролитов [15].

По возможности отменяются препараты, способные усугубить клинические проявления заболевания. Например, опиаты, антихолинергические средства и блокаторы кальциевых каналов, которые могут негативно повлиять на перистальтику толстой кишки. Также исключаются слабительные, особенно препараты лактулозы, которые служат субстратом для бактериальной ферментации толстой кишки, что приводит к дальнейшему образованию газов.

Если позволяет общее состояние пациента, рекомендуется коленно-локтевое положение с чередованием с поворотами на правый и левый бок или лежа на спине с подтянутыми к груди коленями с высоко поднятыми бедрами.

Как правило, перечисленные меры приводят к разрешению заболевания в течение 3-5 суток.

В случае отсутствия эффекта от консервативной терапии в течение 48-72 часов и/или расширения просвета слепой кишки более 10-12 см показано проведение колоноскопической декомпрессии. Эта процедура, впервые описанная в 1977 г. J.S. Kukora и T.L. Dent, в настоящее время рекомендуется Американским обществом гастроинтестинальной эндоскопии в качестве стандарта лечения острой толстокишечной псевдообструкции [16-18].

Хирургическое лечение проводится в случае неуспешной консервативной терапии при нарастании клинических признаков, выявлении признаков ишемии стенки кишки, угрозы или возникновения перфорации [19].

Цель исследования.

Продemonстрировать клинический случай синдрома Огилви у пациента после верхней лобэктомии левого легкого, выявленного на ранней стадии до развития клинической картины заболевания.

Клиническое наблюдение.

Пациентка К., 71 год. Госпитализирована в стационар в плановом порядке с основным диагнозом периферический рак

верхней доли левого легкого cT1N0M0 1 ст. Сопутствующие заболевания – ИБС: дилатационная и ишемическая кардиомиопатия, гипертоническая болезнь III ст 2 ст риск 4, контролируемая, постоянная форма фибрилляции предсердий CHA2DS2VASc-3 балла, HAS-BLED-1 балл, EHRA IIa, сахарный диабет 2 типа, инсулинонепотребный. Осложнения сопутствующего заболевания: хроническая сердечная недостаточность 2А ЗКФК, персистирующая форма фибрилляции предсердий, с восстановленной фракцией выброса (56%) 1 стадия (II ФК NYHA). Была проведена операция – расширенная верхняя лобэктомия слева.

В раннем послеоперационном периоде развилась декомпенсация хронической сердечной недостаточности, острое почечное повреждение. Биохимический анализ крови выявил повышение показателя креатинина до 183 мкмоль/л. Лабораторных признаков воспаления не выявлено. Была назначена рестриктивная инфузионная терапия, контроль баланса жидкости, антикоагулянтная терапия, терапия ХСН, респираторная поддержка (инсуффляция кислорода 4 л/мин), анальгезия, контроль гликемии, мониторинг ЭКГ.

На 2-е сутки после операции появились жалобы на одышку, периферические отеки. При аускультации выслушивались влажные хрипы в нижних отделах левого легкого. Выявлено снижение сатурации капиллярной крови до 93% на фоне инсуффляции кислорода. Была выполнена санационная бронхоскопия – бронхи проходимы, шов левого верхнедолевого бронха (ЛВДБ) состоятелен, умеренное количество вязкой мокроты. Результаты Эхо-КГ – на фоне фибрилляции предсердий, глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена (по Симпсону 50-53%), зоны гипокинеза в покое достоверно не выявлены, гипертрофия миокарда левого желудочка по концентрическому типу, митральная регургитация 1ст, трикуспидальная регургитация 2ст, умеренное расширение нижней вены, дилатация полостей предсердий и полости правого желудочка, вероятность легочной гипертензии высокая. С учетом клинической картины и результатов инструментальных исследований назначена МСКТ с внутривенным контрастированием с целью исключения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Заключение врача-рентгенолога – данных за ТЭЛА не выявлено, снижена пневматизация нижней доли левого легкого – дифференцировать между компрессионным ателектазом и воспалительным характером.

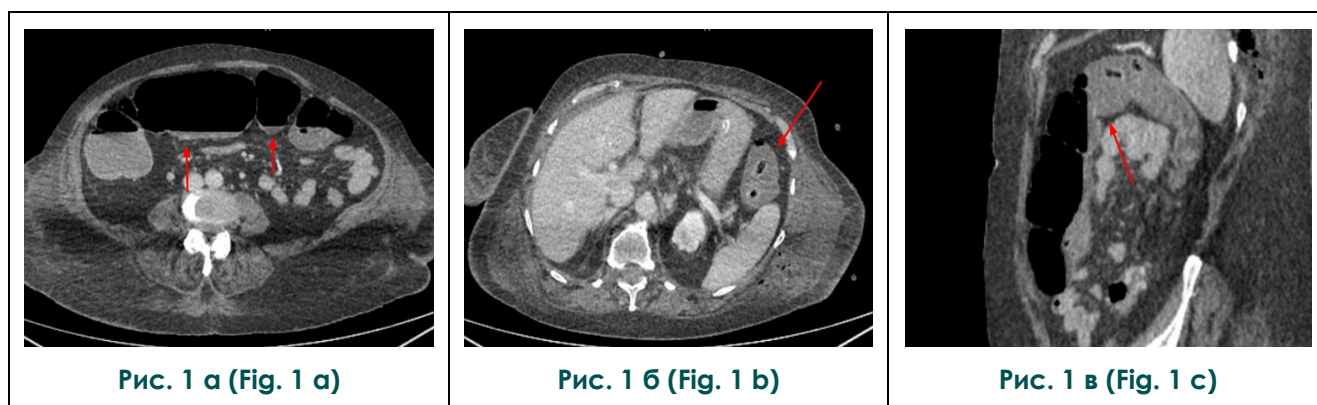


Рис. 1. МСКТ органов брюшной полости области с внутривенным контрастированием, А, Б – аксиальный срез, В – сагиттальная реконструкция.

а – в просвете поперечно ободочной кишки большое количество газа с горизонтальными уровнями содержимого (красная стрелка).

б, в – циркулярное утолщение стенки ободочной кишки в области селезеночного изгиба за счет отека (красная стрелка).

Fig. 1. MSCT of the abdominal organs with intravenous contrast. A, B – axial plane, C – sagittal reconstruction.

a – large amount of gas with horizontal levels in the lumen of the transverse colon (red arrow).

b, c – circular thickening of the colon wall in the area of the splenic flexure due to edema (red arrow).

На 3-и сутки после операции отмечается рост показателей креатинина, мочевины, прекращение мочеотделения, гипотония со снижением перфузионного давления, нарастание явлений правожелудочковой недостаточности. Сатурация капиллярной крови до 91% на фоне инсuffляции кислорода до 10 л/мин. При аускультации сохраняются влажные хрипы в нижних отделах левого легкого. Живот умеренно напряжен, при пальпации безболезненный, перистальтика выслушивается вялая. При проведении санационной бронхоскопии отмечается десатурация до 75-80%, на фоне чего последовало нарушение гемодинамики, выполнена интубация трахеи и перевод на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Результаты анализов крови - лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок (СРБ) до 330 мг/л, креатинин до 30 мкмоль/л, мочевина до 24,4 ммоль/л, анурия. В связи с падением сатурации назначена повторная МСКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием. В ходе выполнения топограммы было выявлено повышенное количество газа в просвете поперечно-ободочной кишки. Врачом-рентгенологом было принято решение расширить область исследования. Заключение МСКТ – улучшение пневматизации нижней доли левого легкого, данных за ТЭЛА не выявлено, КТ-признаки субкомпенсированной толстокишечной непроходимости,

вероятно, механического характера в виде отека стенки ободочной кишки в области селезеночного изгиба (рис. 1). При ретроспективном просмотре предыдущей МСКТ в охваченных отделах брюшной полости достоверных данных за наличие вышеописанных изменений со стороны подвздошной кишки не выявлено. Начата гемодиализация (ГДФ) цитратным раствором, проведение СРАР-терапии. Было исключено энтеральное питание, проведена назогастральная интубация, выполнена очистительная клизма с гипертоническим раствором.

На 6-е сутки на фоне развившейся полиорганной недостаточности состояние пациентки тяжелое. Сохраняется дыхательная и сердечная недостаточность. Живот умеренно напряжен, умеренно вздут. Отмечается задержка стула, но сохраняется отхождение газов. Показаний для оперативного вмешательства по поводу кишечной непроходимости не выявлено. Продолжается консервативное лечение - очистительные клизмы с гипертоническим раствором, инфузионная терапия (стерофундин), фуросемид. С целью оценки динамики назначено МСКТ. На серии томограмм сохраняется расширение просвета петель кишечника до уровня селезеночного изгиба ободочной кишки. Ранее выявленный отек стенок кишки на этом уровне не определяется, однако, сохраняется спадение стенок в дистальных отделах. Опи-

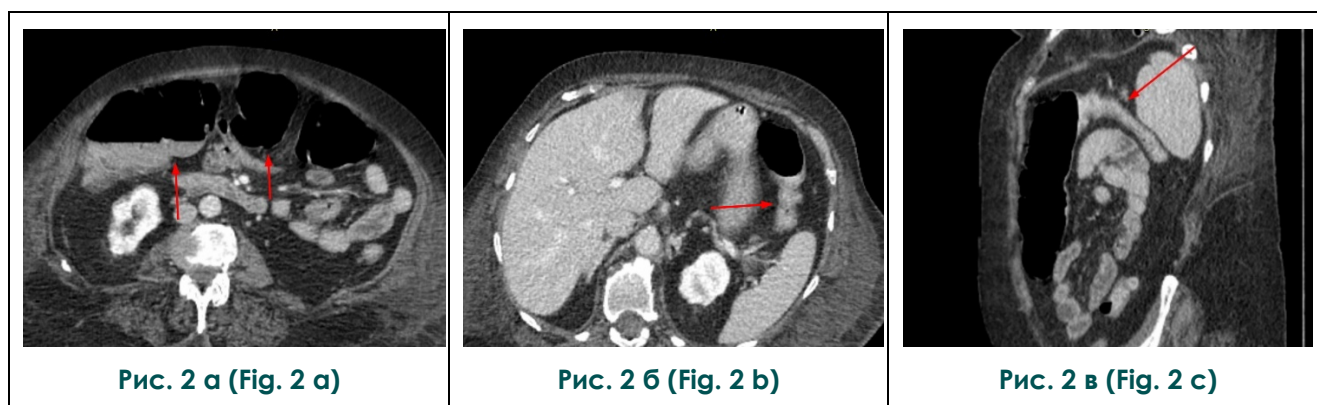


Рис. 2. МСКТ органов брюшной полости области с внутривенным контрастированием, А, Б – аксиальный срез, В – сагиттальная реконструкция.

а – в просвете поперечно ободочной кишки большое количество газа с горизонтальными уровнями содержимого (красная стрелка).

б, в – резкое сужение просвета ободочной кишки в области селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки без наличия механического препятствия (красная стрелка).

Fig. 2. MSCT of the abdominal organs with intravenous contrast. A, B – axial plane, C – sagittal reconstruction.

a – large amount of gas with horizontal levels in the lumen of the transverse colon (red arrow).

b, c – a sharp narrowing of the lumen of the colon in the area of the splenic flexure and descending colon without the presence of a mechanical obstruction (red arrow).

санные рентгенологические признаки характерны для рентгенологической картины синдрома Огилви (рис. 2.). После МСКТ была проведена гемодиализация (ГДФ) цитратным раствором.

На 10-е сутки после операции состояние пациентки тяжелое. Полиорганная недостаточность. Живот умеренно напряжен, умеренно вздут, нарастания клиники кишечной непроходимости не наблюдается. Продолжалось вышеописанное консервативное лечение. Назначена повторная МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости для оценки динамики – отмечается появление содержимого в просвете ободочной кишки дистальнее селезеночного изгиба – динамика положительная (рис. 3.). После МСКТ была проведена гемодиализация (ГДФ) цитратным раствором.

На 13-е сутки состояние пациентки тяжелое на фоне полиорганной недостаточности. Проведена МСКТ с целью оценки динамики со стороны органов грудной клетки и брюшной полости. В сравнении с предыдущим исследованием уменьшилось количество газа в просвете тонкой и толстой кишки, увеличилось количество содержимого в просвете нисходящей ободочной кишки – динамика положительная. Рентгенологические признаки кишечной непроходимости практически полностью купировались (рис. 4.).

Пациентка находилась на лечении в отделении интенсивной терапии на протяжении 3 месяцев в связи с полиорганной недостаточностью. Выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Клиники кишечной непроходимости не наблюдалось. К сожалению, на следующий день после выписки пациентка умерла от отека легких, вскрытие не проводилось.

Обсуждение.

Кишечная непроходимость – не редкое осложнение послеоперационного периода. Важным моментом является дифференциация между механическим и динамическим характером, поскольку от этого зависит дальнейшая тактика лечения. Синдром Огилви – это редкая разновидность непроходимости, которая может «поставить в тупик» рентгенолога, поскольку рентгенологические признаки характерны для обтурационного генеза, но без наличия препятствия прохождению содержимого кишечника. Также очень важно не упустить момент, когда требуется оперативное вмешательство – здесь играют роль и клинические данные, и МСКТ-исследование, позволяющее достоверно оценивать динамику изменений со стороны кишечника. В большинстве описанных в литературе случаев, как и в нашем, лечение проводилось консервативно и привело к пол-

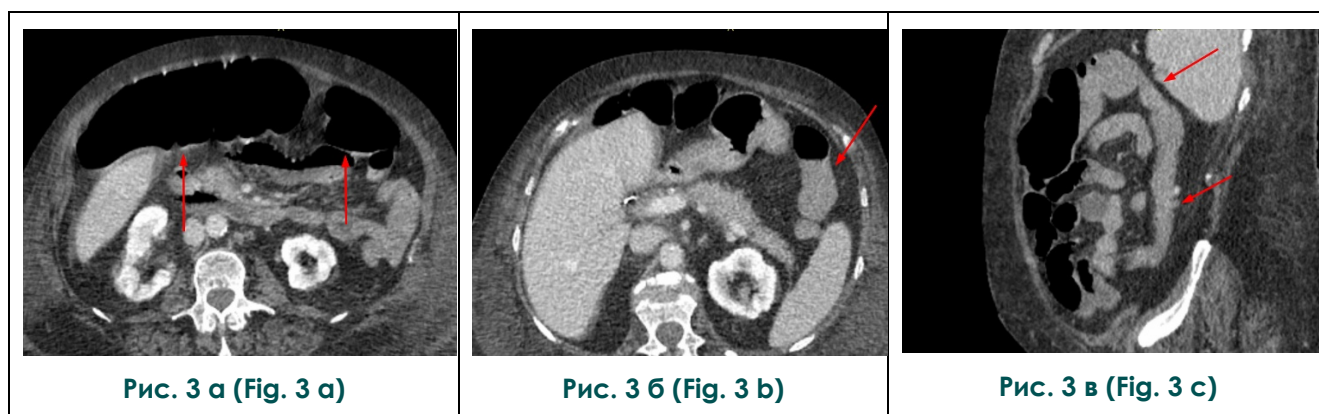


Рис. 3. МСКТ органов брюшной полости области с внутривенным контрастированием, А, Б – аксиальный срез, В – сагиттальная реконструкция.

а – в просвете поперечно ободочной кишки сохраняется большое количество газа (красная стрелка).

б, в – в просвете ободочной кишки в области селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки появилось небольшое количество содержимого (красная стрелка).

Fig. 3. MSCT of the abdominal organs with intravenous contrast. A, B – axial plane, C – sagittal reconstruction.

a – large amount of gas remains in the lumen of the transverse colon (red arrow).

b, c – small amount of contents appeared in the lumen of the colon in the area of the splenic bend and the descending colon (red arrow).

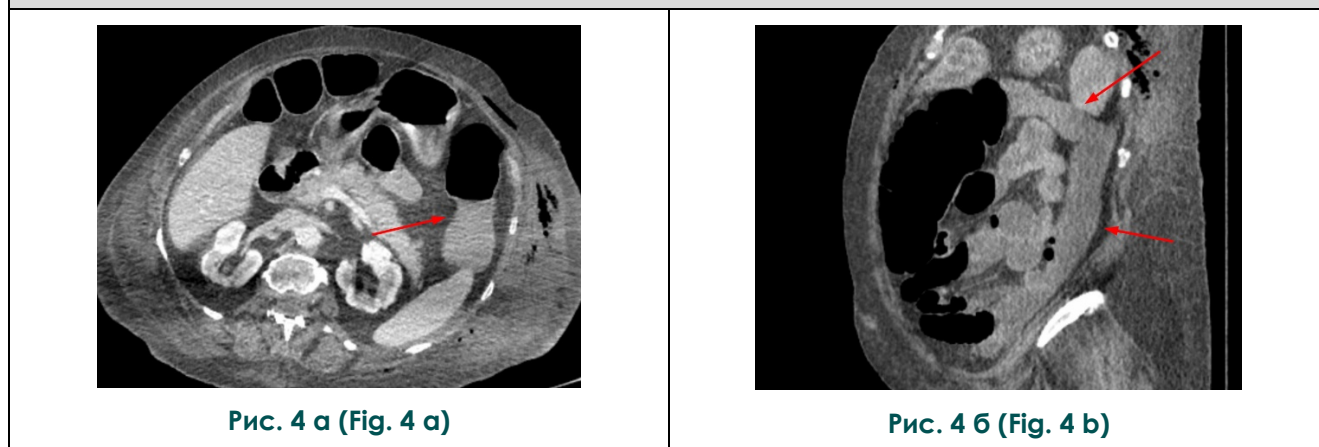


Рис. 4. МСКТ органов брюшной полости области с внутривенным контрастированием, А – аксиальный срез, Б – сагиттальная реконструкция.

а – в просвете поперечно ободочной кишки несколько уменьшилось количество газа, увеличилось количество содержимого в области селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки (красная стрелка).

б – в просвете ободочной кишки в области селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки увеличилось количество содержимого (красная стрелка).

Fig. 4. MSCT of the abdominal organs with intravenous contrast. A – axial plane, B – sagittal reconstruction.

a – the amount of gas in the lumen of the transverse colon decreased slightly, the amount of contents in the area of the splenic bend and the descending colon increased (red arrow).

b – the amount of contents has increased in the lumen of the colon in the area of the splenic bend and the descending colon (red arrow).

ному купированию признаков непроходимости.

Заключение.

В данном клиническом случае примечательны данные МСКТ-исследования, которое было сделано по подозрению ТЭЛА до развития клиники кишечной непроходимости. Был выявлен отек стенки ободочной кишки в области селезеночного изгиба. Возможно, эти изменения типичны для синдрома Огилви на ранней стадии, когда еще не развилась клиника непроходимости толстой кишки. На практике же МСКТ брюшной по-

лости проводится позднее, при наличии характерных жалоб. В нашем случае лечение проводилось консервативно и привело к полному купированию кишечной непроходимости.

Источник финансирования и конфликт интересов.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования и конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Список литературы:

1. Синдром Огилви. Available at: <https://radiographia.info/article/sindrom-ogilvi> (accessed 25 October 2025)
2. Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg.* 2005 May;18(2):96-101. DOI: 10.1055/s-2005-870890.
3. Тренин С.О., Шишков А.В., Масляников В.А., Керопян О.К. Острая толстокишечная псевдообструкция: синдром Огилви. *Хирургия.* 2007; 44: 32-38
4. Гасымова У., Элхаммси С. Псевдообструкция толстой кишки (синдром Огилви). *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* 2018; 5(4): 222-224. DOI: 10.18821/2313-8726-2018-5-4-222-224
5. Georgescu EF, Vasile I, Ionescu R. Intestinal pseudo-obstruction: an uncommon condition with heterogeneous etiology and unpredictable outcome. *World J Gastroenterol.* 2008 Feb 14;14(6):954-9. DOI: 10.3748/wjg.14.954.
6. Кабатин Н.А., Калинин В.В., Щерина А.В., Полонецкий А.Я., Смирнов А.В. Синдром Огилви как редкое хирургическое осложнение после операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология.* 2021; 5: 199-203 DOI: 10.18565/aig.2021.5.199-203.
7. Синдром Огилви – острая псевдообструкция толстой кишки. Available at: <https://unclinic.ru/sindrom-ogilvi-ostraj-pseudobstrukcija-tolstoj-kishki/> (accessed 25 October 2025).
8. Алиев С.А., Алиев Э.С. Синдром Огилви (острая псевдообструкция толстой кишки) в хирургической практике (обзор литературы). *Колонпроктология.* 2021;20(1):77-86. DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-1-77-86.
9. Arthur T, Burgess A. Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022 Aug 12;35(3):221-226. DOI: 10.1055/s-0041-1740044.
10. Vagholkar K. Acute colonic pseudo obstruction. *International Journal of Health Sciences and Research.* 2020; 10(8):256-261 Available at: https://www.researchgate.net/publication/343761299_Acute_Colonic_Pseudo_Obstruction (accessed 9 November 2025)
11. Ahmad Alnasarat, Mostafa Elrazaz, Nouraldean Manasrah A Challenging Case of Recurrent Ogilvie Syndrome: Exploring Causes and Treatment Modalities 13 December 2024 DOI: 10.1155/crgm/5378390.
12. Гарбузенко Д.В., Белов Д.В., Шустова Ю.С. Редкое осложнение кардиохирургических вмешательств: синдром Огилви (описание клинического случая и обзор литературы). *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* 2018; 60 (3): 261-264. DOI: 10.24022/0236-2791-2018-60-3-261-264.
13. Лучевая диагностика синдрома Огилви (илеуса толстой кишки). Available at: https://meduniver.com/Medical/luchevaia_diagnostika/diagnostika_sindroma_ogilvi.html (accessed 9 November 2025).
14. Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute colonic pseudoobstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2015 Jun;28(2):112-7. DOI: 10.1055/s-0035-1549100.
15. Hamit Serdar Başbuğ, Macit Bitargil, Kanat Özişik Ogilvie's syndrome: an uncommon gastrointestinal complication following coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovasc Surg Int* 2015;2(1):6-9 DOI: 10.5606/e-cvsi.2015.335.
16. Harrison M.E., Anderson M.A., Appalaneni V., Banerjee S., Ben-Menachem T., Cash B.D. et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest. Endosc.* 2010; 71 (4): 669-79. DOI: 10.1016/j.gie.2009.11.027.
17. Семенцова О.В., Хамидова Л.Т., Селина И.Е., Бармина Т.Г., Ярцев П.А. Особенности КТ-семиотики странгуляционной кишечной непроходимости. *REJR.* 2025; 15(3):52-67. DOI: 10.21569/2222-7415-2025-15-3-52-67.
18. Кошелев Э.Г., Кутаев С.В., Беляев Г.Ю., Егоров А.А., Штернис Т.А. Возможности компьютерной томографии в диагностике заболеваний толстой кишки. *REJR.* 2019; 9(4):106-122. DOI:10.21569/2222-7415-2019-9-4-106-122.
19. Saunders M.D., Kimmey M.B. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2005; 22(10): 917-925 DOI: 10.1111/j.1365-2036.2005.02668.x.

References:

1. Ogilvy syndrome. Available at: <https://radiographia.info/article/sindrom-ogilvi> (accessed 25 October 2025) (in Russian).
2. Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg.* 2005 May;18(2):96-101. DOI: 10.1055/s-2005-870890.
3. Trenin S.O., Shishkov A.V., Masljannikov V.A., Keropjan O.K. Acute colonic pseudo-obstruction: Ogilvie's syndrome. *Surgery.* 2007; 44: 32-38 (in Russian).
4. Gasimova U., Elhamamsy S. Colonic Pseudo-obstruction: Ogilvie's syndrome. V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. 2018; 5(4): 222-224. DOI: 10.18821/2313-8726-2018-5-4-222-224 (in Russian).
5. Georgescu EF, Vasile I, Ionescu R. Intestinal pseudo-obstruction: an uncommon condition with heterogeneous etiology and unpredictable outcome. *World J Gastroenterol.* 2008 Feb 14;14(6):954-9. DOI: 10.3748/wjg.14.954
6. Kabatin N.A., Kalinin V.V., Shcherina A.V., Polonetsky A.Ya., Smirnov A.V. Ogilvie's syndrome as a rare surgical complication after cesarean section. *Obstetrics and Gynecology.* 2021; 5: 199-203 DOI: 10.18565/aig.2021.5.199-203 (in Russian).
7. Ogilvy syndrome – acute pseudo-obstruction of the colon. Available at: <https://unclinic.ru/sindrom-ogilvi-ostrajapsevdoobstrukcija-tolstoj-kishki/> (accessed 25 October 2025) (in Russian).
8. Aliev S.A., Aliyev E.S. Ogilvie syndrome (acute colon pseudo-obstruction) in surgical practice (review). 2021;20(1):77-86. DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-1-77-86 (in Russian).
9. Arthur T, Burgess A. Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022 Aug 12;35(3):221-226. DOI: 10.1055/s-0041-1740044.
10. Vagholkar K. Acute colonic pseudo obstruction. *International Journal of Health Sciences and Research.* 2020; 10(8):256-261 Available at: https://www.researchgate.net/publication/343761299_Acute_Colonic_Pseudo_Obstruction (accessed 9 November 2025).
11. Ahmad Alnasarat, Mostafa Elrazzaz, Nouraldean Manasrah A Challenging Case of Recurrent Ogilvie Syndrome: Exploring Causes and Treatment Modalities 13 December 2024 DOI: 10.1155/crgm/5378390
12. Garbuzenko D.V., Belov D.V., Shustova Yu.S. Rare complication of cardiac surgery: Ogilvie syndrome (description of a clinical case and review of the literature). *Russian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2018; 60 (3): 261-264. DOI: 10.24022/0236-2791-2018-60-3-261-264 (in Russian).
13. Radiological diagnostics of Ogilvie's syndrome (ileus of the colon). Available at: https://meduniver.com/Medical/luchevaia_diagnostika/diagnostika_sindroma_ogilvi.html (accessed 9 November 2025) (in Russian).
14. Chudzinski A.P., Thompson E.V., Ayscue J.M. Acute colonic pseudoobstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2015 Jun;28(2):112-7. DOI: 10.1055/s-0035-1549100
15. Hamit Serdar Başbuğ, Macit Bitargil, Kanat Özişik Ogilvie's syndrome: an uncommon gastrointestinal complication following coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovasc Surg Int* 2015;2(1):6-9 DOI: 10.5606/e-cvsi.2015.335
16. Harrison M.E., Anderson M.A., Appalaneni V., Banerjee S., Ben-Menachem T., Cash B.D. et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest. Endosc.* 2010; 71 (4): 669–79. DOI: 10.1016/j.gie.2009.11.027
17. Sementsova O.V., Khamidova L.T., Selina I.E., Barmina T.G., Yartsev P.A. Features of CT semiotics of strangulation bowel obstruction. *REJR.* 2025; 15(3):52-67. DOI: 10.21569/2222-7415-2025-15-3-52-67 (in Russian).
18. Koshelev E.G., Kitayev S.V., Belyaev G.Yu., Egorov A.A., Shternis T.A. Possibilities of computed tomography in the diagnosis of large intestine diseases. *REJR.* 2019; 9(4):106-122. DOI:10.21569/2222-7415-2019-9-4-106-122 (in Russian).
19. Saunders M.D., Kimmey M.B. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2005; 22(10): 917-925 DOI:10.1111/j.1365-2036.2005.02668..