

# Клинический случай нетипичной клинической картины почечной колики у невербальной пациентки

Р. С. Францев<sup>1,2</sup>, Т. И. Деревянко<sup>1</sup>, И. В. Павленко<sup>2</sup>, О. Г. Хаджиев<sup>2</sup>, А. В. Осипов<sup>3</sup>, Н. В. Карасева<sup>4</sup>,  
О. О. Крупина<sup>4</sup>, Д. М. Ткаченко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

<sup>2</sup>ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Ставрополь, Россия

<sup>3</sup>Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, Ставрополь, Российская Федерация

<sup>4</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва

## РЕЗЮМЕ

Почечная колика – это состояние, вызванное прохождением конкремента из почки через мочеточник в мочевой пузырь, которое сопровождается выраженным болевым синдромом. Пациенты с почечной коликой часто обращаются за неотложной помощью с жалобами на сильную боль, тошноту, дизурию. Однако, существует категория людей, которые по разным причинам не могут словесно выразить свои ощущения. Такие пациенты называются невербальными. Невербальные пациенты – люди с тяжелыми когнитивными нарушениями или те, кто временно не может говорить из-за операции или болезни, но они все еще могут продемонстрировать боль с помощью невербальных сигналов. В этой статье мы представляем наблюдение за нетипичной клинической картиной почечной колики у невербальной пациентки пожилого возраста. У наблюдаемой женщины острый приступ почечной колики длился 5 дней и проходил сначала под «маской» острого панкреатита. Не получая патогенетическую терапию у больной, развился острый обструктивный пиелонефрит, септический шок, который изначально был принят за острое нарушение мозгового кровообращения. Выполненная компьютерная томография (КТ) помогла выявить конкремент в верхней трети мочеточника слева, нарушение оттока мочи из левой почки. Пациентке в экстренном порядке был установлен стент в лоханку левой почки, восстановлен отток мочи, назначена противовоспалительная дезинтоксикационная литолитическая терапия. После чего состояние пациентки значительно улучшилось, а через 3 месяца при контрольной КТ было замечено уменьшение размеров и фрагментация конкремента.

**Заключение.** Невербальные пациенты представляют собой особую группу пациентов, клиническая картина которых может протекать смазано, или атипично. Оценка симптомов боли у невербальных пациентов затруднена, что может привести к постановке неверного диагноза и удлинить срок диагностики заболевания. Так же на своевременность диагностики почечной колики у невербальных пациентов влияет локализация боли, так как ее иррадиирующий характер может направить диагностический поиск («по ложному следу»).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** почечная колика, МКБ, невербальный пациент, боль, компьютерная томография (КТ), атипичная клиническая картина, обструктивный пиелонефрит, септический шок (Septic Shock).

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## A clinical case of an atypical clinical pattern of renal colic in a nonverbal patient

R. S. Frantsev<sup>1,2</sup>, T. I. Derevyanko<sup>1</sup>, I. V. Pavlenko<sup>2</sup>, O. G. Hadzhiev<sup>2</sup>, A. V. Osipov<sup>3</sup>, N. V. Karaseva<sup>4</sup>,  
O. O. Krupina<sup>4</sup>, D. M. Tkachenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

<sup>2</sup>City Clinical Emergency Hospital, Stavropol, Russia

<sup>3</sup>Stavropol Regional Clinical Consulting and Diagnostic Center, Stavropol, Russia

<sup>4</sup>Peoples' Friendship University of Russia n.a. Patrice Lumumba, Moscow, Russia

## SUMMARY

Renal colic is a condition caused by the passage of a concretion from the kidney through the ureter into the bladder, which is accompanied by a pronounced pain syndrome. Patients with renal colic often seek emergency help with complaints of severe pain, nausea, dysuria. However, there is a category of people who, for various reasons, cannot verbally express their feelings. Such patients are called nonverbal. Nonverbal patients are people with severe cognitive impairments or those who are temporarily unable to speak due to surgery or illness, but they can still demonstrate pain using nonverbal signals. In this article, we present an observation of an atypical clinical picture of renal colic in a nonverbal elderly patient. In the observed woman, an acute attack of renal colic lasted 5 days and passed first under the «mask» of acute pancreatitis. Without receiving pathogenetic therapy, the patient developed acute obstructive pyelonephritis, septic shock, which was initially mistaken for an acute violation of cerebral circulation. The performed computed tomography (CT) helped to identify a concretion in the upper third of the ureter on the left, a violation of the outflow of urine from the left kidney. The patient urgently had a stent installed in the pelvis of the left kidney, urine outflow was restored, anti-inflammatory, detoxification, litholytic therapy was prescribed. After that, the patient's condition improved significantly, and after 3 months, a decrease in the size and fragmentation of the concretion was observed during the control CT scan.

**Conclusion.** Nonverbal patients are a special group of patients whose clinical picture may be blurred or atypical. Assessment of pain symptoms in nonverbal patients is difficult, which can lead to an incorrect diagnosis and lengthen the period of diagnosis of the disease. The timely diagnosis of renal colic in nonverbal patients is also affected by the localization of pain, since its irradiating nature can direct the diagnostic search («on the wrong track»).

**KEYWORDS:** renal colic, urolithiasis, nonverbal patient, pain, computed tomography (CT), atypical clinical picture, obstructive pyelonephritis, Septic Shock.

**CONFLICT OF INTERESTS.** The authors declare no conflict of interests.

## Введение

Мочекаменная болезнь (МКБ) является распространенным заболеванием, которым страдает от 5% до 15% населения, с ежегодной заболеваемостью до 0,5% в Северной Америке и Европе [3]. Ежегодно отмечается рост заболеваемости МКБ. Так, в России, количество новых случаев МКБ в период с 2005 по 2019 гг. увеличилось на 14,0% [13].

МКБ является заболеванием, которое является причиной частых обращений пациентов к врачу. В США примерно от 1 до 2 миллионов человек обращаются в отделения неотложной помощи из-за почечной колики [9]. Частыми клиническими проявлениями МКБ могут быть гематурия, дизурия, признаки инфицирования мочевыводящих путей. Наиболее часто МКБ сопровождается болевым синдромом. Болевые ощущения разной интенсивности возникают у пациентов с МКБ тогда, когда камень перемещается из почечной лоханки по мочевыводящим путям, или блокирует отток мочи. Эта обструкция приводит к расширению проксимальных отделов мочеточника и почечной лоханки, что является непосредственной причиной сильной боли, известной как почечная колика [3].

Почечная колика – это тяжелая форма внезапной боли в боку, которая обычно возникает в области поясницы и иррадирует в область пахового канала, в мошонку (у мужчин) и в половые губы (у женщин) из-за перемещения конкремента по мочевыводящим путям. Интенсивность болевых ощущений при почечной колике часто связана со степенью выраженности обструкции мочевыводящих путей. Боль при почечной колике носит мигрирующий характер в зависимости от локализации конкремента. Если конкремент расположен в брюшном отделе мочеточника, то пациент будет испытывать боль в области реберно-позвоночного угла (справа, или слева). По мере продвижения конкремента тазовую часть мочеточника болевые ощущения смещаются в область паха и промежности. Нужно помнить, что при почечной колике может быть отраженный тип боли. Так как рядом с мочеточником расположены нервы, исходящие из поясничного сплетения, то общие висцеральные афферентные болевые волокна направляются вместе с симпатическими волокнами обратно к сегментам спинного мозга, которые дают начало преганглионарным симпатическим волокнам. Из-за этого другие заболевания, не связанные с органами мочевыделительной системы, могут маскироваться под почечную колику и наоборот. Такими заболеваниями могут быть аппендицит, холецистит, дивертикулит, аднексит, аневризма аорты, паховые грыжи и т.д. [10]. В таких случаях диагностика почечной колики может быть затруднительной, и специалисты в первую очередь обращают внимание на результаты лабораторно-инструментальных методов диагностики и характер жалоб.

Однако, существует группа пациентов, которые не могут транслировать свои жалобы из-за соматической патологии. Такие пациенты называются невербальными. Моторно-речевые расстройства у лиц взрослого возраста часто появляются при дегенеративных повреждениях участков головного мозга, которые могут сопровождаться психическими и когнитивными нарушениями с расстройствами речи. Сложность в коммуникации врача и невербального пациента может привести к постановке неверного диагноза,

удлиению срока обследования и установки истинной причины болевого синдрома, отсрочке начала патогенетической терапии МКБ. В этой статье мы сообщаем о случае почечной колики у женщины пожилого возраста, протекавшей под маской ОНМК у невербальной женщины.

## Клиническое наблюдение

Пациентка Р., 73 года была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Ставрополя в экстренном порядке. Из анамнеза заболевания известно, что беспокойство у женщины появилось пять дней назад после приема жирной пищи, была неоднократная рвота. Пациентка была осмотрена участковым терапевтом, который зафиксировал болезненность в левом подреберье, из-за чего было рекомендовано использовать спазмолитики и синтетические аналоги эндогенного панкреатина. Однако, боль не проходила, состояние женщины ухудшалось, появилась гипертермия. В связи с чем была вызвана скорая помощь и с предварительным диагнозом «острый панкреатит» пациентка была доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка Р. перенесла в 2021 г. ОНМК, после которого, движения верхних и нижних конечностей, речь не восстановились в полном объеме.

При осмотре дежурный хирург обратил внимание на тяжелое состояние женщины: уровень сознания глубокое оглушение, отсутствие контакта с врачом, мраморный цвет кожных покровов, нестабильная гемодинамика, в связи с чем пациентка была госпитализирована в отделение интенсивной терапии анестезиологии и реанимации с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, транзиторная ишемическая атака. Параллельно был выполнен экстренный комплекс лабораторной диагностики (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, определение Д-димера, прокальцитонинный тест), а также инструментальная диагностика (ЭКГ, компьютерная томография головного мозга, органов грудной и брюшной полости) и назначены консультации смежных специалистов (невролог и уролог). Показатель воспалительного процесса в организме – прокальцитонинный тест при поступлении был больше 10 нг/мл. Острый инфаркт миокарда на основании отрицательного тропонин I и Д-димера был исключен. Основные результаты лабораторных исследований представлены в *таблице 1*. Общий анализ мочи при поступлении: удельный вес 1018, белок 1,95 г/л, лейкоциты 19–23, эритроциты 9–10, бактерии «+++».

Результаты компьютерной томографии показали, что выраженных патологических изменений в веществе головного мозга у пациентки не было. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система головного мозга не расширена. Костно-травматических повреждений не зафиксировано. Из патологических отклонений КТ выявила признаки гепатоспленомегалии, жировой инфильтрации печени. В качестве «находки» КТ брюшной полости зафиксировала наличие конкремента левого мочеточника размером 13×4×3 мм, плотностью 260–330 ед.НУ (*рис. 1*). Выявленный конкремент располагался в верхней трети моче-

Динамика результатов лабораторных исследований пациентки Р

Показатели лабораторного исследования крови у пациентки Р.		На момент поступления	Через 3 дня от начала лечения	Через 7 дней от начала лечения
Показатели клинического анализа крови	Эритроциты ( $\times 10^{12}/\text{л}$ )	4,9	4,7	4,6
	Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	20,4	17,5	11,3
	Тромбоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	156,0	186,0	192,0
	Гемоглобин (г/л)	151,0	148,0	134,0
	СОЭ (мм/ч)	46,0	32,0	16,0
Показатели биохимического анализа крови	Общий белок (г/л)	50,8	58,9	61,3
	Мочевина (ммоль/л)	19,3	11,7	6,8
	Креатинин (мкмоль/л)	186,0	144,5	142,4
	билирубин общий (мкмоль/л)	73,2	72,8	72,4
	Глюкоза	3,1	4,2	3,9



Рисунок 1. Компьютерная томография пациентки Р. Сканирование во фронтальной плоскости брюшной полости. Зеленая стрелка указывает на конкремент, расположенный в лоханочно-мочеточниковом сегменте, вызывающий обструкцию верхних мочевыводящих путей.

точника, сразу после перехода лоханки в мочеточник. Лоханка левой почки была расширена, что означало наличие обструкции верхних мочевыводящих путей, что явилось причиной выраженного болевого синдрома у женщины.

Принимая во внимание результаты компьютерной томографии, результаты физикального осмотра дежурным хирургом и неврологом острая патология по их профилям была исключена.

Учитывая данные лабораторного и инструментального обследований, пациентке был установлен клинический диагноз: мочекаменная болезнь, камень верхней трети левого мочеточника, острый обструктивный пиело-

нефрит слева, септический шок. Сопутствующее заболевание: состояние после ОНМК, с сохраняющимся глубоким двигательным дефицитом (пациентка самостоятельно не передвигается, дизартрия).

Для восстановления уродинамики и осуществления адекватного оттока мочи из чашечно-лоханочной системы левой почки, в экстренном порядке была выполнена катетеризация левого мочеточника. Для этого по уретре был свободно проведен катетеризационный цистоскоп. В устье левого мочеточника свободно был заведен мочеточниковый катетер № 6 Сн, который встретил препятствие на высоте 23–24 см. С техническими сложностями препятствие было преодолено, и мочеточниковый катетер удалось провести еще на 2–3 см, после чего по нему частыми каплями стала выделяться мутная моча зеленоватого цвета в объеме 20,0 мл (взята на бактериальный посев). После извлечения цистоскопа мочевой пузырь был дренирован уретральным катетером № 16 Сн.

Так как мы диагностировали у наблюдаемой пациентки признаки воспаления верхних мочевыводящих путей, то после восстановления пассажа мочи из левой почки была назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапии. Через два дня состояние женщины улучшилось, улучшились лабораторные показатели крови, исчезло психомоторное угнетение, общее состояние стабилизировалось, поэтому она была переведена для дальнейшего лечения в профильное урологическое отделение, где была продолжена противовоспалительная терапия и выполнена замена левого мочеточникового катетера на внутренний мочеточниковый стент № 6 Сн (рис. 2). В связи с низкой плотностью конкремента и его рентген негативностью, был предположен его уратный состав. В связи чем пациентке Р. была назначена пероральная литолитическая терапия щелочным цитратом. Через неделю день в удовлетворительном состоянии женщина была выписана из стационара на амбулаторное наблюдение у уролога.

Через три месяца проведения вышеуказанного лечения, пациентке Р. была выполнена контрольная спиральная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с толщиной среза 2 мм: размер, форма обеих почек без особенностей, чашечно-лоханочная система и мочеточники обеих почек не расширены, не деформированы, справа конкрементов не содержат. В нижней группе чашечек отмечается два конкремента диаметром до 4 мм и плотностью до 420 ед. X. Внутренний дренаж левой почки не смещен, его проксимальный конец расположен в верхней группе чашечек, а дистальный – в мочевом пузыре. По ходу стента конкрементов не выявлено. Мочевой пузырь пуст.

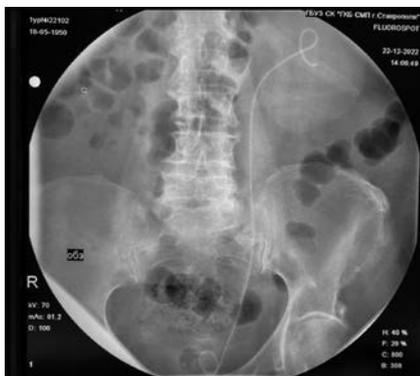


Рисунок 2. Обзорная урография пациентки Р. Внутреннее дренирование левой почки. В левом мочеточнике контрастируется успешно установленный мочеточниковый стент. Конкремент в верхней трети мочеточника не визуализируется из-за его низкой плотности (рентген негативный).

На основании полученных результатов КТ почек мы посчитали, что проведение пероральной литолитической терапии конкремента левого мочеточника щелочным цитратом оказалось успешным. Размер двух выявленных фрагментов в мочевыводящих путях слева дают надежду на их самостоятельное отхождение. Поэтому было принято решение – удаление внутреннего дренажа левой почки.

### Заключение

Атипичное проявление симптомов и минимальная способность выражать боль затрудняют диагностику почечной колики у невербальных пациентов. Настоящий случай подчеркивает важность учета междисциплинарного подхода в дифференциальной диагностике боли в боку (и почечной колики, в частности) у невербальных пациентов в условиях неотложной помощи. Компьютерная томография позволяет точно диагностировать наличие конкрементов в мочевыводящих путях (особенно рентген негативных). Вовремя поставленный диагноз «почечная колика» имеет важное значение для пациента, в плане быстрого купирования болевого синдрома и своевременной коррекции уросептических осложнений.

Осведомленность у специалистов о наличии сложной категории невербальных пациентов способствует развитию понимания атипичных проявлений симптомов болезни у людей данной категории.

### Обсуждение

Невербальные пациенты представляют сложную группу пациентов, которые из-за нарушения речи не могут выражать свои ощущения и сообщать жалобы, что значительно нарушает их коммуникацию с медицинским персоналом. Так как почечная колика в большинстве случаев сначала проявляется болевым синдромом, то верификация диагноза может быть затруднительной у пациентов данной категории. Замедление в постановке диагноза «почечная колика» способствуют отсрочке назначения патогенетического лечения и развития осложнений [6, 14, 15, 16]. В частности, на фоне почечной колики может возникнуть стойкая обструкция верхних мочевыводящих путей с присоединением инфекции и развитием сепсиса, что мы и наблюдали у пациентки Р. Reyner К. и соавт. указывали, что примерно у 20% пациентов с острым обструктивным калькулезным пиелонефритом наблюдался тяжелый сепсис [7].

Чувствительные (афферентные) нервные импульсы из почек поступают в ЦНС как через задние нервные корешки, так и по симпатическим нервным волокнам на уровне 10–12 грудных и первого поясничного позвонков. Примерно на этом же уровне формируются болевые импульсы от печени, яичников, поджелудочной железы, кишечника и т. д. Поэтому заболевания вышеперечисленных органов могут протекать под «маской» почечной колики. В научной литературе известны подобные публикации. Так, Alfahhad M. F. и соавт. наблюдали разрыв изолированной аневризмы общей подвздошной артерии, маскирующийся под почечную колику у мужчины 64 лет [1]. А, Kılıc Y. И соавт. описали случай возникновения спонтанной гематомы в области почечной лоханки, которую приняли за почечную колику у молодой женщины [5]. В свою очередь Barnett D. и соавт. зафиксировали у пациента с почечной коликой, на пике болевого синдрома, сопровождающего

ся рвотой, вторичную перфорацию пищевода (Синдром Бургаве), что потребовало междисциплинарный подход в лечении данного пациента с привлечением урологов, хирургов и специалистов интенсивной терапии [2].

В российской и зарубежной литературе мы не встретили описания случаев нетипичной клинической картины почечной колики у невербальных пациентов. В настоящее время нет четкого руководства в диагностике почечной колики у людей данной категории. Мы считаем, что невербальное состояние пациентки Р. способствовало удлинению сроков постановки правильного диагноза, что привело к развитию острого обструктивного пиелонефрита и септического шока. Именно клиническая картина септического шока с нарушением сознания и гемодинамики повело специалистов «по ложному следу» в плане исключения ОНМК. Однако своевременное выполнение КТ органов брюшной полости без контрастирования позволило выявить рентген негативный конкремент верхней трети левого мочеточника, который вызвал обструкцию лоханки, что привело к развитию выраженного болевого синдрома и уросептических осложнений у пациентки Р.

По данным литературы в настоящее время именно КТ брюшной полости без контрастного усиления является методом выбора для пациентов с острой почечной коликой и подозрением на мочекаменную болезнь [11]. Более того, при лихорадке, а также когда диагноз сомнителен, показана немедленная визуализация в виде КТ [8].

Ультразвуковое исследование почечной колики является альтернативным инструментом визуализации первой линии для выявления конкрементов, присутствующих в почечной чашечке, лоханке, проксимальном и дистальном отделе мочеточника [12]. Ультрасонография почки позволяет легко обнаружить гидроуретер и гидронефроз, указывающие на обструктивный процесс мочеточника. Однако эффективность УЗИ значительно снижается при расположении камней в средней части мочеточника из-за наличия газов в кишечнике. Более того, информативность УЗИ почек во многом зависит от навыков специалиста и таких физических факторов пациента, как его телосложение. В целом, УЗИ почек является безопасным и недорогим методом исследования МКБ с чувствительностью в визуализации конкрементов в мочевыводящих путях – 45%, а специфичностью – 88% [10].

Как указывалось ранее, своевременная постановка диагноза способствует быстрому старту патогенетической терапии. Как распознать почечную колику у невербального пациента? «Боль» – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, обычно связанное с повреждением тканей или восприятием угрозы благополучию организма. Даже если человек не может сообщить о боли, он ее все равно испытывает, особенно при почечной колике. Мы считаем, что во время почечной колики невербальный пациент может транслировать свою боль разными способами:

- мимикой (нахмуренные брови, стиснутые губы, быстрое мигание, гримаса боли);
- движением тела (вздрагивание, сжатые кулаки, повышенное мышечное напряжение, изменение позы);
- произвольным звуком (стон, всхлипывание, частые вздохи).

Так же у невербальных пациентов важно проводить более тщательный физический осмотр кожных покровов

(их бледность, повышенное потоотделение), поясничной области и оценку жизненно важных показателей (кровяное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания и температура).

В медицинской практике для оценки боли используются различные шкалы. Наиболее известная – визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) [4]. Однако, шкала ВАШ позволяет оценить лишь интенсивность боли. Для визуализации боли в педиатрической практике используют цветную Шкалу Эландта, которая помогает установить и локализацию, и интенсивность болевых ощущений. Следовательно, данную шкалу можно использовать у лиц взрослого возраста с психосоматическими нарушениями.

Обращая внимание на невербальные сигналы пациента, такие как выражение лица, язык тела и жестикация, врачу необходимо контролировать и свой собственный язык тела, чтобы лучше установить контакт с пациентом. Для лучшего понимания лучше использовать простой и понятный язык, избегать использование сложных предложений или медицинских терминов. Изъясняясь с невербальным пациентом лучше говорить в более медленном темпе, и давать больному время обдумать услышанное и ответить. Предпочтительнее задавать вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет», чтобы пациенту было легче коммуницировать. Также можно использовать такие жесты, как кивок в знак «да» и покачивание головой в знак «нет». Медицинские работники и лица, осуществляющие уход за невербальным пациентом, должны быть внимательны к их невербальным сигналам боли и расценивать их в контексте общего состояния пациента.

#### Список литературы / References

1. Alifhahad MF, Qasem HA, Alrajhi NN, Khayat LT, Alsulami MK, Al Marri SA, Alshuqaybi HM, Alhafayan SR, Al Jabir FM, Albaqami NA, Alyami AM, Alamrani AM, Abusabir DN, Alkhalid AN, Al-Hawaj F. Ruptured Isolated Common Iliac Artery Aneurysm Masquerading as Renal Colic. *Cureus*. 2021 Nov 19;13(11): e19752. doi: 10.7759/cureus.19752.
2. Barnett D, Kinnear N, Yao HH, Chee J. Renal colic causing Boerhaave syndrome. *Transl Androl Urol*. 2020 Apr;9(2):828–830. doi: 10.21037/tau.2019.12.11.
3. Ganfi S, Sohil P. Renal Colic: A Red Herring for Mucocoele of the Appendiceal Stump. *Case Rep Emerg Med*. 2018 Dec 6;2018:2502183. doi: 10.1155/2018/2502183

4. Imamoglu M, Aygun A, Bekar O, Erdem E, Cicek M, Tatli O, Karaca Y, Sahin A, Turkmen S, Tureli S. A retrospective analysis of nebulized versus intravenous fentanyl for renal colic. *Am J Emerg Med*. 2017 May;35(5):757–763. doi: 10.1016/j.ajem.2017.01.026.
5. Kilic Y, Gokdogan Y, Abdullah S. Spontaneous renal pelvis haematoma presenting as renal colic. *BJR Case Rep*. 2018 Oct 2;5(1):20180086. doi: 10.1259/bjrcr.20180086.
6. Mann U, Jain K, Wong R, Li Z, Eng A, Blachman-Braun R, Patel P. Predictors of mortality for patients admitted to the intensive care unit with obstructing septic stones. *Can Urol Assoc J*. 2021 Nov;15(11): E593-E597. doi: 10.5489/cuaj.7118.
7. Reyner K, Heffner AC, Karvetski CH. Urinary obstruction is an important complicating factor in patients with septic shock due to urinary infection. *Am J Emerg Med*. 2016 Apr;34(4):694–6. doi: 10.1016/j.ajem.2015.12.068.
8. Schoenfeld EM, Pekow PS, Shieh MS, Scales CD Jr, Lagu T, Lindenauer PK. The Diagnosis and Management of Patients with Renal Colic across a Sample of US Hospitals: High CT Utilization Despite Low Rates of Admission and Inpatient Urologic Intervention. *PLoS One*. 2017 Jan 3;12(1): e0169160. doi: 10.1371/journal.pone.0169160.
9. Schoenfeld EM, Shieh MS, Pekow PS, Scales CD, Jr, Munger JM, Lindenauer PK. Association of patient and visit characteristics with rate and timing of urologic procedures for patients discharged from the emergency department with renal colic. *JAMA Netw Open*. 2019;2: e1916454.
10. Thia I, Saluja M. An update on management of renal colic. *Aust J Gen Pract*. 2021 Jul;50(7):445–449. doi: 10.31128/AJGP-11–20–5751.
11. Türk C, Peñik A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. EAU Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis. *Eur Urol*. 2016 Mar;69(3):468–74. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.040
12. Громов А.И., Бульов В.М. Лучевая диагностика и терапия в урологии: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
13. Kaprin A.D., Apolikhin O.I., Sivkov A.V., Anokhin N.V., Gadzhiev N.K., Malhasyan V.A., Akopyan G.N., Prosyannikov M.Y. Incidence of urolithiasis in the Russian Federation from 2005 to 2020. *Experimental and Clinical Urology* 2022;15(2)10–17.
14. Кульченко Н.Г., Векильян М.А. Анализ антибактериальной чувствительности *E. Coli* у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2016; 3: 125–131
15. Кульченко Н.Г., Векильян М.А. Данные об изменении антибактериальной чувствительности микрофлоры к антибиотикам у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом на фоне сахарного диабета 2 типа. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2016; 3 (23): 85–90.
16. Петров В.И., Винаров А.З., Векильян М.А., Кульченко Н.Г. Изменение структуры возбудителей калькулезного пиелонефрита, осложненного сахарным диабетом 2 типа, в урологическом стационаре Волгограда. *Урология*. 2016;4:58–62.

Статья поступила / Received 12.01.24  
Получена после рецензирования / Revised 19.01.24  
Принята в печать / Accepted 19.02.24

#### Сведения об авторах

**Францев Роман Сергеевич**, доцент кафедры урологии<sup>1</sup>, врач-уролог<sup>2</sup>. E-mail: francuz26@mail.ru. SPIN-код: 9050–5976. ORCID: 0009–0000–8893–7938

**Деревяно Татьяна Игоревна**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и детской урологии- андрологии<sup>1</sup>. E-mail: uro-dep@yandex.ru. ORCID: 0000–0003–1659–319X

**Павленко Игорь Владимирович**, к.м.н., врач-уролог, зав. урологическим отделением<sup>2</sup>. E-mail: igoravlenko1974@mail.ru. SPIN-код: 2999–5622. ORCID: 0000–0002–7950–426

**Хаджиев Одиссей Гераклитович**, врач-уролог урологического отделения № 12. E-mail: odyssey15ru@yandex.ru

**Осипов Арсен Валерьевич**, врач-уролог<sup>3</sup>. E-mail: 475888@ro.ru. ORCID: 0009–0003–1226–373X

**Карасева Наталья Владимировна**, старший преподаватель кафедры биологии и общей генетики<sup>4</sup>. E-mail: karaseva-nv@rudn.ru. ORCID: 0000–0001–6891–0332

**Крупина Ольга Олеговна**, студентка 2 курса лечебного факультета<sup>4</sup>. E-mail: 1132226404@rudn.ru. ORCID ID: 0009–0008–7961–6612

**Ткаченко Даниил Михайлович**, студент 6 курса лечебного факультета<sup>4</sup>. E-mail: kd1800@yandex.ru

<sup>1</sup>ФБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

<sup>2</sup>ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Ставрополь, Россия

<sup>3</sup>Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, Ставрополь, Российская Федерация

<sup>4</sup>ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва

**Автор для переписки:** Францев Роман Сергеевич. E-mail: francuz26@mail.ru

#### About authors

**Frantsev Roman S.**, associate professor at Dept of Urology, Urologist<sup>1</sup>. E-mail: francuz26@mail.ru. SPIN code: 9050–5976. ORCID: 0009–0000–8893–7938

**Derevyanko Tatyana I.**, DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Urology and Paediatric Urology-Andrology<sup>1</sup>. E-mail: uro-dep@yandex.ru. ORCID: 0000–0003–1659–319X

**Pavlenko Igor V.**, PhD Med, urologist, head of Urology Dept<sup>2</sup>. E-mail: igoravlenko1974@mail.ru. SPIN-code: 2999–5622. ORCID: 0000–0002–7950–426

**Khadzhiev Odisey G.**, urologist, Urological Dept No. 12. E-mail: odyssey15ru@yandex.ru

**Osipov Arsen V.**, urologist<sup>3</sup>. E-mail: 475888@ro.ru. ORCID: 0009–0003–1226–373X

**Karaseva Natalya V.**, senior lecturer at Dept of Biology and General Genetics<sup>4</sup>. E-mail: karaseva-nv@rudn.ru. ORCID: 0000–0001–6891–0332

**Krupina Olga O.**, 2nd year student at General Medicine Faculty of Medical Institute<sup>4</sup>. E-mail: 1132226404@rudn.ru. ORCID ID: 0009–0008–7961–6612

**Tkachenko Daniil M.**, 6th year student at General Medicine Faculty<sup>4</sup>. E-mail: kd1800@yandex.ru

<sup>1</sup>Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

<sup>2</sup>City Clinical Emergency Hospital, Stavropol, Russia

<sup>3</sup>Stavropol Regional Clinical Consulting and Diagnostic Center, Stavropol, Russia

<sup>4</sup>Peoples' Friendship University of Russia n.a. Patrice Lumumba, Moscow, Russia

**Corresponding author:** Frantsev Roman S. E-mail: francuz26@mail.ru

**Для цитирования:** Францев Р.С., Деревяно Т.И., Павленко И.В., Хаджиев О.Г., Осипов А.В., Карасева Н.В., Крупина О.О., Ткаченко Д.М. Клинический случай нетипичной клинической картины почечной колики у невербальной пациентки. *Медицинский алфавит*. 2024; (5): 43–47. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-5-43-47>

**For citation:** Frantsev R.S., Derevyanko T.I., Pavlenko I.V., Hadzhiev O.G., Osipov A.V., Karaseva N.V., Krupina O.O., Tkachenko D.M. A clinical case of an atypical clinical pattern of renal colic in a nonverbal patient. *Medical alphabet*. 2024; (5): 43–47. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-5-43-47>