Информационно-
консультативный портал
для урологических пациентов
03 uro 18+

Телемедицинская консультация врача-уролога

Пациент:

Имя: Юлия

Возраст: 42

Пол: Женский

Врач:

ФИО: Шадёркин Игорь Аркадьевич

Специализация: Уролог

Учёная степень: кандидат медицинских наук

Дата и время:

обращения пациента за консультацией: 17.07.2025 22:48:22

формирования заключения врача: 18.07.2025 12:05:10

Ссылка на электронную версию:

Адрес в сети Интернет: https://03uro.ru/consultations/question/322304/answer/322310

Заключение врача

Комментарий врача

1. **Юлия, вы уже обращались с этим вопросом ранее.** На данный момент, по предоставленной вами информации, **ситуация не изменилась**: жалобы, результаты обследований и динамика симптомов остались прежними. Поэтому повторяю для вас ранее сформированное заключение и рекомендации.

Жалобы

1. **Постоянные фоновые позывы к мочеиспусканию** в течение 2 месяцев, без болей, резей, недержания.
2. Мочеиспускание 8–10 раз в сутки, объем мочи соответствует 80% выпитой жидкости.
3. Позывы не сопровождаются выраженной срочностью (ургентностью), но субъективно очень мучительны.

Анамнез заболевания

1. Дебют симптомов — 2 месяца назад, **без явных провоцирующих факторов**.
2. Проведено комплексное обследование:
    - УЗИ мочевого пузыря и почек — **без патологии**, остаточной мочи нет.
    - Общий анализ мочи, анализ по Нечипоренко — **без воспалительных изменений**.
    - Фемофлор, анализы на ИППП — **отрицательные**.
    - МРТ таза и пояснично-крестцовой зоны — **без патологии**.
3. Проводилась терапия:
    - Визикар, Омник, Бетмига, Амитриптилин — **без эффекта**.
    - В настоящее время — Спазмекс 15 мг 3 раза в день, 1 месяц, **эффекта нет**.
4. По дневнику мочеиспускания: **8–10 раз в сутки**, объем мочи соответствует объему выпитой жидкости.

Анамнез жизни

1. Возраст — 42 года, пол — женский.
2. Сопутствующие заболевания, перенесённые операции, особенности образа жизни — **не указаны**. Если есть хронические заболевания (сахарный диабет, неврологические, гинекологические), просьба уточнить.
3. Гинекологический анамнез: **не отражён** — важна информация о перенесённых воспалениях, операциях, особенностях менструального цикла, наличии/отсутствии менопаузы.
4. Психоэмоциональный фон, уровень стресса, наличие тревожных или депрессивных состояний — **не указаны**, но могут быть значимы для оценки синдрома хронической тазовой боли.

Интерпретация представленных данных

1. **Отсутствие воспалительных, инфекционных и органических причин** (по данным анализов, УЗИ, МРТ, Фемофлора, ИППП).
2. **Дневник мочеиспускания** — частота в пределах физиологической нормы (до 8–10 раз в сутки), объем мочи адекватен объему выпитой жидкости, что исключает полидипсию/полиурию и явную гиперактивность мочевого пузыря.
3. **Лечение препаратами разных групп (антихолинергики, бета-3-агонисты, альфа-адреноблокаторы, антидепрессанты)** не дало эффекта, что снижает вероятность классического гиперактивного мочевого пузыря и нейрогенных нарушений.
4. **Преобладание субъективных фоновых позывов** без объективных нарушений мочеиспускания и без боли — типично для функциональных расстройств, в том числе синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), сенсорной дисфункции мочевого пузыря, тревожных расстройств.
5. Важный момент: **отсутствие эффекта от стандартной урологической терапии** и сохранение симптомов при нормальных анализах — это косвенно указывает на возможный **неврогенный, психосоматический или миофасциальный компонент**.
6. **Ваша ситуация не является критической**, если вы можете контролировать мочеиспускание и нет недержания или боли.

Заключение

1. **Наиболее вероятные гипотезы:**
   - **Синдром хронической тазовой боли (СХТБ)** — функциональное расстройство, при котором фоновые позывы могут быть связаны с нарушением восприятия сигналов от мочевого пузыря, повышенной тревожностью, миофасциальным напряжением тазового дна.
   - **Сенсорная дисфункция мочевого пузыря** — повышенная чувствительность рецепторов, без объективных признаков воспаления или органики.
   - **Психоэмоциональный компонент** — тревожные расстройства, стресс, депрессия могут усиливать восприятие позывов.
2. **Менее вероятны:**
   - Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — отсутствие эффекта от терапии и нормальный дневник мочеиспускания.
   - Интерстициальный цистит — обычно сопровождается болями, изменениями в моче, снижением объема мочевого пузыря.
   - Органические и инфекционные причины — исключены по данным обследований.
3. **Для уточнения диагноза** важно провести дополнительную дифференциацию между СХТБ, сенсорной дисфункцией и психоэмоциональными нарушениями.

Рекомендации

1. **Повторно и тщательно вести дневник мочеиспускания** не менее 3 суток, обязательно с помощью приложения **«ЭТТА - дневник мочеиспускания»**:

   - iOS: ЭТТА - дневник мочеиспускания
   - Android: ЭТТА - дневник мочеиспускания

Преимущества приложения:

- Удобство и точность — быстрый ввод данных, не нужно бумажных записей.
- Объективизация жалоб — структурированные данные для врача.
- Визуализация — графики и таблицы для анализа динамики.
- Передача врачу — формирование отчёта для дистанционного анализа.
- Оценка интенсивности позывов и боли — визуальная аналоговая шкала (0–10 баллов).
- Достаточно 3 суток — этого хватает для клинической оценки.
- Интуитивный интерфейс — не требует специальных навыков.

Инструкция:

- В течение 3 суток отмечайте время каждого мочеиспускания, примерный объем, интенсивность позыва, наличие боли, объем потребляемой жидкости.
- По окончании — сформируйте отчет и передайте врачу.
- Заполнение занимает 10–15 секунд, а результат — объективная картина вашего состояния.
- Даже приблизительная оценка объема мочи полезна врачу.
- Это поможет избежать ненужных препаратов и подобрать индивидуальное лечение.

2. **Провести уродинамическое обследование**:
   - **Урофлоуметрия** — оценка скорости и характера потока мочи, выявление скрытых нарушений опорожнения.
   - **Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ)** — «золотой стандарт» для оценки функции детрузора и сфинктерного аппарата, особенно важно перед рассмотрением инъекций ботулотоксина при неэффективности консервативной терапии.
3. **Очная консультация уролога** с пальпацией мышц тазового дна — для исключения миофасциального синдрома, триггерных точек.
4. **Консультация невролога** — для исключения скрытых неврологических нарушений.
5. **Консультация психотерапевта/психолога** — при выраженной тревожности, обсессивных переживаниях, если фоновые позывы становятся навязчивыми и влияют на качество жизни.
6. **Общие рекомендации:**
   - Соблюдать питьевой режим (не превышать 1,5–2 л жидкости в сутки).
   - Избегать раздражающих продуктов (кофе, крепкий чай, газировка, острое, алкоголь).
   - Регулярные физические нагрузки, дыхательные упражнения, техники релаксации.
   - При выраженном психоэмоциональном компоненте — техники осознанности, когнитивно-поведенческая терапия.
7. **Медикаментозная коррекция** возможна только после уточнения фенотипа расстройства (СХТБ, сенсорная дисфункция и т.д.). Не рекомендуется продолжать бесконтрольный приём препаратов без наблюдения врача.

Дополнительная информация и инструкции

1. Если появятся новые симптомы (боль, кровь в моче, недержание, повышение температуры), **немедленно обратиться к врачу**.
2. Для качественной дистанционной оценки:
   - Ведите дневник мочеиспускания не менее 3 суток.
   - Записывайте все изменения в самочувствии, новые симптомы.

- При необходимости — подготовьте копии анализов, заключения УЗИ, МРТ, результаты дневника для повторной консультации.

Пояснения: Ваша ситуация типична для функциональных урологических расстройств, которые требуют индивидуального подхода и часто — командной работы уролога, невролога и психотерапевта. Не отчаивайтесь: такие состояния поддаются коррекции, но требуют терпения и комплексного подхода.