

## 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://www.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 (антихолинэргики, 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.