

# Оглавление

Оглавление ..................................................................................................................................... 2

Список сокращений ....................................................................................................................... 4

Термины и определения ................................................................................................................ 4

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) ...................................................................................................................................... 5
   1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ........ 5 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ................................................................................................................................... 5

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .... 5 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровья: .............................................................................................................. 5

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .... 6 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ................................................................................................................................... 6

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .............. 6
   1. Жалобы и анамнез .............................................................................................................. 7
   2. Физикальное обследование ................................................................................................ 7
   3. Лабораторные диагностические исследования ................................................................ 7 2.4 Инструментальные диагностические исследования ....................................................... 8
2. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения ........................................................................................................................................... 9 3.1 Хирургическое лечение: ..................................................................................................... 9

Диетотерапия ............................................................................................................................. 9

Обезболивание .......................................................................................................................... 9

1. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов ............................................. 10
2. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики ...................................................... 10
3. Организация оказания медицинской помощи ...................................................................... 10
4. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния) ........................................................................................................ 10

Критерии оценки качества медицинской помощи ................................................................... 10

Список литературы ...................................................................................................................... 11

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических

рекомендаций ............................................................................................................................... 14

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .............................. 14

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата............................................................................... 15 Приложение Б. Алгоритмы действий врача ............................................................................. 16 Приложение В. Информация для пациента .............................................................................. 16

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты

состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях ........................................ 16

# Список сокращений

ЭК-эпидидимальные кисты

УЗИ-ультразвуковое исследование

УДД — уровень достоверности доказательств

УУР — уровень убедительности рекомендаций

РКИ — рандомизированное клиническое исследование

МРТ — магнитно-резонансная томография

АТХ (ATC) — анатомо-терапевтико-химическая классификация лекарственных средств

ГРЛС — государственный реестр лекарственных средств

МНН — международное непатентованное наименование ИППП – инфекции, передающиеся половым путем.

# Термины и определения

Эпидидимальные кисты – это – полостные образования, содержащие серозную жидкость. Киста придатка заполнена жидкостью, по составу приближенной к транссудату.

Сперматоцеле – это соединительнотканная полость, связанную с придатком, выстланная изнутри цилиндрическим эпителием. Содержимым сперматоцеле является семенная жидкость нейтральной или щелочной реакции, в ней выявляются жировые

тельца, единичные лейкоциты и эпителиальные клетки

# 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

**1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или**

## состояний)

N43.4 (D29.3) – Эпидидимальные кисты (ЭК), или кисты придатка яичка, являются доброкачественными образованиями, располагающимися чаще всего в области головки придатка яичка. Семенные кисты придатка яичка встречаются достаточно часто, их доля составляет до 7% в структуре всех выявляемых объёмных образований органов мошонки. ЭК – полостные образования, содержащие серозную жидкость [17]. Сперматоцеле представляет собой соединительнотканную полость, связанную с придатком, выстланную изнутри цилиндрическим эпителием. Отличительным признаком сперматоцеле и кисты придатка является характер внутреннего содержимого этих образований

**1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний**

## или состояний)

Полагают, что кисты придатка яичка образуются вследствие нарушений процессов эмбриогенеза, ответственных за формирование канальциевого аппарата гонад, а также при травмах мошонки, остром и хроническом эпидидимитaх, приводящих к облитерации семенных канальцев. Пул сперматозоидов, встречая на своём пути препятствие в форме абортивно оканчивающегося канальца, накапливается, что способствует дилатации канальца и образованию кистозной полости [17, 19]. ЭК могут быть одиночными и множественными, с одно- и двусторонней локализацией.

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Достоверных эпидемиологических данных на момент написания рекомендаций нет.

**1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровья:**

N43.4 Сперматоцеле

D29.3 Доброкачественное новообразование придатка яичка

**1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Классификации данного заболевания не существует

**1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний**

## или состояний)

Клинические проявления сперматоцеле вариабельны и напрямую зависят от размера и локализации эпидидимальных кист. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно и является случайной находкой, например, при самообследовании. При увеличении в размерах кисты и сдавлении ткани придатка появляется болевой синдром различной интенсивности, возможно увеличение половины мошонки со стороны поражения. Так же возможны нарушения/изменения в анализах спермограммы (олиго\азооспермия) в случае локализации кисты в хвосте придатка со сдавлением эпидидимального протока.

# 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

*Диагностика эпидидимальных кист не составляет затруднений. В большинстве случаев она ограничивается 1-2 диагностическими приемами.*

***Критерии установления диагноза основаны на 3-х основных методиках:***

1. *Данных анамнеза*
2. *Данных физикального обследования*
3. *Данных инструментального обследования*

Комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мошонки остаётся основным диагностическим и наиболее надёжным методом выявления ЭК. Применение УЗИ у данной категории пациентов позволяет своевременного выявить характер патологических изменений в эпидидимусe и определить показания к оперативному лечению.

Наличие в придатке анэхогенного образования, вокруг которого участки гипеваскуляризации не определяются, позволяет считать их признаком кисты придатка. Метод является особенно значимым при обследовании пациентов с клинически проявляющимися кистами придатка яичка (болевой синдром, увеличенная мошонка) [21,

22]*.*

## 2.1 Жалобы и анамнез

**Рекомендуется** при сборе жалоб и анамнеза с целью определения тактики обследования у всех пациентов с подозрением на сперматоцеле выяснить наличие жалоб на:

* пальпируемое образования в мошонке;
* наличие болевого синдрома в области образования;  давность появления указанных жалоб [2].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *Обычно пациенты с кистой придатка яичка не предъявляют жалоб и заболевание часто выявляется при обследовании по поводу иной патологии органов мошонки. В редких случаях перекрута кисты придатка жалобы будут характерны для синдрома острой мошонки [2].*

### 2.2 Физикальное обследование

**Рекомендуется** при подозрении на сперматоцеле провести пальпацию мужских половых органов (пальпация при патологии мужских половых органов) в том числе в положении пациента «стоя» с целью дифференциальной диагностики с заболеваниями органов мошонки [2, 35].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *Физикальное обследование заключается в осмотре и пальпации органов мошонки. Осмотр проводиться в положении пациента стоя. При осмотре отмечается наличие округлого образования эластической консистенции, безболезненного при пальпации и не спаянного с окружающими тканями (локализация в пределах органа может быть различной, но в большинстве случаев это головка придатка)*

### 2.3 Лабораторные диагностические исследования

**Рекомендуется** всем мужчинам с жалобами на бесплодие, изменение эякулята или при локализации кисты в области хвоста придатка (риск обструкции), выполнять базовое исследование эякулята (спермограмму), включая определение объема эякулята, концентрации сперматозоидов, общего числа сперматозоидов, долей подвижных сперматозоидов (включая доли сперматозоидов с медленной и быстрой поступательной подвижностью), доли нормальных форм сперматозоидов и концентрации круглых клеток, а при значении доли подвижных сперматозоидов менее 40% – определение доли живых сперматозоидов, с целью определения показателей фертильности. [9, 19, 24, 31, 32, 33, 34].

## Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

**Рекомендуется пациентам со сперматоцеле, п**ри клинико-анамнестических признаках ИППП **выполнить** молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на возбудителей инфекции, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)**,** с целью выявления возбудителей урогенитальных заболеваний [22, 27, 28, 29, 30]

## Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

### 2.4 Инструментальные диагностические исследования

**Рекомендуется** выполнение ультразвукового исследования органов мошонки всем пациентам с подозрением на сперматоцеле (при возможности с допплерографией) для установления диагноза и исключения сопутствующей патологии (опухоль, варикоцеле, орхоэпидидимит).[1, 7, 21, 26].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** Комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мошонки остаётся основным диагностическим и наиболее надёжным методом выявления ЭК. Применение УЗИ у данной категории пациентов позволяет своевременного выявить характер патологических изменений в эпидидимисe и определить показания к оперативному лечению. Наличие в придатке анэхогенного образования, вокруг которого участки гипеваскуляризации не определяются, позволяет считать их признаком кисты придатка. Метод является особенно значимым при обследовании пациентов с клинически проявляющимися кистами придатка яичка (болевой синдром, увеличенная мошонка).

**Рекомендуется** в случае диагностических затруднений, недостаточной информативности УЗИ органов мошонки выполнить магнитно-резонансную томографию мошонки (при необходимости с контрастированием), с целью уточнения диагноза [25].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** В случае, когда УЗИ органов мошонки не помогают с достаточной достоверностью поставить диагноз, то имеет смысл провести МРТ мошонки с контрастированием. Методика МРТ позволяет с высокой точность поставить диагноз.

# 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение кист придатка заключается только в хирургических методах коррекции.

**3.1 Хирургическое лечение:**

**Рекомендуется** хирургическое лечение кисты придатка яичка при:

* болевом синдроме;
* размере кисты более 10 мм и продолжающемся ее росте;
* перекруте кисты придатка яичка;
* инфицировании кисты;
* напряженной кисте;
* подозрение на обструктивную олиго-/азооспермию. [11, 19].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Рекомендуется** при наличии показаний выполнять иссечение кисты придатка яичка с использованием прецизионной техники и избеганием травматизации окружающих тканей. [11, 12, 19].

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:**Вылущивание/иссечение кисты считается традиционной методикой хирургического лечения эпидидимальных кист. Техника заключается послойном выделении кисты придатка со стороны поражения с сохранением ее целостности и последующим послойным ушиванием раны.

**Диетотерапия**

Диетотерапия не предусмотрена.

**Обезболивание**

Проводится в рамках соответствующих хирургических процедур

1. **Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

*Реабилитационных мероприятий для данной группы пациентов не предусмотрено.*

1. **Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и**

# противопоказания к применению методов профилактики

*Специализированных профилактических мероприятий для данной группы пациентов не предусмотрено. В диспансерном наблюдении не нуждаются.*

# 6. Организация оказания медицинской помощи

**Показания для плановой госпитализации:** Проведение оперативного вмешательства с целью устранения сперматоцеле.

**Показания для экстренной госпитализации:** при развитии осложнений, болевом синдроме.

**Показания к выписке пациента из стационара**: Завершение оперативного вмешательства.

# 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния)

Данных нет.

# Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Оценка выполнения**  **(да/нет)** |
| 1 | .Выполнен сбор анамнеза пациентам с подозрением на сперматоцеле | Да/нет |
| 2 | .Выполнено физикальное обследование (пальпация при патологии мужских половых органов) пациентам с подозрением на сперматоцеле | Да/нет |
| 3 | .Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки пациентам с подозрением на сперматоцеле | Да/нет |
| 4 | .Выполнено хирургическое лечение сперматоцеле при наличии показаний и отсутствии противопоказаний | Да/нет |

## Список литературы

1. Анисимов А. В. Дифференциальная ультразвуковая диагностика жидкостных объемных образований органов мошонки // Sonoace international. 2001. № 9. С. 40-49.
2. Аполихин О. И., Сивков А. В., Ефремов Е. А. и др. Клинико-статистическая классификация андрологических болезней // Экспериментальная и клиническая урология.

2011. № 1. С. 17-25.

1. Атаева С. Х., Ахмедов Я. А. УЗИ высокого разрешения для детской патологии мошонки // Uzbek journal of case reports. 2022. Т. 2. № 1. С. 18-22.
2. Бондаренко С. В., Тарусин Д. И. Поражения семявыносящих путей у детей и подростков // Андрология и генитальная хирургия. 2005. Т. 6. № 1. С. 6-16.
3. Гареев В. Д., Ермакова Л. А. Клинико-анатомические характеристики сперматоцеле у детей // FORCIPE. 2020. Т. 3. № S. С. 236.
4. Григоренко А. В. , Писклаков А. В., Пономарев В. И. и др. Использование скротоскопии для диагностики и лечения заболеваний органов мошонки у детей // Вятский медицинский вестник. 2023. Т. 80. № 4. С. 8-12.
5. Делягин В. М., Герберг А. М., Демина Е. С., Сенякович Н. Б. Роль УЗИ в диагностике состояния органов мошонки // SonoAce-Ultrasound. 2000. № 7. С. 74-83.
6. Довжанский И. В., Зубарева Е. В. Местная анестезия артикаином при хирургическом лечении пациентов со сперматоцеле // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2023. Т. 13. № 2S. С. 236.
7. Жиборев Б. Н. Сперматоцеле как причина инфертильности // Андрология и генитальная хирургия. 2011. Т. 12. № 2. С. 123-124.
8. Зубарев В. А., Архангельский А. И., Должанский И. В. и др. Сравнительная оценка эффективности и безопасности местной анестезии артикаином и лидокаином при оперативном лечении сперматоцеле // Дневник казанской медицинской школы. 2023. № 2

(40). С. 14-17.

1. Зубарев В. А., Архангельский А. И., Топузов М. Э. и др. Хирургическая тактика лечения больных со сперматоцеле различных размеров // Дневник казанской медицинской школы. 2021. № 1 (31). С. 36-39.
2. Исмаилов К. А., Володько Е. А., Чанаканов З. И. и др. Исходы хирургического лечения врождённых заболеваний пахово-мошоночной области у детей // Вестник Авиценны. 2012. № 3 (52). С. 62-67.
3. Коршунов М. Н., Крамарева К. И., Киндарова Л. Б., Даренков С. П. Оптимизация взаимодействия детского и взрослого уролога-андролога как инструмент профилактики репродуктивных потерь // Урологические ведомости. 2019. Т. 9. № 1S. С. 52-53.
4. Лобкарёв О. А., Лутфуллин Н. И., Лобкарёв А. О. Случай атипичного гидроцеле и кисты придатка яичка // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91. № 5. С. 712. 15. Малышева Т. Ф., Балашов А. Т., Малышев В. А. Склеротерапия жидкостных образований органов мошонки под ультразвуковым контролем // Андрология и генитальная хирургия. 2005. № 2. С. 50-54.
5. Переверзев А. С. Хронический болевой тазовый синдром у мужчин // Международный медицинский журнал. 2005. № 2. С. 109-114.
6. Рыскулбеков Н. Р., Абаралиев А. К., Суранов Д. А. Фертильность мужчин, перенесших хирургическое вмешательство в репродуктивную систему // Здравоохранение Кыргызстана. 2022. № 3. С. 72-76.
7. Саркисян Д. В., Виноградов И. В. Отдаленные результаты применения метода склеротерапии в лечении кист придатка яичка // Экспериментальная и клиническая урология. 2021. № 1. С. 62-67.
8. Саркисян Д. В., Виноградов И. В. Современный взгляд на лечение кист придатка яичка как фактора обструктивной азооспермии // Вестник урологии. 2019. № 3. С. 47-54. 20. Саркисян Д. В., Виноградов И. В., Виноградова Е. В. Изучение клинической эффективности и безопасности метода склеротерапии в лечении кист придатка яичка // Экспериментальная и клиническая урология. 2020. № 2. С. 118-123.
9. Стратиенко С. В., Аристархов В. Г., Жиборев Б. Н., Хобочева Е. А. Значение и особенности ультразвукового исследования кист придатка яичка // Российский медикобиологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006. Т. 14. № 1. С. 84-87.
10. Усупбаев А. Ч., Кутболсун У. У. Урогенитальные инфекции у больных с кистозными заболеваниями придатка яичка // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.

2020. № 3. С. 91-94.

1. Усупбаев А. Ч., Кутболсун У. У. Эпидемиология кистозных заболеваний придатка яичка // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2019. № 3. С. 136-139.
2. Усупбаев А. Ч., Кутболсун Уулу У., Рысбаев Б. А. Взаимосвязь мужского бесплодия с кистозными изменениями придатка яичка // Медицина Кыргызстана. 2018. № 4. С. 80-82. 25. Чураянц В. В., Ковалев В. А., Королева С. В. Магнитно-резонансная диагностика заболеваний органов мошонки // Медицинская визуализация. 2006. № 1. С. 90-97.
3. Patil, V., Shetty, S. M., & Das, S. (2015). Common and Uncommon Presentation of Fluid within the Scrotal Spaces. Ultrasound international open, 1(2), E34–E40. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555919>
4. Pellati D, Mylonakis I, Bertoloni G, Fiore C, Andrisani A, Ambrosini G, Armanini D.

Genital tract infections and infertility. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;140(1):3-11. doi:

10.1016/j.ejogrb.2008.03.009.

1. Huang C, Zhu HL, Xu KR, Wang SY, Fan LQ, Zhu WB. Mycoplasma and ureaplasma infection and male infertility: a systematic review and meta-analysis. Andrology. 2015;3(5):809816. doi: 10.1111/andr.12078.
2. Lin HP, Lu HX. Analysis of detection and antimicrobial resistance of pathogens in prostatic secretion from 1186 infertile men with chronic prostatitis.Zhonghua Nan Ke Xue.

2007;13(7):628-631.

1. Zhang Z, Li Y, Lu H, Li D, Zhang R, Xie X, Guo L, Hao L, Tian X, Yang Z, Wang S, Mei X. A systematic review of the correlation between Trichomonas vaginalis infection and infertility. Acta Trop. 2022 Dec;236:106693. doi: 10.1016/j.actatropica.2022.106693. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36116548.
2. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, sixth edition. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO2021.
3. Kamischke A, Cordes T, Nieschlag E. The diagnostic of male infertility-an important part of reproductive medicine. Ther Umsch. 2009;66(12):789-795. doi: 10.1024/00405930.66.12.789.
4. Schlegel PN, Sigman M, Collura B, De Jonge CJ, Eisenberg ML, Lamb DJ, et al.

Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline Part I. J Urol.

2021;205(1):36-43. doi: 10.1097/JU.0000000000001521.

1. WHO, WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
2. Kliesch S. Hydrozele, Spermatozele und Vasektomie: Komplikationsmanagement [Hydrocele, spermatocele, and vasectomy: management of complications]. Urologe A. 2014 May;53(5):671-5. German. doi: 10.1007/s00120-014-3486-4. PMID: 24806800.

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру**

# клинических рекомендаций

1. Неймарк Александр Израилевич. Заведующий кафедрой Урологии и Андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ, Главный внештатный специалист-уролог Алтайского края и СФО, председатель регионального отделения РОУ, доктор медицинских наук, профессор
2. Яковлев Андрей Владимирович ассистент кафедры Урологии и Андрологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ, член РОУ, кандидат медицинских наук.
3. Харчилава Реваз Ревазович – к.м.н., директор Учебного центра врачебной практики “Praxi Medica” ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), г. Москва.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

* Врач-уролог  Врач-хирург
* Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

**Таблица 1.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по  интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Справочные материалы отсутствуют

# Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Инструменталь

ное обследование и

лабораторная

диагностика



Диагноз

установлен



Оп

еративное лечение



Сбор анамнеза,

объективное

обследование



Пациент со

сперматоцеле

# Приложение В. Информация для пациента

Эпидидимальные кисты (ЭК), или кисты придатка яичка, являются доброкачественными образованиями, располагающимися чаще всего в области головки придатка яичка. Семенные кисты придатка яичка встречаются достаточно часто, их доля составляет до 7% в структуре всех выявляемых объёмных образований органов мошонки. ЭК – полостные образования, содержащие серозную жидкость [17]. Сперматоцеле представляет собой соединительнотканную полость, связанную с придатком, выстланная изнутри цилиндрическим эпителием. Отличительным признаком сперматоцеле и кисты придатка является характер внутреннего содержимого этих образований

# Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкалы оценки и другие опросники не применяются.