

Клинические рекомендации

## Сперматоцеле

Кодирование по Международной N43.4, D29.3  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем:

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 2025

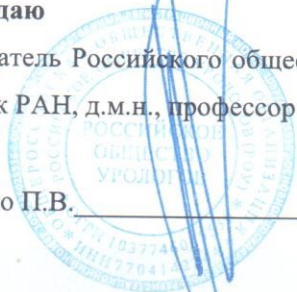
Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество урологов

Утверждаю

Председатель Российского общества урологов,  
академик РАН, д.м.н., профессор

Глыбочко П.В.



Согласованы

Научно-практическим советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	5
1.1 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 здоровьем:.....	5
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	6
2.1 Жалобы и анамнез .....	7
2.2 Физикальное обследование.....	7
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	7
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	8
3. 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

4. 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
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	10
6. Организация оказания медицинской помощи .....	10
7. 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 (АТС) — 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 канальцевого аппарата гонад, а также при травмах мошонки, остром и хроническом эпидидимитах, 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 здоровьем:**

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 своевременно выявить характер патологических изменений в эпидидимусе и определить показания к оперативному лечению.

Наличие в придатке анэхогенного образования, вокруг которого участки гиповаскуляризации 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 проводится 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 С (уровень достоверности доказательств – 4)**

**Рекомендуется** пациентам со сперматоцеле, при 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 С (уровень достоверности доказательств – 5)**

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

**Рекомендуется** выполнение ультразвукового исследования органов мошонки всем пациентам с подозрением на сперматоцеле (при возможности с доплерографией) 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 своевременно выявить характер патологических изменений в эпидидимисе и определить показания к оперативному лечению. Наличие в придатке анэхогенного образования, вокруг которого участки гиповаскуляризации не определяются, позволяет считать их признаком кисты придатка. Метод является особенно значимым при обследовании пациентов с клинически проявляющимися кистами придатка яичка (болевого 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 точностью 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

**4. 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.*

**5. 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 заболевания или 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.
3. 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.
4. Бондаренко С. В., Тарусин Д. И. Поражения семявыносящих путей у детей и подростков // Андрология и генитальная хирургия. 2005. Т. 6. № 1. С. 6-16.
5. Гареев В. Д., Ермакова Л. А. Клинико-анатомические характеристики сперматоцеле у детей // FORCIPE. 2020. Т. 3. № S. С. 236.
6. 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.
7. Делягин В. М., Герберг А. М., Демина Е. С., Сенькович Н. Б. Роль УЗИ в диагностике состояния органов мошонки // SonoAce-Ultrasound. 2000. № 7. С. 74-83.
8. 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.
9. Жиборев Б. Н. Сперматоцеле как причина infertility // Андрология и генитальная хирургия. 2011. Т. 12. № 2. С. 123-124.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

13. 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.
14. 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.
16. Переверзев А. С. Хронический болевой тазовый синдром у мужчин // Международный медицинский журнал. 2005. № 2. С. 109-114.
17. Рыскулбеков Н. Р., Абаралиев А. К., Суранов Д. А. Фертильность мужчин, перенесших хирургическое вмешательство в репродуктивную систему // Здоровоохранение Кыргызстана. 2022. № 3. С. 72-76.
18. 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.
19. 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.
21. Стратиенко С. В., Аристархов В. Г., Жиборев Б. Н., Хобочева Е. А. Значение и особенности ультразвукового исследования кист придатка яичка // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006. Т. 14. № 1. С. 84-87.
22. 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.
23. Усупбаев А. Ч., Кутболсун У. У. Эпидемиология кистозных заболеваний придатка яичка // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2019. № 3. С. 136-139.
24. 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.

26. 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>
27. 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.
28. 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):809-816. doi: 10.1111/andr.12078.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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: 10.1024/0040-5930.66.12.789.
33. 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.
34. WHO, WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
35. 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)

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
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
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)

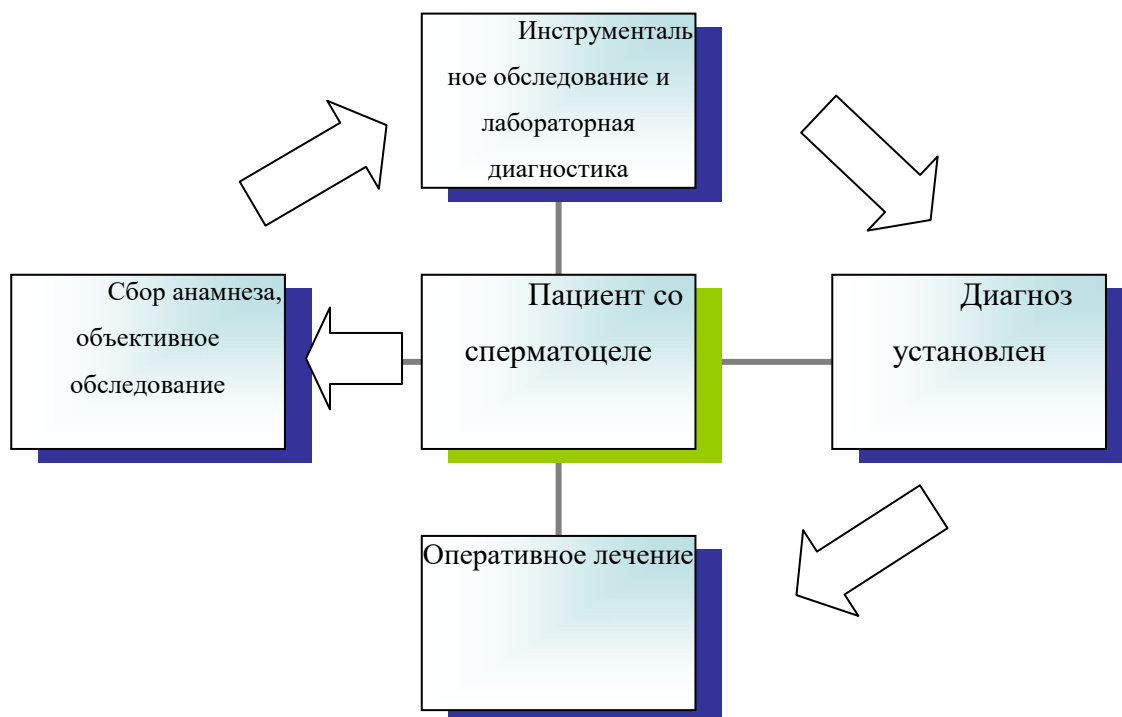
#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

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



## 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.