

Клинические рекомендации

## Гидроцеле, сперматоцеле

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

N43.0 – гидроцеле осумкованное  
N43.1 – инфицированное гидроцеле  
N43.2 – другие формы гидроцеле  
N43.3 – гидроцеле неуточненное  
N43.4 – сперматоцеле  
P83.5 – врожденное гидроцеле

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2024\_**

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация специалистов детских урологов-андрологов

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез .....	8
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	9
2.5 Иные диагностические исследования.....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	10
3.1 Подраздел 1 (например, «Консервативное лечение»).....	10
3.N Подраздел N.....	10
3.N Иное лечение .....	11
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.....	12

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	12
6. Организация оказания медицинской помощи .....	12
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния) .....	13
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	13
Список литературы.....	13
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	16
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	17
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	19
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	20
Приложение В. Информация для пациента .....	21
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	22

## Список сокращений

МРТ – магнитно-резонансная томография

СР – степень рекомендации

УД – уровень доказательности

УЗИ – ультразвуковое исследование

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

## Термины и определения

Изолированное гидроцеле – это избыточное скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листком влагалищной оболочки мошонки при облитерированном влагалищном отростке.

Сообщающееся гидроцеле – это избыточное скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листком влагалищной оболочки мошонки при необлитерированном влагалищном отростке.

Напряженное гидроцеле – это избыточное скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листком влагалищной оболочки мошонки, приводящее к повышению давления в ее полости. Сопровождается натяжением оболочек мошонки и может вызывать болевой синдром.

Инфицированное гидроцеле (пиоцеле) – сопровождается бактериальным инфицированием полости мошонки

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

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Гидроцеле – это избыточное скопление жидкости между париетальным и висцеральным листком влагалищной оболочки мошонки.

Фуникулоцеле (киста семенного канатика) – скопление жидкости по ходу семенного канатика при необлитерированном на его уровне влагалищном отростке [1].

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Анатомической предпосылкой врожденного гидроцеле является незаращение влагалищного отростка [2]. При неполной облитерации возникает сообщающаяся форма гидроцеле. В случае облитерации на уровне внутреннего пахового кольца и скоплении жидкости в полости мошонки возникает несообщающееся гидроцеле. При остаточной необлитерированной полости на уровне семенного канатика может возникать фуникулоцеле [3].

Приобретенное гидроцеле может быть обусловлено патологической продукцией выпота в серозную полость мошонки.

Предрасполагающими факторами приобретенного гидроцеле могут являться:

- воспалительный процесс
- травма мошонки
- перенесенные оперативные вмешательства на органах мошонки и паховой области (варикоцелэктомия, паховое грыжесечение)
- новообразования
- филяриоз

Изолированное гидроцеле присутствует преимущественно у подростков и связано с травмой, орхоэпидидимитом, ранее выполненной перевязкой яичковых вен по поводу варикоцеле [4]. Причина возникновения гидроцеле не всегда может быть установлена, тогда предполагается идиопатический характер заболевания [5].

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

Достоверных данных о распространенности заболевания у детей нет.

При ультразвуковом обследовании детей от 8 до 36 месяцев частота выявления гидроцеле составляет 2,8% [6]. При профилактических осмотрах детей и подростков частота выявления гидроцеле достигает 0,96% [7].

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

N43.0 – гидроцеле осумкованное

N43.1 – инфицированное гидроцеле (можно применить дополнительный код B95-B98 для указания инфекционного агента)

N43.2 – другие формы гидроцеле

N43.3 – гидроцеле неуточненное

N43.4 – сперматоцеле

P83.5 – врожденное гидроцеле

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

Общепринятой классификации заболевания нет. Из обобщенного анализа литературы представляется целесообразным выделять следующие градации:

1. По генезу:

- врожденное

- приобретенное

    А. первичное (идиопатическое)

    Б. вторичное (симптоматическое)

2. Наличие сообщения с брюшной полостью

– изолированное

– сообщающееся

3. Течение заболевания

– острое

– хроническое

4. Осложнения

- напряженное

- инфицированное (пиоцеле)

## 5. Расположение

-одностороннее

-двухстороннее

[3,8,9,10].

## **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Отмечается увеличение одной или обеих сторон мошонки (при двухстороннем процессе). Пальпация безболезненна, мошонка имеет мягко-эластическую консистенцию. Яичко можно пропальпировать только при небольшом объеме гидроцеле. При фуникулоцеле пальпируется эластичное образование по ходу семенного канатика. При большом объеме кисты она может распространяться на мошоночную часть семенного канатика и иметь сходство с гидроцеле, при этом яичко будет пальпироваться отдельно от кисты.

При сообщающемся гидроцеле объем жидкости может меняться, увеличиваясь при длительной вертикализации пациента.

Инфицированное гидроцеле сопровождается гиперемией и отеком мошонки, болезненное при пальпации [3,11,5, 12].

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

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Пациенты могут предъявлять жалобы на увеличение половины мошонки, при выраженном объеме гидроцеле может приводить к растяжению оболочек и кожи мошонки, что приводит к болевому синдрому. При кисте семенного канатика могут быть жалобы на видимое или пальпируемое образование по ходу семенного канатика. При инфицированном гидроцеле отмечают гиперемию и отек мошонки, болевой синдром.

Жалобы при вторичном гидроцеле будут соответствовать основному заболеванию.

Рекомендуется выяснить у пациента или родителей:

- давность появления симптомов



- изменение объема образования в течение дня
- наличия болевого синдрома в мошонке и паховой области
- перенесенные заболевания и оперативные вмешательства на органах мошонки и паховом канале [5].

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

## **2.2 Физикальное обследование**

Рекомендуется осмотр и пальпация мошонки с оценкой ее симметричности, наличия жидкости между листками влагалищной оболочки. При достаточном скоплении жидкости пальпация яичка может быть затруднительна. При подозрении на кисту семенного канатика рекомендуется пальпация паховой области и семенного канатика.

Вторичное гидроцеле будет сопровождаться симптомами основного заболевания (орхит, эпидидимит, перекрут яичка)

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

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Специфических лабораторных тестов для диагностики заболевания нет. При вторичном гидроцеле на фоне воспалительных заболеваний органов мошонки возможно увеличение лейкоцитов [13]. При первичном гидроцеле изменения в общем анализе крови и общем анализе мочи не характерны.

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

## **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Рекомендуется выполнение УЗИ всем пациентам с подозрением на гидроцеле или фуникулоцеле. Необходимо оценить количество жидкости, ее характер, наличие сообщения с брюшной полостью. Также необходимо исключить наличие паховой грыжи. При вторичном гидроцеле проводится диагностика основного заболевания [1, 8].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

## **2.5 Другие диагностические исследования**

В случае диагностических затруднений, значительных объемах гидроцеле, распространении гидроцеле на забрюшинное пространство (абдоминоскротальное гидроцеле) возможно применение МРТ.

При напряженном гидроцеле, наличии болевого синдрома необходимо применение УЗДГ органов мошонки для исключения ишемии яичка [14, 15].

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

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

### **3.1 Консервативное лечение**

- Рекомендуется при диагностировании врожденного ненапряженного гидроцеле наблюдение до 12 месяцев. Наблюдение включает в себя осмотр, при необходимости УЗИ органов мошонки [16].

Наблюдение приобретенного ненапряженного гидроцеле рекомендуется в течение 6-12 месяцев [17, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

*Комментарии: оперативное лечение ранее 12 месяцев может быть проведено в случае сочетания с паховой грыжей, при напряженном или инфицированном гидроцеле*

### **3.2 Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение показано после 1-2 лет. Основным принципом хирургического лечения сообщающегося гидроцеле является перевязка влагалищного отростка на уровне внутреннего пахового кольца доступом через паховый канал (принцип Росса) или лапароскопическим доступом. Не сообщающегося – иссечение листка влагалищной оболочки [18].

Показанием к операции являются:

- нарастание объема гидроцеле за период наблюдения
- отсутствие эффекта от консервативной терапии
- сопутствующая паховая/пахово-мошоночная грыжа или иная не острая патология яичка на стороне поражения

- видимая асимметрия мошонки
- абдоиноскротальная форма гидроцеле [19].

В настоящее время нет убедительных доказательств преимущества использования при сообщающемся гидроцеле лапароскопического или пахового доступов, в связи с аналогичными результатами оба метода могут быть использованы с симметричной эффективностью [20, 21].

Осложненное гидроцеле (напряженное, инфицированное) является показанием для оперативного лечения вне зависимости от возраста [12].

Показанием к операции при несообщающемся гидроцеле является является болевой синдром, дискомфорт пациента, признаки ишемии яичка по данным УЗДГ. Как правило наличие данных жалоб и симптомов соответствует у подростка объему не менее 40-50 мл. При первичном выявлении неосложненного течения заболевания показано наблюдение в течение 6 месяцев [18,16].

Основными применяемыми в настоящее время методиками при несообщающемся гидроцеле являются: Бергмана, Винкельмана, Лорда. При операции Винкельмана влагалищная оболочка выворачивается и ушивается позади придатка яичка. Операция Бергмана предполагает иссечение части влагалищной оболочки. Она предпочтительна при гидроцеле с большим объемом. При операции Лорда проводится гофрирование влагалищной оболочки с помощью швов [4, 22, 10].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **3.N Иное лечение**

Не предусмотрено

#### **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**

- Специфические методы реабилитации не показаны.
- Санаторно-курортное лечение не показано.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- При выявлении гидроцеле в первый год жизни показано наблюдение до достижения возраста 1 года. При выявлении вторичного гидроцеле показано наблюдение пациента в течение 6-12 месяцев с применением УЗИ мошонки.

Рекомендуется наблюдение пациента в течение года после операции, выполнение УЗИ мошонки через 3 месяца – 1 год после операции. Дальнейшее наблюдение показано при развитии осложнений.

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

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Плановая госпитализация: для оперативного лечения;
- 2) Госпитализация по экстренным показаниям: при развитии осложнений, болевом синдроме.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1) Выписка пациента возможна на 1-7 сутки после оперативного лечения при удовлетворительном состоянии пациента, отсутствие признаков инфицирования послеоперационной раны, гипертермии, отсутствии ишемии яичка;
- 2) Пациенты могут быть выписаны из стационара с последующим наблюдением в амбулаторном режиме согласно рекомендациям.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не предусмотрено.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет
3.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/нет
5.	Отсутствие ишемии яичка	

**Список литературы**

1. 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>
2. Brainwood, M., Beirne, G., & Fenech, M. (2020). Persistence of the processus vaginalis and its related disorders. *Australasian journal of ultrasound in medicine*, 23(1), 22–29. <https://doi.org/10.1002/ajum.12195>
3. Patoulis I, Koutsogiannis E, Panopoulos I, Michou P, Feidantsis T, Patoulis D. Hydrocele in Pediatric Population. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2020;63(2):57-62. doi:10.14712/18059694.2020.17
4. Koutsoumis, G., Patoulis, I., & Kaselas, C. (2014). Primary new-onset hydroceles presenting in late childhood and pre-adolescent patients resemble the adult type hydrocele pathology. *Journal of pediatric surgery*, 49(11), 1656–1658. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2014.05.020>

5. Cimator, M., Castagnetti, M., & De Grazia, E. (2010). Management of hydrocele in adolescent patients. *Nature reviews. Urology*, 7(7), 379–385. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2010.80>
6. Jedrzejewski, G., Wozniak, M. M., Madej, T., Kryza, R., Zielonka-Lamparska, E., & Wieczorek, A. P. (2012). The differences in testicular volumes in boys 8-36 months old with undescended, retractile and hydrocele testis--usefulness of scrotal screening ultrasound. *Early human development*, 88(3), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.07.023>.
7. Гресъ А.А., Шмыгира М.Б. Урологические заболевания у мальчиков и подростков при целевых профилактических осмотрах // Урология и нефрология. – 1992 – №4-6. – С. 40-41
8. Rafailidis V, Varelas S, Apostolopoulou F, Rafailidis D. Nonobliteration of the Processus Vaginalis: Sonography of Related Abnormalities in Children. *J Ultrasound Med.* 2016;35(4):805-818. doi:10.7863/ultra.15.04060
9. Sagar, J., Kumar, S., Mondal, D., & Shah, D. K. (2006). Idiopathic infected hydrocele in a toddler: a case report with review. *TheScientificWorldJournal*, 6, 2396–2398. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.371>
10. Кадыров, З. А. Обзор методов лечения гидроцеле / З. А. Кадыров, С. Д. Шихов // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – Т. 14, № 3. – С. 6-11
11. Terentiev, V., Dickman, E., Zerzan, J., & Arroyo, A. (2015). Idiopathic infant pyocele: a case report and review of the literature. *The Journal of emergency medicine*, 48(4), e93–e96. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.07.038>
12. Chang, Y. T., Lee, J. Y., Wang, J. Y., Chiou, C. S., & Chang, C. C. (2010). Hydrocele of the spermatic cord in infants and children: its particular characteristics. *Urology*, 76(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.02.062>
13. Trojian, T. H., Lishnak, T. S., & Heiman, D. (2009). Epididymitis and orchitis: an overview. *American family physician*, 79(7), 583–587
14. Schlup, S., Hanquinet, S., Dumont, M., Jéquier, S., & Bugmann, P. (2002). MRI and MRA of a giant hydrocoele in an infant. *Pediatric radiology*, 32(12), 885–887. <https://doi.org/10.1007/s00247-002-0767-7>
15. Gulum, M., Cece, H., Yeni, E., Savas, M., Ciftci, H., Karakas, E., Celik, H., & Yagmur, I. (2012). Diffusion-weighted MRI of the testis in hydrocele: a pilot study. *Urologia internationalis*, 89(2), 191–195. <https://doi.org/10.1159/000339132>

16. Acer-Demir, T., Ekenci, B. Y., Özer, D., Turanoğlu, M. A., Haberal, K. C., Bilgin, E. B., & Hiçsönmez, A. (2018). Natural History and Conservative Treatment Outcomes for Hydroceles: A Retrospective Review of One Center's Experience. *Urology*, 112, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.10.003>
17. Christensen, T., et al. New onset of hydroceles in boys over 1 year of age. *Int J Urol*, 2006. 13: 1425. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17083397>
18. Wilson, J. M., Aaronson, D. S., Schrader, R., & Baskin, L. S. (2008). Hydrocele in the pediatric patient: inguinal or scrotal approach?. *The Journal of urology*, 180(4 Suppl), 1724–1728. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.03.111>
19. Hall NJ, Ron O, Eaton S, Pierro A. Surgery for hydrocele in children-an avoidable excess?. *J Pediatr Surg*. 2011;46(12):2401-2405. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.07.029
20. Pogorelić Z, Stanić P, Bašković M. Comparison of Percutaneous Internal Ring Suturing (PIRS) versus Open Ligation of the Patent Processus Vaginalis for the Treatment of Communicating Pediatric Hydrocele. *Children (Basel)*. 2024;11(4):437. Published 2024 Apr 5. doi:10.3390/children11040437
21. Esposito, C., Escolino, M., Turrà, F., Roberti, A., Cerulo, M., Farina, A., Caiazzo, S., Cortese, G., Servillo, G., & Settimi, A. (2016). Current concepts in the management of inguinal hernia and hydrocele in pediatric patients in laparoscopic era. *Seminars in pediatric surgery*, 25(4), 232–240. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2016.05.006>
22. Tsai, L., Milburn, P. A., Cecil, C. L., 4th, Lowry, P. S., & Hermans, M. R. (2019). Comparison of Recurrence and Postoperative Complications Between 3 Different Techniques for Surgical Repair of Idiopathic Hydrocele. *Urology*, 125, 239–242. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.12.004>

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру  
клинических рекомендаций

1. Козырев Герман Владимирович- доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова, ВГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), директор Ассоциация Специалистов Детских Урологов – Андрологов (АСДУА).
2. Щедров Дмитрий Николаевич – д.м.н., доцент кафедры урологии с нефрологией ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ, заведующий отделением детской уроандрологии ГБУЗ ЯО «Ярославская детская клиническая больница».
3. Гарова Дарья Юрьевна - детский уролог-андролог ГБУЗ Ярославской области «Центральная городская больница»

Конфликт интересов: отсутствует



## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Детские урологи-андрологи
2. Детские хирурги
3. Педиатры

**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
-----	-------------

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)

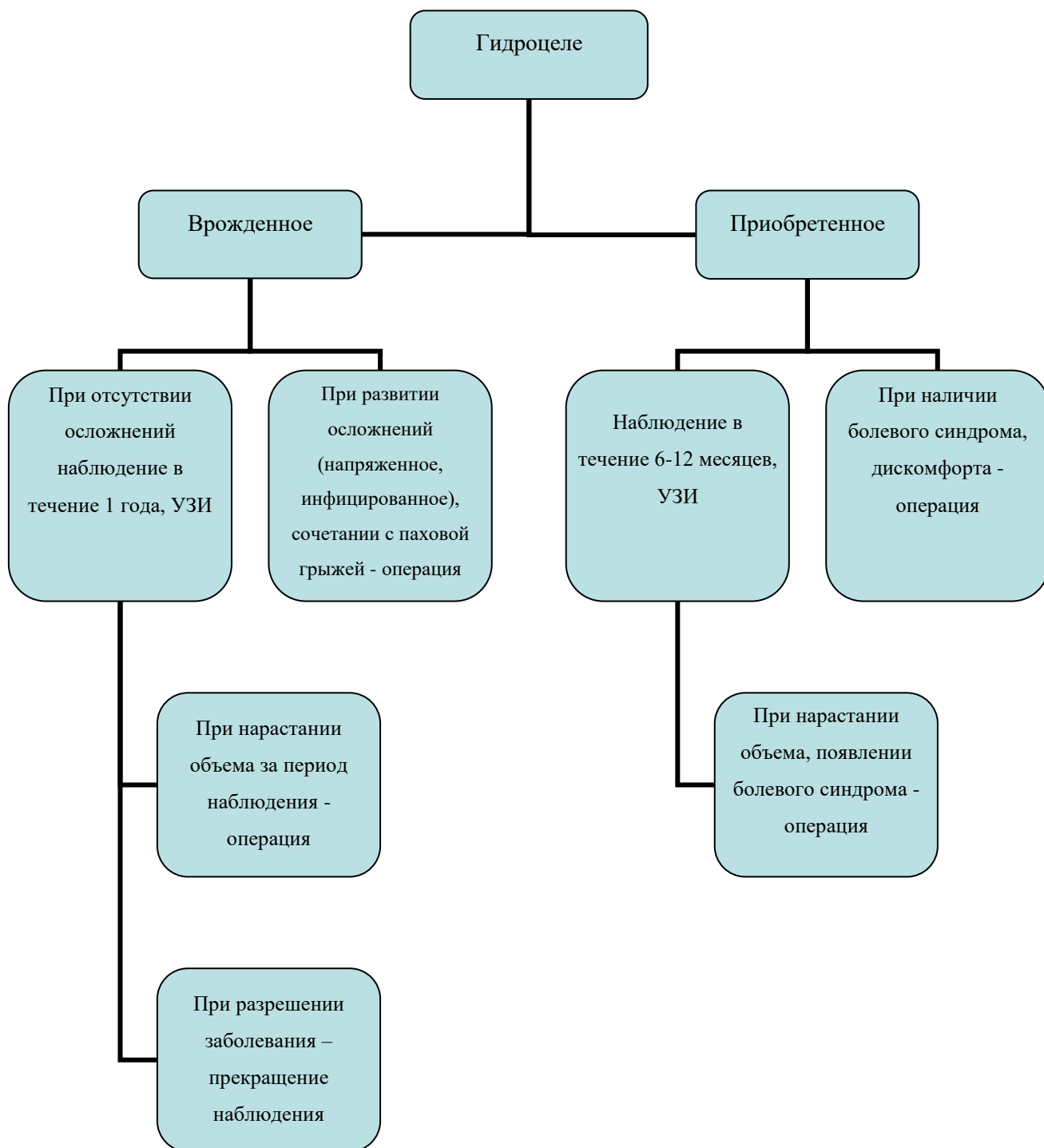
### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

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

**Не предусмотрено**

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## Приложение В. Информация для пациента

Гидроцеле – патологическое скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листком влагалищной оболочки мошонки. Это состояние может быть врожденным и приобретенным. Фуникулоцеле (киста семенного канатика) возникает, когда избыточное скопление серозной жидкости располагается по ходу семенного канатика.

Врожденное гидроцеле обусловлено сохранением сообщения между полостью мошонки, паховым каналом и брюшной полостью. Оно диагностируется у 1-2% новорожденных. Может быть одно- и двухсторонним. При этом отмечается увеличение одной или обеих сторон мошонки. Пальпация безболезненна, мошонка имеет мягко-эластическую консистенцию. Объем жидкости может меняться, увеличиваясь при длительной вертикализации. При фуникулоцеле пальпируется эластичное образование по ходу семенного канатика.

Состояние требует наблюдения детского уролога-андролога. Врожденное гидроцеле в большинстве случаев проходит спонтанно в течение первого года жизни и не требует только динамического наблюдения. Оперативное вмешательство может потребоваться в следующих случаях:

- инфицировании гидроцеле
- напряженном гидроцеле, которое приводит к повышенному давлению в полости мошонки
- нарастанию объема жидкости за период наблюдения
- сочетании с паховой грыжей
- сочетании с иными заболеваниями мошонки на стороне поражения.

Приобретенное гидроцеле возникает преимущественно у подростков. Причинами его возникновения могут быть перенесенные воспалительные заболевания органов мошонки, травма, перенесенные оперативные вмешательства на органах мошонки и паховом канале, также причина может быть не установлена. При первичном выявлении требуется наблюдение детского уролога андролога в течение 6-12 месяцев, проведение УЗИ органов мошонки. Операция показана при наличии болевого синдрома, дискомфорта вызванного увеличением половины мошонки. После операции и выписке из стационара показано амбулаторно наблюдение детского уролога-андролога.

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

Не предусмотрено