

Клинические рекомендации

Сперматоцеле

Кодирование по Международной N 43.4(D29.3)
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: **2024_**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество урологов

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)....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
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.....	7
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование.....	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	8
2.4 Инструментальные диагностические исследования	8
2.5 Иные диагностические исследования.....	Ошибка! Закладка не определена.
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	8
3.1 Подраздел 1 (например, «Консервативное лечение»).....	9
3.N Подраздел N.....	Ошибка! Закладка не определена.
3.N Иное лечение	Ошибка! Закладка не определена.
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	11
Список литературы.....	12
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

Термины и определения

Термин 1-Эпидидимальные кисты – это – полостные образования, содержащие серозную жидкость. Киста придатка заполнена жидкостью, по составу приближенной к трансудату.

Термин 2-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)

№ 43.4 (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, выстланная 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 abortивно 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 переменны 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) 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 (болевой синдром, увеличенная мошонка) [21, 22].

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы подробно описаны в разделе «клиническая картина»

2.2 Физикальное обследование

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

Специфических лабораторных исследований нет. Используется набор стандартизованный для обследования перед оперативным вмешательством.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) 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 (болевой синдром, увеличенная мошонка).

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:

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.

Склеротерапия: Механизм склеротерапии аналогичен таковому при применении большинства склерозантов, при этом происходит стимуляция инородным веществом воспалительной клеточной реакции, что способствует склеиванию стенок и приводит к исчезновению кисты.

В качестве склерозирующих веществ используются: тетрациклин, натрия тетрадецилсульфат, фенол, этаноламин, бетадин (поливидон-йод), полидоканол, 96% этиловый спирт.

Применяемые склерозанты должны отвечать следующим условиям: - не вызывать сильных болевых ощущений; - быть нетоксичными; - не вызывать развития воспаления и некроза в тканях. Полагают, что её применение более эффективно и безопасно по сравнению с традиционным оперативным лечением.

Склеротерапия ЭК включает следующие этапы: обезболивание; аспирация содержимого кисты и инъекция склерозанта. После проведения анестезии под контролем УЗИ выполняется пункция кисты придатка яичка, эвакуируется содержимое кисты, после чего в полость кисты вводится склерозант с экспозицией 5 мин.

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 госпитализации в медицинскую организацию:

1 Проведение оперативного вмешательства для устранения ЭК

Показаний к экстренной госпитализации нет.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

1 Завершение хирургического вмешательства.

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

Данных нет.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	У мужчины со сперматоцеле собран анамнез и проведено физикальное обследование	5	C
2	Пациентам со сперматоцеле проведено УЗИ органов мошонки	5	C
3	Пациентам со сперматоцеле проведено оперативное лечение	5	C

Список литературы

1. Анисимов А. В. Дифференциальная ультразвуковая диагностика жидкостных объемных образований органов мошонки // Sonoace international. 2001. № 9. С. 40-49. URL: <https://www.medison.ru/si/art122.htm>
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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-statisticheskaya-klassifikatsiya-andrologicheskikh-bolezney>
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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uzi-vysokogo-razresheniya-dlya-detskoj-patologii-moshonki>
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. URL: https://disk.yandex.ru/i/HYXL_coQ9obUHw
5. Гареев В. Д., Ермакова Л. А. Клинико-анатомические характеристики сперматоцеле у детей // FORCIPE. 2020. Т. 3. № 5. С. 236. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-anatomicheskie-harakteristiki-spermatotsele-u-detey>
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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-skrotoskopii-dlya-diagnostiki-i-lecheniya-zabolevaniy-organov-moshonki-u-detey>
7. 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. URL: <https://www.medison.ru/si/art100.htm>
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. № 25. С. 236. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mestnaya-anesteziya-artikainom-pri-hirurgicheskom-lechenii-patsientov-so>

spermatotsele"><https://cyberleninka.ru/article/n/mestnaya-anesteziya-artikainom-pri-hirurgicheskom-lechenii-patsientov-so-spermatotsele>

9. Жиборев Б. Н. Сперматоцеле как причина infertility // Андрология и генитальная хирургия. 2011. Т. 12. № 2. С. 123-124. URL: <https://disk.yandex.ru/i/qn7e1spdouHkfQ>

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. URL: <https://disk.yandex.ru/i/S82Tlk-0DE9MUA>

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. URL: <https://disk.yandex.ru/d/tZmEibFF2c0Yng>

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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ishody-hirurgicheskogo-lecheniya-vrozhdyonnyh-zabolevaniy-pahovo-moshonochnoy-oblasti-u-detey>

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. URL: <https://journals.eco-vector.com/uroved/article/view/12043/9457>

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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sluchay-atipichnogo-gidrotsele-i-kisty-pridatka-yaichka>

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. URL: https://disk.yandex.ru/i/m24i75v_7OqdGw

16. Переверзев А. С. Хронический болевой тазовый синдром у мужчин // Международный медицинский журнал. 2005. № 2. С. 109-114. URL: <http://dSPACE.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/53016/21>

Pereverzev.pdf?sequence=1">http://dspace.nbuu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/53016/21-Pereverzev.pdf?sequence=1

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. URL: https://zdrav.kg/images/2022/72-76.pdf

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. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otdalennyye-rezultaty-primeneniya-metoda-skleroterapii-v-lechenii-kist-pridatka-yaichka

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. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-lechenie-kist-pridatka-yaichka-kak-faktora-obstruktivnoy-azoospermii

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. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-klinicheskoy-effektivnosti-i-bezopasnosti-metoda-skleroterapii-v-lechenii-kist-pridatka-yaichka

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. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-i-osobennosti-ultrazvukovogo-issledovaniya-kist-pridatka-yaichka.pdf

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. URL: http://science-journal.kg/media/Papers/nntiik/2020/3/91-94.pdf

23. Усупбаев А. Ч., Кутболсун У. У. Эпидемиология кистозных заболеваний придатка яичка // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2019. № 3. С. 136-139. URL: http://www.science-journal.kg/media/Papers/nntiik/2019/3/136-139.pdf

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. URL: https://disk.yandex.ru/i/_XpWxGB_pG0Uig

25. Чураянц В. В., Ковалев В. А., Королева С. В. Магнитно-резонансная диагностика заболеваний органов мошонки // Медицинская визуализация. 2006. № 1. С. 90-97. URL: https://disk.yandex.ru/i/c_krVIRXFv2vnQ

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.

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
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)

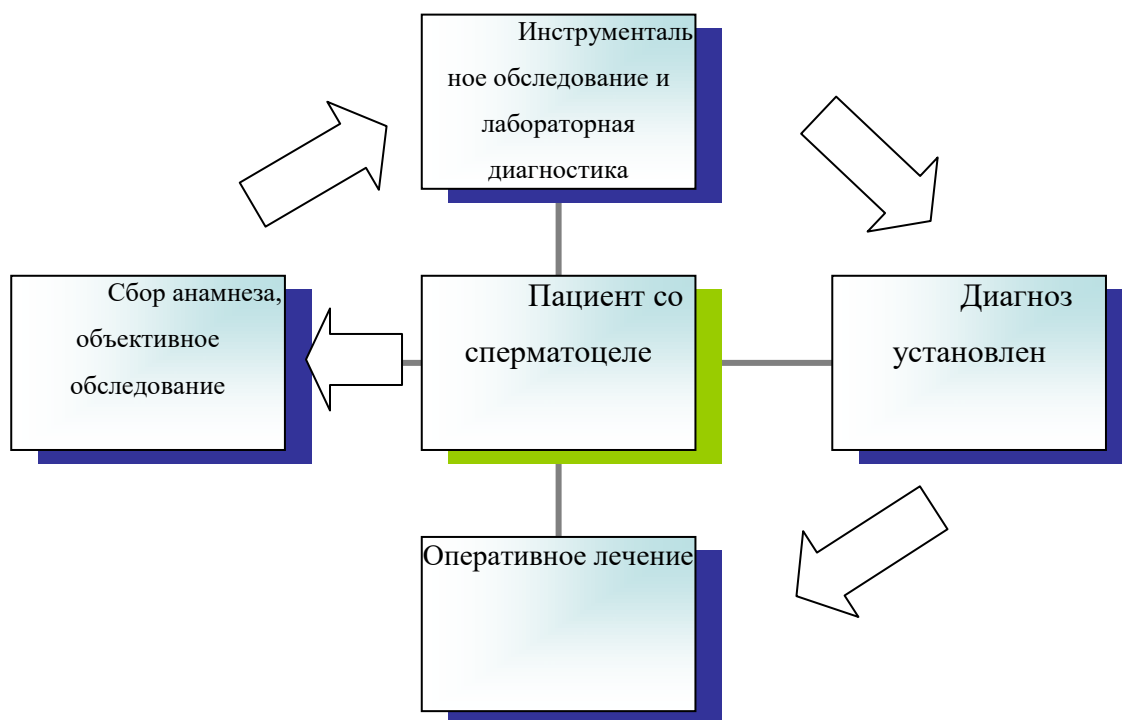
Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

1.
2.
3.

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 рекомендуются.