

Клинические рекомендации – Гидроцеле, сперматоцеле – 2025-2026-2027 (03.12.2025) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N43.0, N43.1, N43.2, N43.3, N43.4, P83.5

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 976_1

Возрастная категория: Дети

Специальность:

По состоянию на 03.12.2025 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Ассоциация специалистов детских урологов-андрологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

МРТ – магнитно-резонансная томография

СР – степень рекомендации

УД – уровень доказательности

УЗИ – ультразвуковое исследование

УЗДГ – ультразвуковая допплерография

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.

Киста придатка яичка – доброизмененное полостное образование придатка яичка, заполненное серозной жидкостью.

Сперматоцеле – киста придатка яичка, содержащая сперматозоиды.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы 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].

Киста придатка яичка – доброкачественное полостное образование придатка яичка, заполненное серозной жидкостью.

Сперматоцеле – киста придатка яичка, содержащая сперматозоиды.

В практике эти два понятия взаимозаменяемы, так как достоверно дифференцировать их можно только при анализе содержимого кисты [2].

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

Гидроцеле

Анатомической предпосылкой врожденного гидроцеле является незаращение влагалищного отростка [3]. 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 [4].

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 [5]. Причина возникновения гидроцеле не всегда может быть установлена, тогда предполагается идиопатический характер заболевания [6].

Сперматоцеле

Этиология возникновения сперматоцеле достоверно не известна. Киста может возникать при обструкции в эпидидимальных эfferентных протоках после перенесенного воспалительного процесса или травмы с последующей их дилатацией [7].

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

Гидроцеле

Достоверных данных о распространенности заболевания у детей нет.

При ультразвуковом обследовании детей от 8 до 36 месяцев частота выявления гидроцеле составляет 2,8% [8]. При профилактических осмотрах детей и подростков частота выявления гидроцеле достигает 0,96% [9].

Сперматоцеле

По данным литературы частота встречаемости кисты придатка яичка у детей составляет от 5

до 20%, увеличиваясь у подростков [10].

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)

Гидроцеле

Общепринятой классификации гидроцеле и сперматоцеле нет. Из обобщенного анализа литературы представляется целесообразным выделять следующие градации гидроцеле:

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 [4, 11, 12, 13].

Сперматоцеле

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

1. Расположение

- одностороннее
- двухстороннее

2. По количеству

- одиночное
- множественное

3. Осложнения

- инфицированное
- напряженное

- перекрут кисты [14].

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

Гидроцеле

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 [4, 6, 15, 16].

Сперматоцеле

Киста придатка яичка обычно носит бессимптомный характер. При пальпации можно выявить округлое эластичное безболезненное образование в проекции придатка яичка, чаще всего в области головки придатка. В редких случаях перекрута кисты придатка клиническая картина может включать следующие симптомы: отек, гиперемия мошонки, боль в области придатка яичка. Может отмечаться болезненность при напряженном сперматоцеле. При инфицировании развивается картина воспалительного процесса, имитирующая картину "синдрома острой мошонки" [14, 17].

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

2.1. Жалобы и анамнез

Критерии установления диагноза: диагноз устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб пациента, результатов физикального обследования, данных инструментального обследования.

Гидроцеле

Пациенты могут предъявлять жалобы на увеличение половины мошонки, при выраженному 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 [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Сперматоцеле

- Рекомендуется выяснить у пациента наличие жалоб на:
 - пальпируемое образования в мошонке,
 - наличие болевого синдрома в области образования,
 - давность появления указанных жалоб [2].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (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

Гидроцеле

- Рекомендуется при подозрении на гидроцеле провести осмотр и пальпацию мужских половых органов (Пальпация при патологии мужских половых органов) с оценкой их симметричности, наличия жидкости между листками влагалищной оболочки [6, 11].

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

- Рекомендуется при подозрении на кисту семенного канатика провести пальпацию пацовой области и семенного канатика (Пальпация при патологии мужских половых органов) [6, 11].

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

Комментарий: при достаточном скоплении жидкости пальпация яичка может быть затруднительна. Вторичное гидроцеле будет сопровождаться симптомами основного заболевания (орхит, эпидидимит, перекрут яичка).

Сперматоцеле

- Рекомендуется при подозрении на кисту придатка яичка провести пальпацию мужских половых органов (Пальпация при патологии мужских половых органов) [2].

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

Комментарий: киста придатка яичка чаще располагается в области головки придатка в виде округлого безболезненного образования.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфических лабораторных тестов для диагностики заболевания нет. При вторичном гидроцеле на фоне воспалительных заболеваниях органов мошонки возможно увеличение лейкоцитов [18].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Гидроцеле

- Рекомендуется выполнение ультразвукового исследования органов мошонки всем пациентам с подозрением на гидроцеле или фуникулоцеле [1,11].

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

Комментарий: при выполнении ультразвукового исследования органов мошонки 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, 11].

Сперматоцеле

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на кисту придатка яичка выполнить ультразвуковое исследование органов мошонки [2, 19].

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

Комментарий: ультразвуковое исследование органов мошонки является основным методом инструментальной диагностики кисты придатка яичка. При этом оценивается структура яичка и придатка, размер кисты, ее расположение [2, 19].

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется в случае диагностических затруднений, значительных объемах гидроцеле, распространении гидроцеле на забрюшинное пространство (абдоминоскротальное гидроцеле) выполнить магнитно-резонансную томографию мошонки [20-23].

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

- Рекомендуется при напряженном гидроцеле, наличии болевого синдрома выполнить ультразвуковую допплерографию сосудов семенного канатика для исключения ишемии яичка [20-23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (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

Гидроцеле

- Наблюдение приобретенного ненапряженного гидроцеле, включающее в себя прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный, рекомендуется в течение 12 месяцев [24, 25].

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

Комментарий: оперативное лечение врожденного гидроцеле ранее возраста 12 месяцев может быть проведено в случае сочетании с паховой грыжей, при напряженном или инфицированном гидроцеле.

Сперматоцеле

- При выявлении асимптоматической кисты придатка яичка рекомендуется наблюдение, включающее в себя прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный, в течение 12 месяцев с целью оценки размеров сперматоцеле в случае отсутствия активного роста [19].

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

Комментарий: в ряде случаев возможна инволюция кисты придатка яичка [26].

3.2. Хирургическое лечение

Гидроцеле

- Рекомендуется хирургическое лечение сообщающегося гидроцеле после 1 года в отсутствие осложнений (оптимально в возрасте 1-3 лет) [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: 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 оболочек яичка.

- Рекомендуется оперативное лечение в следующих случаях:

- нарастание объема гидроцеле за период наблюдения,

- сопутствующая паховая/пахово-мошоночная грыжа или иная не острая патология яичка на стороне поражения,

- видимая асимметрия мошонки,

- абдоминоскротальная форма гидроцеле [16, 28, 29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется при оперативном лечении сообщающегося гидроцеле использовать лапароскопический или паховый доступ [31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: 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 равной эффективностью [31, 32].

Лапароскопическое ушивание вагинального отростка брюшины и видеоассистированное лигирование вагинального отростка брюшины может применяться при сочетании сообщающегося гидроцеле с паховой грыжей, двухстороннем сообщающимся гидроцеле, сочетании сообщающегося гидроцеле с контралатеральной паховой грыжей [32, 33, 34].

- Рекомендуется выполнение оперативного лечения в случае осложненной формы гидроцеле (напряженное, инфицированное) вне зависимости от возраста [16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется при несообщающемся гидроцеле проводить операцию при наличии болевого синдрома, дискомфорта пациента, признаков ишемии яичка по данным УЗДГ [24, 27, 35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: как правило, наличие данных жалоб и симптомов соответствует у подростка объему гидроцеле не менее 40-50 миллилитров.

- Рекомендуется при первичном выявлении неосложненного несообщающегося гидроцеле наблюдение, включающее прием (осмотр, консультация) детского уролога-андролога повторный, в течение 6 месяцев [5, 24, 27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: 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 гофирирование влагалищной

оболочки с помощью швов [5, 13, 36].

- Рекомендуется при рецидиве как сообщающегося, так и несообщающегося гидроцеле наблюдение в течение 6 месяцев, включающее прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется при рецидиве сообщающегося гидроцеле после лапароскопического ушивания вагинального отростка брюшины проводить оперативное лечение паховым доступом. При рецидиве сообщающегося гидроцеле после гидроцелектомии паховым доступом рекомендуется лапароскопическое ушивание влагалищного отростка. Для повторной операции при рецидиве гидроцеле показания определяются также, как и при первичном вмешательстве [31, 32, 34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется при рецидиве изолированного гидроцеле выполнять тщательное иссечение оболочек яичка для профилактики рецидива [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

После иссечения гидроцеле, вне зависимости от его формы, возможны следующие осложнения:

- гематома,
- местная инфекция в области послеоперационной раны,
- повреждение элементов семенного канатика,
- ятrogenный крипторхизм,
- повреждение нижних эпигастральных или наружных подвздошных сосудов [31, 36].

- Рекомендуется оценить отсутствие послеоперационных осложнений в период госпитализации [31, 36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Сперматоцеле

- 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 [2, 37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется выполнять иссечение кисты придатка яичка с использованием прецизионной техники и избеганием травматизации окружающих тканей [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: дефект придатка после удаления кисты ушивается узловыми швами [2].

Склеротерапия при сперматоцеле у детей не применяется так как нет сведений об эффективности и безопасности ее использования [2, 14].

После иссечения кисты придатка яичка возможны следующие осложнения:

- гематома мошонки,
- местная инфекция в области послеоперационной раны.

- Рекомендуется оценить наличие послеоперационных осложнений в период госпитализации

[2].

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

Примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

3.Н. 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

Гидроцеле

- Рекомендуется при выявлении гидроцеле в первый год жизни наблюдение до достижения возраста 1 года, включающее прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный. При выявлении вторичного гидроцеле рекомендуется наблюдение пациента в течение 12 месяцев с применением ультразвукового исследования органов мошонки [4, 24].

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

- Рекомендуется наблюдение пациента в течение года после операции, прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный через 1 месяц, через 6 месяцев, через 1 год, выполнение ультразвукового исследования органов мошонки при подозрении на рецидив или осложнение заболевания. Дальнейшее наблюдение показано при развитии осложнений [31].

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

Сперматоцеле

- Рекомендуется при выявлении бессимптомного сперматоцеле наблюдение, включающее прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога первичный, в течение 12 месяцев в случае отсутствия активного роста с применением ультразвукового исследования органов мошонки. После оперативного лечения рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача детского уролога-андролога повторный через 1 месяц и 1 год [14, 19].

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

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Плановая госпитализация: для оперативного лечения;
- 2) Госпитализация по экстренные показания: 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

N	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки пациентам с подозрением на:	Да/нет
2	Выполнено хирургическое лечение гидроцеле при: - нарастании объема гидроцеле за период наблюдения - сопутствующей паховой/пахово-мошоночной грыжи или иной не острой патологии яичка на стороне поражения - видимой асимметрии мошонки - абдоминоскротальной форме гидроцеле - осложненной форме гидроцеле (напряженное, инфицированное)	Да/нет
3	Выполнено хирургическое лечение несообщающегося гидроцеле при: - болевом синдроме - дискомфорте пациента - признаках ишемии яичка по данным УЗДГ	Да/нет
4	Выполнено хирургическое лечение сперматоцеле при: - болевом синдроме - размере кисты более 10 мм и продолжающемся ее росте - перекруте кисты придатка яичка - инфицировании кисты - напряженной кисте	Да/нет

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. Boscarelli A, Bellini T. Epididymal cyst in children. Eur J Pediatr. 2021; 180(9): 2723-2729. doi: 10.1007/s00431-021-04080-5
3. 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>
4. Patoulias I, Koutsogiannis E, Panopoulos I, Michou P, Feidantsis T, Patoulias D. Hydrocele in Pediatric Population. Acta Medica (Hradec Kralove). 2020; 63(2): 57-62. doi: 10.14712/18059694.2020.17
5. Koutsoumis, G., Patoulias, 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>

6. Cimador, M., Castagnetti, M., & De Grazia, E. (2010). Management of hydrocele in adolescent patients. *Naturereviews. Urology*, 7(7), 379-385. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2010.80>

7. O'Kelly F, McAlpine K, Abdeen N, Keays MA, Guerra LA, Leonard MP. The futility of continued surveillance of epididymal cysts – A study of the prevalence and clinico-demographics in pre- vs. post-pubertal boys. *Can Urol Assoc J*. 2019; 13(12): E398-E403. doi:10.5489/cuaj.5667

8. 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>

9. Гресь А.А., Шмыгиря М.Б. Урологические заболевания у мальчиков и подростков при целевых профилактических осмотрах//Урология и нефрология. – 1992 – N 4-6. – С. 40-41

10. Messina M., Fusi G., Ferrara F., Bindi E., Pellegrino C., Molinaro F., Angotti R.: A rare cause of acute scrotum in a child: torsion of an epididymal cyst. Case report and review of the literature. *Pediatr Med Chir*. 2019 Jun 21; 41 (1). doi: 10.4081/pmc.2019.210

11. 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

12. 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>

13. Кадыров З.А. Обзор методов лечения гидроцеле/З.А. Кадыров, С.Д. Шихов//Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – Т. 14, N 3. – С. 6-11.

14. Bleve C, Conighi ML, Bucci V, Costa L, Chiarenza SF. Torsion of huge epididymal cyst in a 16-year-old boy: case report and review of the literature. *Pediatr Med Chir*. 2018; 40(1): 10.4081/pmc.2018.162. Published 2018 May 29. doi:10.4081/pmc.2018.162

15. 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>

16. 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>

17. Messina M, Fusi G, Ferrara F, et al. A rare cause of acute scrotum in a child: torsion of an epididymal cyst. Case report and review of the literature. *Pediatr Med Chir*. 2019; 41(1): 10.4081/pmc.2019.210. Published 2019 Jun 21. doi: 10.4081/pmc.2019.210

18. Trojian, T.H., Lishnak, T.S., & Heiman, D. (2009). Epididymitis and orchitis: an overview. *American family physician*, 79(7), 583-587

19. Niedzielski J, Miodek M, Krak s M. Epididymal cysts in childhood – conservative or surgical approach? *PolPrzeglChir*. 2012; 84(8): 406-410. doi: 10.2478/v10035-012-0068-2

20. Schlup, S., Hanquinet, S., Dumont, M., Jquier, 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>

21. 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>

22. Кадыров З.А., Ишонаков Х.С., Матар А.А. Возможности лучевых методов в диагностике гидроцеле//Андрология и генитальная хирургия. – 2006. – Т. 7. – Н. 2. – С. 40-45.

23. Чураянц В.В., Ковалев В.А., Королева С.В. Магнитно-резонансная диагностика заболеваний органов мошонки//Медицинская визуализация. – 2006. – Н. 1. – С. 90-97.

24. Acer-Demir, T., Ekenci, B.Y., zer, D., Turano lu, M.A., Haberal, K.C., Bilgin, E.B., & Hi s

- nmez, 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>
25. 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>
26. Fernández-Ibieta M, Villalon-Ferrero F, Ramos-García JL. Benign Scrotal Tumor in a Pediatric Patient: Epididymal Cyst. *Case Rep Urol*. 2018; 2018: 1635635. Published 2018 Jun 20. doi: 10.1155/2018/1635635
27. 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>
28. Gadelkareem R.A. (2018) Abdominoscrotal hydrocele: A systematic review and proposed clinical grading. *African Journal of Urology*. 24(2): 83-92 DOI: 10.1016/j.afju.2018.01.00
29. International Pediatric Endosurgery Group. IPEG Guidelines for Inguinal Hernia and Hydrocele. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010; 20(2): x-xiv. doi:10.1089/lap.2010.9998
30. Никуленков А.Б., Ракевич М.В., Насыр Р.В., Разсамакина П.К., Дегтярев Ю.Г. Абдоминоскротальное гидроцеле: операционная тактика у детей. *Медицинский журнал*. 2024; (2): 108-113. <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2024.2.108>
31. Pogoreli Z, Stani P, Ba kovi 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
32. Esposito, C., Escolino, M., Turr, F., Roberti, A., Cerulo, M., Farina, A., Caiazza, 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>
33. Коган М.И., Сизонов В.В., Макаров А.Г. Сравнение лапароскопического и открытого методов лечения при патологии влагалищного отростка брюшины. *Вестник урологии*. 2016; (3): 28-40. doi: 10.21886/2308-6424-2016-0-3-28-40
34. Elhaddad A, Awad M, Shehata SM, Shehata MA. Laparoscopic management of infantile hydrocele in pediatric age group. *Pediatr Surg Int*. 2022; 38(4): 581-587. doi: 10.1007/s00383-022-05064-8
35. Naji H, Ingolfsson I, Isaacson D, Svensson JF. Decision making in the management of hydroceles in infants and children. *Eur J Pediatr*. 2012; 171(5): 807-810. doi: 10.1007/s00431-011-1628-x
36. 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>
37. Cai W, Liu C, Xu L, Wu Q, Kuang T, Lin X. Epididymal cysts in children: frequency, clinical characteristics, and management strategies. *Front Pediatr*. 2024; 12: 1455866. doi: 10.3389/fped.2024.1455866
38. Niedzielski J, Miodek M, Krakowska M. Epididymal cysts in childhood – conservative or surgical approach?. *Pol Przegl Chir*. 2012; 84(8): 406-410. doi: 10.2478/v10035-012-0068-2

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 Ассоциации Специалистов

Детских Урологов – Андрологов (АСДУА).

2. Щедров Дмитрий Николаевич – д.м.н., доцент кафедры урологии с нефрологией ФГБОУ ВО "ЯГМУ" Минздрава России, заведующий отделением детской уроандрологии ГБУЗ ЯО "Областная детская клиническая больница", г. Ярославль.

3. Гарова Дарья Юрьевна – к.м.н., детский уролог-андролог ГБКУЗ ЯО "Центральная городская больница", г. Ярославль.

4. 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: отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-детские урологи-андрологи
2. Врачи-детские хирурги
3. Врачи-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
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

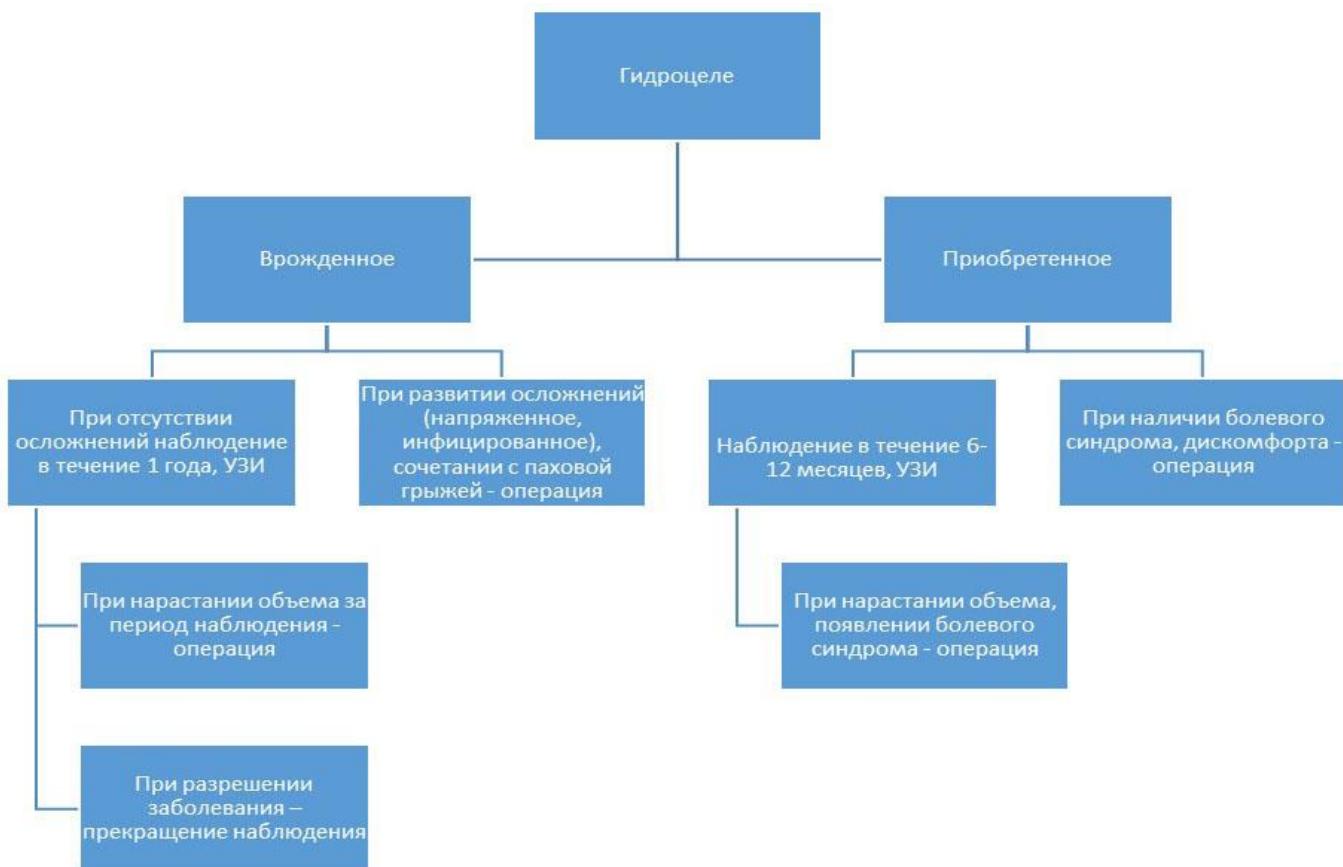
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных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

Нет информации.

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,

- нарастании 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.

Сперматоцеле (киста придатка яичка) – доброкачественное жидкостное образование придатка яичка. Обычно не имеет симптомов и чаще выявляется при обследовании по поводу иных заболеваний органов мошонки или на профилактическом осмотре. При диагностировании заболевания показано наблюдение детского уролога-андролога и выполнение УЗИ органов мошонки. Возможна инволюция кисты с течением времени. При значительном размере кисты, ее активном росте, болевом синдроме, ее инфицировании или перекруте необходимо оперативное лечение, при котором образование удаляется.

После операции и выписке из стационара показано амбулаторно наблюдение детского уролога-андролога.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросы и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применяются.

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.