

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«СПЕРМАТОЦЕЛЕ»**

Ташкент – 2025

“СОГЛАСОВАНО”

**Директор Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра урологии**



Ш.Т. Мухтаров

_____” 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ
«СПЕРМАТОЦЕЛЕ»**

Ташкент – 2025

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ «СПЕРМАТОЦЕЛЕ» 5

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ «СПЕРМАТОЦЕЛЕ»..... 21

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ «СПЕРМАТОЦЕЛЕ».....27

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОЗОЛОГИИ
«СПЕРМАТОЦЕЛЕ»**

Ташкент – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ), «Научного общества урологов Узбекистана», «Общества детских урологов Узбекистана» и специалистами Ташкентской медицинской академии на основе инструкций, рекомендаций и информации Европейской Ассоциации урологов (EAU) и учёными в данной области.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации. Они ни в коей мере не могут заменить клинический опыт при определении тактики лечения отдельного пациента, но помогут сделать выбор с учетом специфических особенностей пациента и его предпочтений.

Национальные клинические протоколы являются пособием для диагностики, реабилитации и профилактики Сперматоцеле (Spermatocele) по шифру МКБ-10 – N43.4, и МКБ-11 — GB00.0, GB00.1

Они могут быть использованы врачами-урологами всех ЛПУ Республики.

Шифры Международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Название
N43.4	Сперматоцеле https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.4

МКБ-11	
Код	Название
GB00.2	Сперматоцеле https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1995003672

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Национальный клинический протокол разработан в 2025 году. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии (РСНПМЦУ).

Члены мультидисциплинарной рабочей группы:

Мухтаров Шухрат Турсунович – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, д.м.н., доцент.

Акилов Фарход Атауллаевич – заведующий кафедрой урологии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

Гайбуллаев Асилбек Асадович – ректор частного медицинского университета «European Medical University», д.м.н., профессор.

Кариев Саидахор Саидасланович – декан хирургического факультета центра развития квалификации медицинских работников, д.м.н., доцент.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович – заведующий кафедрой урологии и детской урологии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н.

Рахматуллаев Акмал Абдбекович – заведующий кафедрой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института, д.м.н., доцент.

Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н., профессор.

Ахмедов Рустам Носирович – руководитель отделения урологии Республиканского экстренного медицинского центра, д.м.н.

Рахматов Максуд Мирзаевич – ведущий специалист, фтизиоуролог Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии.

Умаров Азиз Рустамович – заместитель главного врача по родовспоможению многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

Тоиров Бобур Акбарович – заведующий отделением дерматокосметологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и косметологии, д.м.н.

Кариев Сарвар Собиржонович – ведущий специалист, нефролог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, к.м.н.

Субботин Марк Борисович – заведующий отделением интенсивной терапии и реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Фозилов Абдукодир Абдукаххорович – ведущий специалист, андролог-сексопатолог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Адилходжаев Аскар Анварович – научный секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, д.м.н.

Иноятов Умид Нуриллаевич – ведущий специалист, патологоанатом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Абдуфаттаев Улугбек Авазжанович – ведущий специалист, врач ультразвуковой диагностики Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии.

Абдукаримов Боходир Хошимович – заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

Тохиров Алишер Обидович – заместитель главного врача центральной многопрофильной поликлиники Алмазарского района города Ташкента.

Авторы:

Шавахабов Шавкат Шонасирович – к.м.н., заместитель директора по научной работе РСНПМЦУ.

Мирхамидов Джалол Хамидович – к.м.н., доцент кафедры урологии Ташкенсткой медицинской академии.

Абдурахманов Фаррух Фуркатович – PhD. врач уролог отделения урологии РСНПМЦУ.

Рецензенты:

Божедомов Владимир Александрович – профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ ФГБУ ВО “Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова” д.м.н.

Нуруллаев Рустам Бабаджанович – доктор медицинских наук, директор частной клиники «R.V. Nurullaev».

Обсуждение проекта национального клинического протокола.

Национальный клинический протокол рассмотрен и утвержден на №1 Научном совете Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии _____ 2025 года.

Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:

Кариев Саидахроп Саитасланович – д.м.н., доцент кафедры урологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Агзамходжайев Саиданвар Талатович – д.м.н., заведующий кафедрой детской урологии Республиканского детского национального медицинского центра..

Экспертная оценка национальных клинических протоколов и стандартов от специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений

- | | |
|---------|---|
| РСНПМЦУ | – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии |
| ИМВП | – Инфекция мочевыводящих путей |
| МКБ-10 | – Международная классификация болезней 10 пересмотра |

- МНН – Международное непатентованное название
УД – Уровень доказательности

Пользователи протокола:

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, специализированный научно-практический медицинский центр урологии, филиалы центра с юридическим статусом, филиалы центра на базе Областного многопрофильного медицинского центра, отделения урологии на базе высших учебных заведений, областная многопрофильная медицинская поликлиника, отделения урологии районных/городских медицинских центров, врачи-урологи и семейные врачи районных/городских многопрофильных медицинских поликлиник.

Категория пациентов в данной нозологии.

Мужчины, у которых имеется сперматоцеле.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни достоверности доказательств	
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)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Введение.

Сперматоцеле (в переводе с греческого «sperma» – семя, «kele» – взбухание, вздутие) – объёмное образование округлой формы, содержащее жидкость, иногда с примесью сперматозоидов и сперматоцитов, окружённое, как и любая киста, плотной фиброзной оболочкой или капсулой. Семенная киста связана с яичком или его придатком [1].

Сперматоцеле 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

Семенные кисты развиваются из гидатид без ножки – остатков Мюллера протока, расположенных на верхнем полюсе яичка. Кисты представляют собой округлые образования, соединяющиеся широким основанием с поверхностью яичка. Гидатиды состоят из соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами. Внутри кисты находится слепой каналец, выстланный цилиндрическим эпителием. Различают врождённые и приобретённые семенные кисты. Врождённые кисты связаны с нарушениями в процессе развития эмбриона. Киста образуется при частичном незаращении вагинального отростка брюшины (часть слизистой оболочки брюшной полости, служащей для проведения яичек из семенного канатика в мошонку на поздних сроках беременности), когда остаются несообщающиеся полости по ходу придатка яичка и семенного канатика. [1, 3] Подобные сперматогенные кисты заполнены прозрачной жидкостью без сперматозоидов. Приобретённые кисты могут быть одно- и многокамерные. Чаще встречаются у детей старшего возраста и взрослых после травм или воспалительных заболеваний органов мошонки. Повреждённые или воспалительно-изменённые протоки перестают функционировать и закрываются, в результате этого прекращается отток образующихся сперматозоидов. Происходит накопление секрета, который в свою очередь растягивает стенку семенного протока. В таких условиях возникают полости (кисты), в которых обнаруживают свежие или разрушенные сперматозоиды. Содержимое приобретённых кист различно. Оно может быть густым, молочнообразным или имеет вид прозрачной опалесцирующей жидкости нормальной или щелочной реакции, содержит спермии, семенные клетки, жировые тельца, единичные лейкоциты и эпителиальные клетки. [1, 2]

2.2. Общее определение.

Сперматоцеле – объёмное образование округлой формы, содержащее жидкость, иногда с примесью сперматозоидов и сперматоцитов, окружённое, как и любая киста, плотной фиброзной оболочкой или капсулой.

2.3. Классификация сперматоцеле.

Классификация сперматоцеле отсутствует.

В большинстве случаев семенные кисты растут медленно, не вызывая каких-либо расстройств, и совершенно не влияют на половую активность и репродуктивную функцию мужчин [4; УД:2]. Пациенты могут предъявлять жалобы на наличие дополнительного непонятного образования в мошонке, которое легко прощупывается, не болит и вообще никак себя не проявляет. Большие по размеру кисты могут доставлять значительные неудобства при ходьбе и движениях, а также при половом акте за счёт заполнения и переполнения полости кисты семенной жидкостью. При быстром росте кисты возможно появление таких симптомов, как неприятное чувство давления в мошонке, дискомфорт при сидении. Иногда кисты достигают размеров кулака, но отличить их от водянки яичка достаточно легко.

3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

3.1. Жалобы, анамнез и объективный осмотр.

Стандартное обследование включает сбор полного анамнеза и физикальное обследование. Диагноз можно установить по данным анамнеза и физикального исследования. При семенной кисте яичко и придаток определяются вне этой припухлости, хотя связаны с ней. Чаще всего больной обнаруживает кисту сам, случайно при купании или во время туалета. В основе диагностики заболевания яичка, его придатка и семенного канатика лежит, прежде всего, тщательный осмотр и пальпация (прощупывание). Сперматоцеле проявляется в виде определяемого на ощупь, чаще болезненного, округлого, плотноэластического образования в головке или хвосте придатка яичка. В отличие от водянки оболочек яичка, киста пальпируется отдельно от яичка (так называемое «третье яичко»). Решающий объективный метод диагностики семенной кисты – положительный симптом просвечивания в лучах проходящего света (диафаноскопия). При просвечивании киста обычно небольших размеров 2–2,5 см, содержимое светложёлтого цвета, прозрачное. Сперматоцеле полностью пропускает свет, в отличие от тканевых образований.

3.2. Объективный осмотр и диагностика сперматоцеле.

В основе диагностики заболевания яичка, его придатка и семенного канатика лежит, прежде всего, тщательный осмотр и пальпация (прощупывание). Сперматоцеле проявляется в виде определяемого на ощупь, чаще болезненного, округлого, плотноэластического образования в головке или хвосте придатка яичка. В отличие от водянки оболочек яичка, киста пальпируется отдельно от яичка (так называемое «третье яичко»). Решающий объективный метод диагностики семенной кисты – положительный симптом просвечивания в лучах проходящего света (диафаноскопия). При просвечивании киста обычно небольших размеров 2–2,5 см, содержимое светложёлтого цвета, прозрачное. Сперматоцеле полностью пропускает свет, в отличие от тканевых образований. Более информативный и точный метод, практически вытеснивший диафаноскопию, – УЗИ мошонки. При УЗИ мошонки можно точно определить место расположения кисты и её размеры. Она выглядит как однородное образование с тонкой стенкой, ровными и чёткими внутренним и наружным контурами [5, 6; УД:2] При подозрении на опухолевый процесс, в очень редких случаях, выполняют КТ или МРТ.

3.3. Основные и вспомогательные лабораторные методы диагностики.

В большинстве случаев сперматоцеле выявляют при физикальном осмотре мошонки и инструментальных исследованиях. Если диагностировано сперматоцеле, стандартные лабораторные методы исследования показано для подготовки к оперативному вмешательству, но при сомнениях и подозрении на онкологические заболевания рекомендовано сдать анализы на онкомаркеры в соответствии со стандартами по онкологическим заболеваниям.

3.4. Основные и вспомогательные инструментальные методы диагностики.

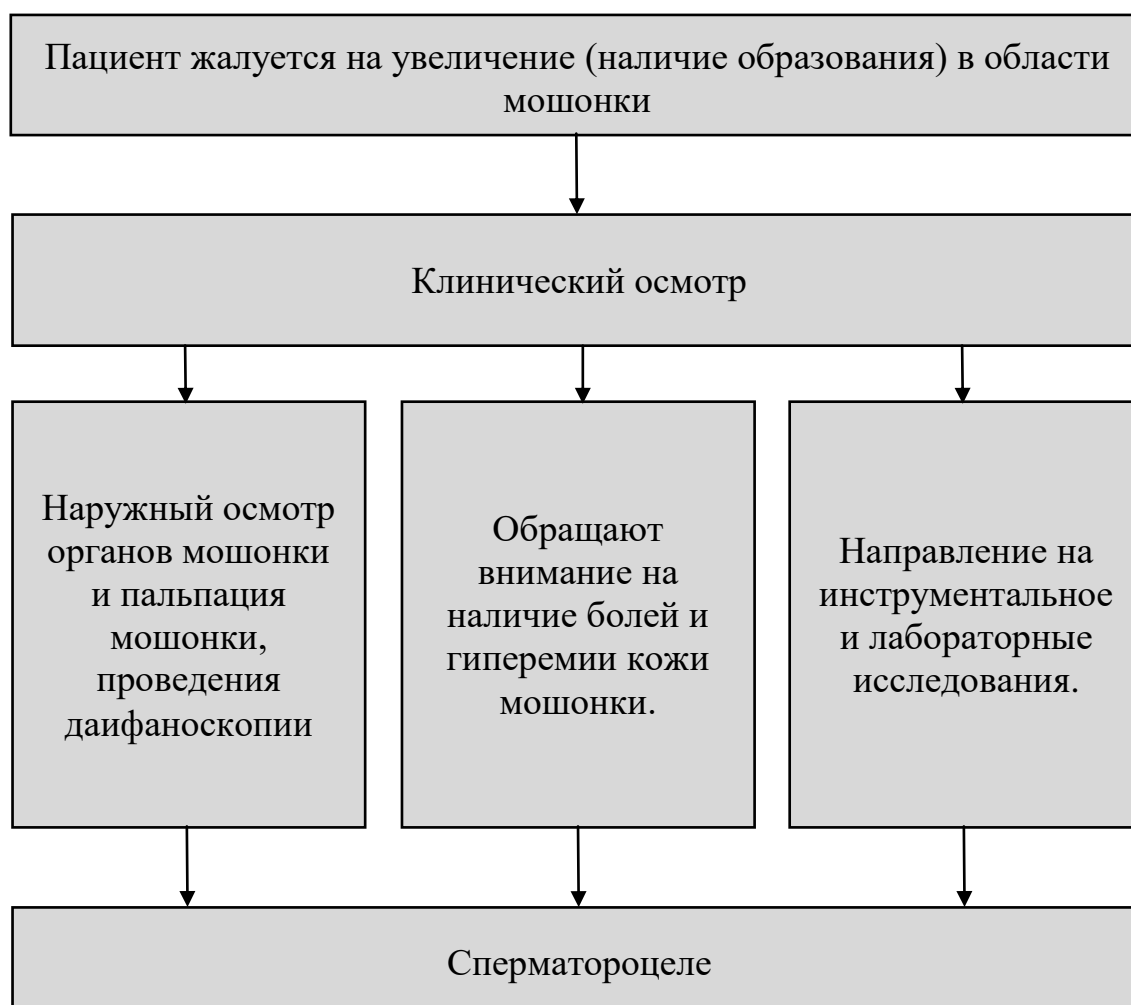
Основной и наиболее информативный метод диагностики сперматоцеле и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями – УЗИ исследование. Современные возможности УЗИ мошонки позволяют точно определить место расположения кисты и её размеры. Она выглядит как однородное образование с тонкой стенкой, ровными и чёткими внутренним и наружным контурами [5, 6; УД:2] При подозрении на опухолевый процесс, в очень редких случаях, выполняют КТ или МРТ.

3.5. Консультация других специалистов.

В большинстве случаев консультация других специалистов не требуется при диагностике и лечении сперматоцеле. Однако в определенных ситуациях, когда возникают сомнения при диагностике и дифференцировке с другими заболеваниями рекомендовано сотрудничество с другими медицинскими специалистами.

Консультация онколога может потребоваться при подозрение на злокачественным поражением яичка и придатка.

3.6. Диагностический алгоритм.



3.7. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Дермоидная киста яичка	Очень редко встречается врождённая дермоидная киста яичка, содержащая различные ткани и элементы (волосы, рудименты костной ткани и т.д.).	УЗИ органов мошонки с доплерографией	При сперматоцеле проявляется в виде определяемого на ощупь, чаще болезненного, округлого, плотноэластического образования в головке или хвосте придатка яичка. В отличие от дермоидной кисты яичка, данная киста просвечивается.
Гидроцеле	Заболевание, обусловленное скоплением серозной жидкости внутри влагалищной оболочки яичка. При гидроцеле пальпаторном исследовании больного определяют эластическое образование, обнаружить яичко в котором не всегда возможно. При пальпации яичко определяют только при небольших размерах водяночного образования.	УЗИ органов мошонки с доплерографией,	При сперматоцеле проявляется в виде определяемого на ощупь, чаще болезненного, округлого, плотноэластического образования в головке или хвосте придатка яичка. В отличие от водянки оболочек яичка, киста пальпируется отдельно от яичка (так называемое «третье яичко»).

<p>Киста придатка яичка</p>	<p>Ретенционное образование, причиной возникновения которого могут быть врождённая ретенция, перенесённая травма и острый эпидидимит. Кисты придатка яичка могут протекать бессимптомно и не представляют никакой опасности для здоровья и жизни.</p>	<p>УЗИ органов мошонки с доплерографией,</p>	<p>При сперматоцеле проявляется в виде определяемого на ощупь, чаще болезненного, округлого, плотноэластического образования в головке или хвосте придатка яичка. В отличие от водянки оболочек яичка, киста пальпируется отдельно от яичка (так называемое «третье яичко»).</p>
-----------------------------	---	--	--

4. ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.

4.1. Немедикаментозное лечение.

Семенная киста не представляет никакой опасности для здоровья и жизни человека. Выжидательная тактика возможна при кистах небольшого размера. Немедикаментозных методов лечения сперматоцеле не существует.

4.2. Медикаментозное лечение.

Медикаментозных методов лечения сперматоцеле не существует.

4.3. Хирургическое вмешательство.

Единственный радикальный способ, позволяющий избавиться от сперматоцеле. Суть любого оперативного вмешательства, устраняющего сперматоцеле, – вылушивание кисты [5, 6; УД:3]. Оперативное вмешательство начинают с разреза кожи и мясистой оболочки длиной 4–5 см по передней поверхности мошонки над яичком. Хирург или ассистент фиксируют яичко у передней поверхности мошонки. Тупым и острым путём осторожными движениями рассекают его оболочки. После рассечения влагалищной оболочки обнажают и выводят в рану яичко с кистой. С помощью гидравлической препаровки тканей раствором прокаина (новокаина) рассекают над кистой висцеральный листок влагалищной оболочки яичка. Проводят вылушивание кисты, стараясь не нарушить её целостность. Основание перевязывают кетгутовой лигатурой. Необходимо обязательное гистологическое исследование. При кистах, сообщающихся с придатком ножкой, выполняют небольшую резекцию, а дефект ушивают кетгутовыми швами.

4.4. Дальнейшее ведение.

После любой операции по поводу сперматоцеле необходимо провести контрольное обследование через 2-4 недели после операции.

4.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Наиболее частые осложнения оперативных вмешательств по поводу сперматоцеле –воспаление яичка, связанное с его механическим раздражением во время операции, и очень редко- отёк мошонки. Эти осложнения, в той или иной степени, присутствуют в 5–10% случаев. Однако они проходят у всех практически самостоятельно в течение 2 нед. после операции. В некоторых случаях при осложнениях необходимо назначение антибиотиков и противовоспалительных препаратов. Другое возможное осложнение при операциях по поводу сперматоцеле – кровотечение с образованием гематомы мошонки. Именно поэтому, как и при любой операции на мошонке необходим тщательный гемостаз и обязательное дренирование полости на заключительном этапе операции.

5. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

5.1. Показания для плановой госпитализации.

- **Плановая хирургическая процедура.** Если пациенту требуется плановая операция по поводу сперматоцеле, такая как вылущивание кисты стараясь не нарушить её целостность. Основание перевязывают кетгутовой лигатурой. Операция не требует немедленного вмешательства, пациент может быть госпитализирован на плановой основе.
- **Разработка лечебного плана.** Если у пациента имеется сперматоцеле, нужно определить требуется ли хирургического лечения или динамическое наблюдение.
- **Дети и особенности лечения.** В основных случаях хирургическое лечение не показано Семенная киста не представляет никакой опасности для здоровья и жизни человека.

6. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.

6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.

6.1.1. Карта наблюдения пациента:

- Персональные данные: имя, возраст, контактные данные пациента.
- Информация о медицинской истории: прежние болезни, хирургические вмешательства, аллергии и другие медицинские особенности.
- Описание текущих симптомов: пациент жалуется на увеличение мошонки, наличие образования в мошонке, боли и дискомфорт.
- Физический осмотр: общая оценка области мошонки, определение имеется ли сперматоцеле с 2х сторон.
- Результаты лабораторных исследований: лабораторные анализы, такие как общий анализ крови и мочи, могут помочь в выявлении воспалительных процессов.
- Диагноз: установление диагноза сперматоцеле.
- Медицинский план лечения: назначения по лечению, включая выбор метода (хирургический).
- Наблюдения и рекомендации: записи о том, как изменяется состояние пациента во времени, и рекомендации медицинских работников.

6.1.2. Маршрутизация пациента (см. рис. 1):

- Оценка срочности. Оценка того, насколько срочно требуется медицинская помощь.
- Выбор медицинского учреждения: Лечение проводится в условиях госпитализации.
- Установление коммуникации: связь и координация между врачами, медсестрами и другими специалистами для обеспечения своевременного и компетентного ухода.

6.2. Немедикаментозное лечение.

Семенная киста не представляет никакой опасности для здоровья и жизни человека. Выжидательная тактика возможна при кистах небольшого размера. Немедикаментозных методов лечения сперматоцеле не существует.

6.3. Медикаментозное лечение.

Медикаментозных методов лечения сперматоцеле не существует.

6.4. Хирургическое вмешательство.

Хирургическое лечение сперматоцеле было описано в разделе по хирургическому лечению в амбулаторных условиях.

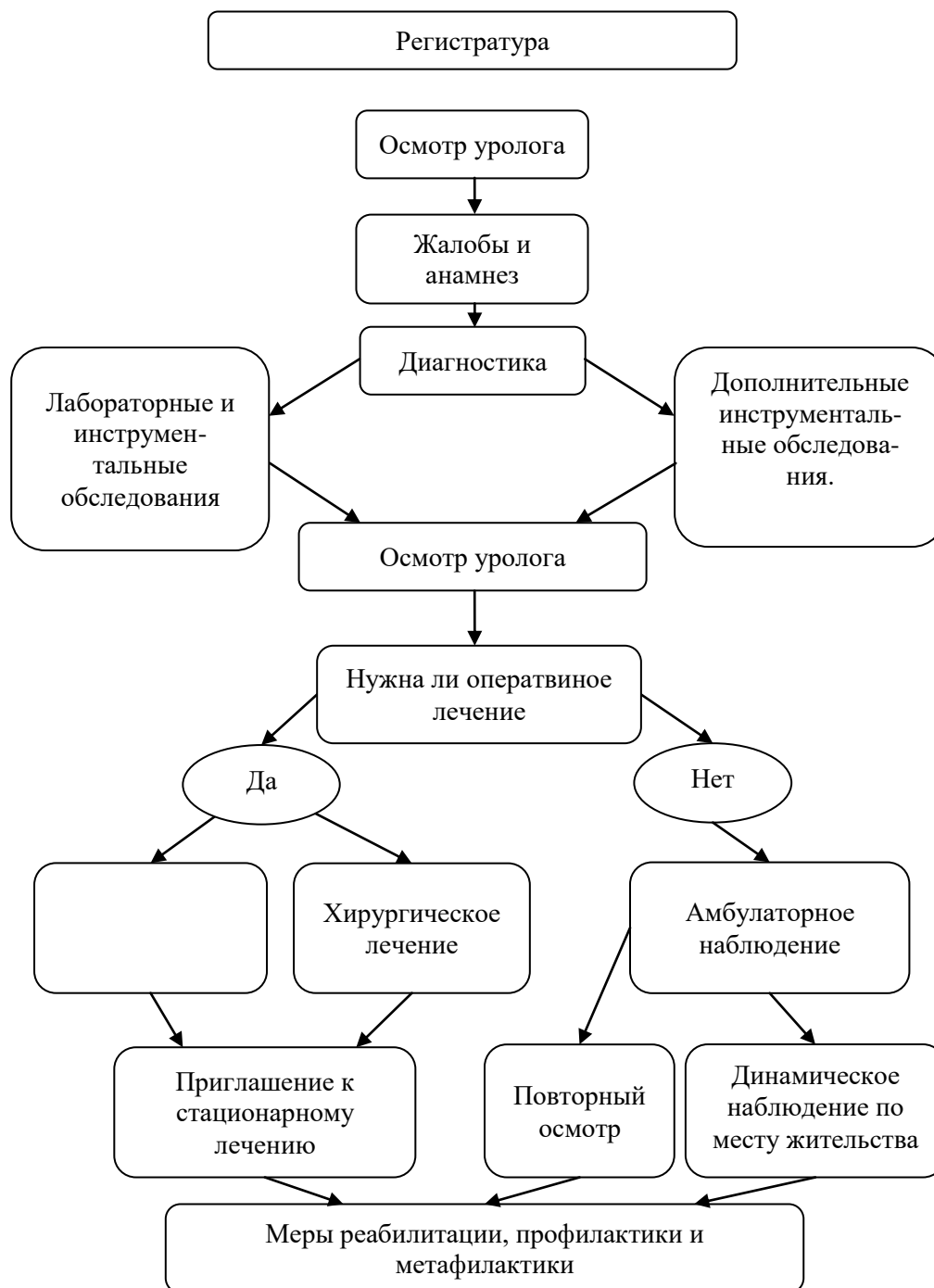


Рис. 1. Маршрутная карта пациента.

6. Дальнейшее ведение.

После любой операции по поводу сперматоцеле необходимо провести контрольное обследование через 2–4 недели после операции.

5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения были описаны ранее в соответствующем разделе.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
МЕДИЦИНСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НОЗОЛОГИИ
«СПЕРМАТОЦЕЛЕ»**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение

Данный протокол представляет собой официальные рекомендации и стандарты для выполнения процедуры вылушивания кисты. Протокол включает в себя информацию о методе хирургического лечения, анестезии, технике выполнения процедуры, а также основные и дополнительные диагностические мероприятия. В нем также описываются требования к специалисту, проводящему процедуру, и условия для проведения оперативного вмешательства. Протокол также предостерегает о противопоказаниях к процедуре и указывает на показания для ее выполнения. Наконец, он предоставляет информацию о индикаторах эффективности процедуры и условиях для пересмотра протокола. Данный протокол призван обеспечивать безопасное и эффективное выполнение оперативного вмешательства с соблюдением медицинских стандартов

1.2. Определение.

Сперматоцеле (в переводе с греческого «sperma» – семя, «kele» – взбухание, вздутие) – объемное образование округлой формы, содержащее жидкость, иногда с примесью сперматозоидов и сперматоцитов, окружённое, как и любая киста, плотной фиброзной оболочкой или капсулой. Семенная киста связана с яичком или его придатком [1].

1.3. Клиническая классификация.

Классификация сперматоцеле отсутствует.

В большинстве случаев семенные кисты растут медленно, не вызывая каких либо расстройств, и совершенно не влияют на половую активность и репродуктивную функцию мужчин. Пациенты могут предъявлять жалобы на наличие дополнительного непонятного образования в мошонке, которое легко прощупывается, не болит и вообще никак себя не проявляет. Большие по размеру кисты могут доставлять значительные неудобства при ходьбе и движениях, а также при половом акте за счёт заполнения и переполнения полости кисты семенной жидкостью. При быстром росте кисты возможно появление таких симптомов, как неприятное чувство давления в мошонке, дискомфорт при сидении. Иногда кисты достигают размеров кулака, но отличить их от водянки яичка достаточно легко.

Международная классификация медицинских вмешательств (ICHI).

№	Название операции	Код по международной классификации (ICHI) https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1443390342
1.	Вылушивание кисты. Не нарушая её целостность	NGL.JI.AA

2. ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПЕРМАТОЦЕЛЕ.

2.1. Цель проведения хирургического лечения.

Сперматоцеле не представляет опасности для жизни пациента, но причиняет эстетические и функциональные неудобства. Цель проведения хирургического лечения предотвращения последующих осложнений.

2.2. Противопоказания к хирургической операции

Хирургическое вмешательство выполняют в плановом порядке. Предварительно каждый пациент проходит обследование для обнаружения возможных противопоказаний к операции. В большинстве случаев выявленные ограничения носят временный характер, устранив которые пациенту в скором времени назначается дата оперативного лечения.

Ситуации, ограничивающие выполнение операции при сперматоцеле:

- развитие инфекционного заболевания вирусной или бактериальной этиологии;
- присутствие воспалительного процесса различной локализации;
- наличие любого обострившегося хронического процесса;
- недостаточная свертываемость крови (коагулопатия);
- прием антикоагулянтов на постоянной основе;
- выявленное злокачественное новообразование мочевыводящих путей или половой системы;
- подтвержденный рак яичка или подозрение на его развитие;
- недавно свершившееся острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);
- ранний период после перенесенного инфаркта миокарда;
- респираторные заболевания;
- аллергия на препараты для анестезии;
- болезни кожи, гнойные процессы в паховой области;
- снижение концентрации эритроцитов и гемоглобина в анализах крови;
- восстановительный период после травматических повреждений;
- тяжелое течение сердечных, легочных патологий;
- печеночно-почечная недостаточность;
- лихорадка.

2.3. Показания к хирургическому лечению.

- Большой объем сперматоцеле.
- Инфицирование сперматоцеле

2.4. Требования к специалисту, проводящему вмешательство.

- Специалист должен иметь соответствующее образование и медицинскую квалификацию. Обычно это врач-уролог или хирург.
- Специалист должен иметь действующую лицензию на практику.

- Специалист должен иметь практику в проведении этой процедуры и хорошо знаком с техниками и методами.
- Специалист должен иметь доступ к современному оборудованию и инструментам, а также следить за стерильностью процедуры.
- Специалист должен быть в состоянии предостеречь пациента о возможных рисках и побочных эффектах, связанных с лигированием вен семенного канатика, и объяснить пациенту преимущества и недостатки выбранного метода оперативного вмешательства.
- Специалист должен следовать этическим и юридическим нормам в проведении медицинских процедур и уважать права пациента и пожелания.
- Специалист должен постоянно обновлять свои знания и навыки, следить за последними медицинскими разработками и рекомендациями в области оперативных вмешательств по поводу вылушивание сперматоцеле.

2.5. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству.

Основные (обязательные) мероприятия:

- Медицинский осмотр. Пациент должен быть тщательно обследован специалистом, который проведет оперативное вмешательство. Это включает в себя оценку общего состояния пациента и медицинской истории.
- Оценка анамнеза. Специалист должен узнать у пациента о его медицинской истории, включая наличие каких-либо хронических заболеваний, аллергий и прочих медицинских факторов.
- Физическое обследование. Врач осматривает органы мошонки и паховую область, чтобы определить наличие патологий, должен осмотреть наружное отверстие уретры для оценки наличия воспаления, выделений или других состояний, которые могли бы повлиять на процедуру.
- Лабораторные анализы. Обычно требуется проведение общего анализа крови, а также анализа на наличие инфекций, таких как Гепатиты В, С, ВИЧ и сифилис перед оперативным вмешательством. Результаты лабораторных исследований могут использоваться для определения общего состояния пациента и исключения инфекций.
- Ультразвуковое исследование с доплер сканированием. Может потребоваться для более подробной оценки структуры яичка и вен семенного канатика.

Дополнительные обследования (при необходимости):

- Консультация специалиста. В зависимости от медицинской истории и общего состояния пациента, специалист может потребовать консультацию других специалистов, таких как абдоминального хирурга, фтизиатра или анестезиолога.
- Анализы на онкомаркеры, спермограмма, анализы на TORCH инфекцию, анализ мочи и секрета предстательной железы.

2.6. Требования к проведению вмешательства.

- Меры безопасности и асептика. Процедура оперативного вмешательства по поводу сперматоцеле должна проводиться в стерильных условиях с применением асептических методов, чтобы предотвратить инфекции. Медицинский персонал должен соблюдать правила личной гигиены и носить санитарную одежду и перчатки.
- Оснащение. Для проведения оперативного вмешательства по поводу сперматоцеле требуется специальное оборудование, включая хирургические инструменты, анестетики и оборудование для обработки и стерилизации инструментов.
- Медикаменты. Анестетики и антисептики должны быть готовы к использованию. Анестетики используются для обезболивания области перед проведением процедуры. Антисептики используются для обработки операционной зоны и предотвращения инфекции.
- Расходные материалы. Для каждой процедуры требуется заменяемые расходные материалы, такие как марлевые салфетки, швы, перчатки и другие материалы, необходимые для хирургического вмешательства и послеоперационного ухода.
- Место проведения. Процедура проводится в специально оборудованной операционной или хирургической комнате, которая соответствует стандартам безопасности и гигиеническим требованиям.
- Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. Медицинский персонал должен соблюдать все необходимые санитарно-противоэпидемические меры, чтобы предотвратить распространение инфекций во время и после проведения процедуры.
- Соблюдение стандартов безопасности. Персонал, проводящий оперативное вмешательство, должен соблюдать все стандарты безопасности, включая контроль за анестезией и мониторинг пациента во время процедуры.

2.7. Требования к подготовке пациента и методика проведения процедуры.

Подготовка пациента:

- 1) Оценка медицинской истории. Врач должен провести анализ медицинской истории пациента, включая возможные аллергии, хронические заболевания и другие медицинские состояния.
- 2) Проведение предоперационных обследований. Пациенту может потребоваться провести предоперационные обследования, такие как анализы крови и мочи, УЗИ доплер сканирования и другие, чтобы исключить противопоказания к процедуре.
- 3) Подготовка психологического состояния. Пациенту и его семье следует предоставить информацию о процедуре и ответить на все вопросы, чтобы обеспечить понимание и согласие на вмешательство.
- 4) Анестезия. Перед началом процедуры применяется местная, проводниковая или общая анестезия для обезболивания области, в которой будет проведена операция.

Методика проведения процедуры.

Сегодня операция по поводу сперматоцеле может проводиться следующим образом. Единственный радикальный способ, позволяющий избавиться от сперматоцеле. Суть любого оперативного вмешательства, устраняющего сперматоцеле, – вылушивание кисты. Оперативное вмешательство начинают с разреза кожи и мясистой оболочки длиной 4–5 см по передней поверхности мошонки над яичком. Хирург или ассистент фиксируют яичко у передней поверхности мошонки. Тупым и острым путём осторожными движениями рассекают его оболочки. После рассечения влагалищной оболочки обнажают и выводят в рану яичко с кистой. С помощью гидравлической препаровки тканей раствором прокаина (новокаина) рассекают над кистой висцеральный листок влагалищной оболочки яичка. Проводят вылушивание кисты, стараясь не нарушить её целостность. Основание перевязывают кетгутовой лигатурой. Необходимо обязательное гистологическое исследование. При кистах, сообщающихся с придатком ножкой, выполняют небольшую резекцию, а дефект ушивают кетгутовыми швами.

После операции возможно развитие рубцовых изменений, которые иногда приводят к нарушению созревания и транспорта сперматозоидов. Именно с этой целью современные урологи используют оптическое увеличение и микрохирургический инструментарий.

2.8. Индикаторы эффективности процедуры или вмешательства.

Наиболее частые осложнения оперативных вмешательств по поводу сперматоцеле – воспаление яичка или его придатка, связанное с его механическим раздражением во время операции, и отёк мошонки. Эти осложнения, в той или иной степени, присутствуют в 20–50% случаев. Однако они проходят у всех практически самостоятельно в течение 2 нед после операции. В некоторых случаях при осложнениях необходимо назначение антибиотиков и противовоспалительных препаратов. Другое возможное осложнение при операциях по поводу сперматоцеле – кровотечение с образованием гематомы мошонки. Именно поэтому, как и при любой операции на мошонке необходим тщательный гемостаз и обязательное дренирование полости на заключительном этапе операции.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОЛОГИИ
«СПЕРМАТОЦЕЛЕ»**

Ташкент – 2025

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение.

Семенные кисты развиваются из гидатид без ножки – остатков Мюллера протока, расположенных на верхнем полюсе яичка. Кисты представляют собой округлые образования, соединяющиеся широким основанием с поверхностью яичка. Гидатиды состоят из соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами. Внутри кисты находится слепой каналец, выстланный цилиндрическим эпителием. Различают врождённые и приобретённые семенные кисты. Врождённые кисты связаны с нарушениями в процессе развития эмбриона. Киста образуется при частичном незаращении вагинального отростка брюшины (часть слизистой оболочки брюшной полости, служащей для проведения яичек из семенного канатика в мошонку на поздних сроках беременности), когда остаются несообщающиеся полости по ходу придатка яичка и семенного канатика. Подобные сперматогенные кисты заполнены прозрачной жидкостью без сперматозоидов. Приобретённые кисты могут быть одно- и многокамерные. Чаще встречаются у детей старшего возраста и взрослых после травм или воспалительных заболеваний органов мошонки. Повреждённые или воспалительно-изменённые протоки перестают функционировать и закрываются, в результате этого прекращается отток образующихся сперматозоидов. Происходит накопление секрета, который в свою очередь растягивает стенку семенного протока. В таких условиях возникают полости (кисты), в которых обнаруживают свежие или разрушенные сперматозоиды. Содержимое приобретённых кист различно. Оно может быть густым, молочнообразным или имеет вид прозрачной опалесцирующей жидкости нормальной или щелочной реакции, содержит спермии, семенные клетки, жировые тельца, единичные лейкоциты и эпителиальные клетки.

1.2. Определение.

Сперматоцеле (в переводе с греческого «сперма» – семя, «келе» – взбухание, вздутие) – объёмное образование округлой формы, содержащее жидкость, иногда с примесью сперматозоидов и сперматоцитов, окружённое, как и любая киста, плотной фиброзной оболочкой или капсулой. Семенная киста связана с яичком или его придатком [1].

1.3. Виды профилактики или реабилитации.

Профилактика и реабилитация сперматоцеле включает следующие аспекты:

- *Медицинская профилактика.* Включает раннее выявление сперматоцеле, разъяснительно-образовательные беседы.
- *Организационные мероприятия.* Важно исключить длительное и сильное физическое напряжение, остерегаться травм, не злоупотреблять спиртными напитками и рациональный режим половой жизни.
- *Медицинская реабилитация.* Включает динамическое наблюдение или оперативное лечение заболевания.

Все эти меры могут способствовать эстетическому виду и предотвращению развития осложнений при возникновении сперматоцеле.

1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий или индивидуальной профилактики.

- *Информирование.* Образование и информационная работа с населением о симптомах сперматоцеле. Это включает проведение образовательных программ, разъяснительных бесед, и распространение информации о профилактике.
- *Раннее выявление и лечение.* Поощрение регулярных медицинских осмотров для раннего выявления сперматоцеле.
- *Сокращение рисков.* Популяризация здорового образа жизни, включая отказ от вредных привычек, планирование половой жизни, и исключение контакта с профессиональными вредностями, такими как поднятие тяжелых вещей.
- *Индивидуальная профилактика.* Специфических методов профилактики не существует.
- *Системный подход.* Сотрудничество медицинских учреждений, образовательных организаций и общественных организаций для обеспечения эффективных мер по раннему выявлению сперматоцеле.

Эти принципы способствуют общественной и индивидуальной профилактике сперматоцеле, снижению риска и улучшению здоровья.

2. ПРОФИЛАКТИКА СПЕРМАТОЦЕЛЕ

2.1. Цель профилактики при сперматоцеле.

Целью профилактики сперматоцеле является предотвращение развития этого состояний и снижение связанных с ними осложнений.

2.2. Первичная профилактика.

Первичная профилактика сперматоцеле включает в себя следующие мероприятия:

- *Обучение и информирование.* Проведение просветительских кампаний и образовательных программ для общественности и медицинского персонала. Эти программы должны включать информацию о сперматоцеле и репродуктивной системы, факторах риска, и способах предотвращения.
- *Регулярные медицинские осмотры.* Регулярные осмотры у врачей урологов-андрологов, особенно в подростковом возрасте, помогут выявить сперматоцеле. Эти осмотры должны проводиться у всех подростков и лиц с повышенным риском.
- *Предостережения для родителей.* Предостережения родителей и лиц, ответственных за подростками, о необходимости обращения внимания развития ребенка и за его репродуктивной системы.
- *Профилактика травм.* Предупреждение травматичных событий, которые могут привести к развитию появлению сперматоцеле у мужчин, особенно у подростков.
- *Здоровый образ жизни.* Поощрение здорового образа жизни, включая умеренное питание, нормированную физическую активность, отказ от курения, алкоголя и наркотиков.
- *Планирование половой жизни.* Образовательные программы и консультации по планированию семьи и половой жизни. Поощрение ответственных половых отношений.

Мероприятия первичной профилактики должны проводиться регулярно и охватывать как подростков, так и взрослых. Они должны проводиться медицинским персоналом, педагогами и общественными организациями. График и место проведения мероприятий могут варьироваться в зависимости от целевой аудитории и доступности ресурсов.

2.3. Скрининг

В случае сперматоцеле, скрининг может быть целесообразным для выявления риска и раннего выявления этих состояний. Стандартные методы скрининга для сперматоцеле это пальпирование органов мошонки и УЗИ доплер исследование.

Требования к проведению скрининга:

- *Целевая аудитория.* Подростки и взрослые.
- *Время проведения.* Скрининг может проводиться при регулярных медицинских осмотрах у врачей урологов-андрологов, а также при обращении пациентов с соответствующими жалобами (например, появление образования и дискомфорт в области мошонки).

- *Место проведения.* Медицинские учреждения, включая поликлиники и больницы, где работают квалифицированные врачи урологи-андрологи.
- *Компетенция медицинского работника.* Скрининг сперматоцеле должен проводиться медицинским персоналом, включая врачей урологов-андрологов. Эти специалисты должны иметь соответствующую медицинскую квалификацию и опыт для выявления и оценки сперматоцеле. Скрининг, в данном случае, не является массовой процедурой, как, например, скрининг на онкологические заболевания, а осуществляется в ходе медицинских осмотров и при обращении пациентов с соответствующими проблемами.

2.4. Вторичная профилактика.

Вторичная профилактика сперматоцеле направлена на раннее выявление и управление этими состояниями у пациентов. Вторичная профилактика включает в себя следующие мероприятия:

- *Регулярные медицинские осмотры.* Пациенты, особенно подростки и мужчины, с риском развития сперматоцеле должны проходить регулярные медицинские осмотры у врачей урологов-андрологов. Они могут помочь выявить сперматоцеле.
- *Пациентская образовательная деятельность.* Вторичная профилактика включает в себя информирование пациентов и их родственников о признаках сперматоцеле, мерах предосторожности и важности регулярных осмотров. Пациентам следует предоставить информацию о том, как обращаться в случае возникновения симптомов.
- *Самопроверка.* Пациенты, особенно те, у кого есть повышенный риск, могут быть обучены самопроверке для выявления признаков сперматоцеле, включая самопальпацию и визуальный осмотр мошонки.
- *Профилактические меры.* Пациентам могут рекомендовать предпринимать профилактические меры, такие как ношение тугих плавков и избегание травм.
- *Специализированные консультации.* Пациенты, у которых есть риск развития сперматоцеле, должны получать консультации у врачей урологов-андрологов по необходимости. Это может включать в себя диагностические исследования, такие как ультразвуковое исследование и доплер сканирование органов мошонки.
- *Разработка индивидуальных планов ухода.* В некоторых случаях, пациентам с историей по поводу операции в пахово-мошоночной области могут потребоваться индивидуальные планы ухода.

Вторичная профилактика должна быть регулярной и включать в себя осмотры и консультации у специалистов. Врачи урологи-андрологи и хирурги должны обладать соответствующей компетенцией для проведения вторичной профилактики и к подходу лечения сперматоцеле.

2.5. Третичная профилактика.

Специфических методов профилактики не существует.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ СПЕРМАТОЦЕЛЕ.

3.1. Цель реабилитации.

Цель реабилитации заключается в обеспечении наилучшего восстановления здоровья, улучшение эстетических показателей и качества жизни пациентов, перенесших операции по поводу сперматоцеле.

3.2. Полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы.

Специфических методов реабилитации не существует.

3.3. Поддержание функций организма в процессе завершения развившегося патологического процесса.

В послеоперационном периоде специфических методов реабилитации не существует.

3.4. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма.

В случае сперматоцеле включает раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций. Это важный аспект в процессе восстановления эстетического здоровья пациента, поскольку позволяет предотвратить или минимизировать долгосрочные последствия и осложнения, связанные с этими заболеваниями. При ранней диагностики и правильной выбранной тактики лечения помогают пациентам избежать осложнения.

3.5. Предупреждение и снижение степени возможного репродуктивного состояния.

Предупреждение и снижение степени возможности бесплодия при сперматоцеле отсутствует. Раннее выявление этих состояний, а также проведение эффективных мероприятий по лечению и реабилитации способствуют предотвращению возможных функциональных ограничений, улучшению качества жизни и снижению риска осложнений.

3.6. Улучшение качества жизни.

Улучшение качества жизни при сперматоцеле связано с ранним выявлением, правильным подходом к наблюдению и лечению и последующей реабилитацией. Эффективные меры предупреждения и лечения данных состояний способствуют эстетического состояния здоровья, но и повышению психологического и социального благополучия пациентов. Обеспечение доступа к современным методам диагностики и терапии, а также поддержка в процессе реабилитации, играют важную роль в обеспечении полноценной и комфортной жизни людей, столкнувшихся с сперматоцеле.

3.7. Сохранение работоспособности пациента.

Сохранение работоспособности пациента при сперматоцеле является важным аспектом медицинской заботы. Эффективные методы диагностики,

лечения и последующей реабилитации направлены не только на восстановление здоровья, но и на поддержание пациента в активной жизненной форме.

3.8. Социальная интеграция пациента в общество.

Одновременно с медицинской реабилитацией важно обеспечить социальную поддержку и адаптацию пациента в обществе. Это может включать консультации психологов, а также поддержку при интеграции в социальную среду.

Целью реабилитации является возвращение пациента к полноценной жизни, обеспечение его самостоятельности и участия в общественной жизни. При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и предоставлять ему необходимую поддержку и помощь на всех этапах реабилитационного процесса.

4. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ 3-Х ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И К РЕАБИЛИТАЦИИ (КОНКРЕТИЗИРУЮТСЯ СООТВЕТСТВЕННО ПРОФИЛЮ).

Проведение трех видов профилактики и реабилитации при сперматоцеле имеет четкие показания, соответствующие различным этапам заболевания. Первичная профилактика направлена на раннее выявление и лечения сперматоцеле. Вторичная профилактика охватывает мероприятия для лиц, уже имеющих признаки сперматоцеле включая эффективные методы лечения и предотвращение рецидивов. Третичная профилактика сосредотачивается на поддержании достигнутых результатов лечения, предупреждении возможных осложнений и обеспечении качественной реабилитации с целью восстановления функциональности и предотвращения снижения репродуктивных систем.

5. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ (СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ, ДАННЫМ ОСНОВАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ);

Для эффективной профилактики и реабилитации сперматоцеле необходимо учитывать различные аспекты, определяемые международными стандартами и основанными на доказательной медицине критериями. В первичной профилактике акцент делается на раннем выявлении факторов риска и проведении регулярных медицинских осмотров. Вторичная профилактика ориентирована на пациентов с клиническими проявлениями сперматоцеле, требующими медицинского вмешательства. Третичная профилактика и реабилитация включают в себя наблюдение за состоянием после лечения, регулярные контрольные осмотры и оценку эффективности терапии с целью минимизации возможных осложнений. Все критерии должны соответствовать высоким медицинским стандартам, обеспечивая индивидуализированный и эффективный подход к профилактике и реабилитации данной нозологии.

- 6. КРИТЕРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТАПА И ОБЪЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР**
Не разработаны.
- 7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 9. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ.**
Специфических методов реабилитации не существует.
- 10. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**
Специфических методов реабилитации не существует.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hou Y, Zhang Y, Li G, Wang W, Li H. Microsurgical Epididymal Cystectomy does not Impact Upon Sperm Count, Motility or Morphology and is a Safe and Effective Treatment for Epididymal Cystic Lesions (ECLs) in Young Men With Fertility Requirements. *Urology*. 2018;122:97-103. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.08.007>
2. Niedzielski J, Miodek M, Krakós M. Epididymal cysts in childhood conservative or surgical approach? *Pol Przegl Chir*. 2012;84(8):406-410. <https://doi.org/10.2478/v10035-012-0068-2>
3. Paluru S, Ulbright TM, Amin M, Montironi R, Epstein JI. The Morphologic Spectrum of Sertoliform Cystadenoma of the Rete Testis: A Series of 15 Cases. *Am J Surg Pathol*. 2018;42(2):141-149. <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000997>
4. Blair RJ. Testicular and scrotal masses. *Pediatr Rev*. 2014;35(10):450-451; discussion 451. <https://doi.org/10.1542/pir.3510-450>
5. Weatherly D, Wise PG, Mendoca S, Loeb A, Cheng Y, Chen JJ, Steinhardt G. Epididymal Cysts: Are They Associated With Infertility? *Am J Mens Health*. 2018;12(3):612-616. <https://doi.org/10.1177/1557988316644976>
6. BhattS, Jafri SZ, Wasserman N, Dogra VS. Imaging of nonneoplastic intratesticular masses. *Diagn Interv Radiol*. 2011;17(1):52-63. <https://doi.org/10.4261/1305-3825.DIR.3116-09.0>
7. East JM, DuQuesnay D. Sclerotherapy of idiopathic hydroceles and epididymal cysts: a historical comparison trial of 5% phenol versus tetracycline. *West Indian Med J*. 2007;56(6):520-525. PMID: 18646496