

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2026

Сибирская Е.В.^{1,2,3}, Тихонова Т.С.^{1,2}, Гурская А.С.⁴, Екимовская Е.В.⁴, Баязитов Р.Р.⁴, Смолик Л.Ю.¹, Богачева А.А.¹, Ахвердян Р.А.¹

Тактика неонатального хирургического лечения перекрутов придатков матки у новорождённых

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия;

² Российская детская клиническая больница — филиал ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия;

³ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Введение. Антенатальный перекрут придатков матки является сложной задачей для диагностики в современной перинатологии. Обусловлено это тем, что данное состояние является редким, а патогномичные эхографические критерии для него отсутствуют, как и клинические протоколы.

Материалы и методы. Описаны редкие случаи антенатальных перекрутов придатков матки у новорождённых девочек. Ключевыми моментами в диагностике этих форм патологии явились данные пренатального ультразвукового исследования, позволившие диагностировать объёмные образования. В дальнейшем диагноз был подтверждён интраоперационно и после патогистологического анализа. Обеим пациенткам было проведено хирургическое лечение лапароскопическим доступом с гистологической верификацией некроза ткани яичников.

Результаты. Исходом в обоих случаях явилось сохранение жизни девочек, однако вовлечённые в перекрут придатки матки оказались нежизнеспособными в результате наступившего некроза тканей.

Заключение. Представленные клинические случаи определяют необходимость дальнейшего накопления опыта, сбора и систематизации полученных данных для формирования консенсусного подхода к диагностике и лечению этих форм антенатальной патологии, что улучшит отдалённые результаты лечения, возможности для сохранения фертильности у пациенток с перспективой реализации репродуктивной функции.

Ключевые слова: клинический случай; перекрут придатков; киста яичника плода; пренатальная ультразвуковая диагностика

Для цитирования: Сибирская Е.В., Тихонова Т.С., Гурская А.С., Екимовская Е.В., Баязитов Р.Р., Смолик Л.Ю., Богачева А.А., Ахвердян Р.А. Тактика неонатального хирургического лечения перекрутов придатков матки у новорождённых. *Российский педиатрический журнал имени М.Я. Студеникина*. 2026; 1(1): 24–31. (In Russian). doi: <https://doi.org/10.46563/2026-1-1-24-31>

Для корреспонденции: Тихонова Татьяна Сергеевна, аспирант каф. акушерства и гинекологии им. Г.М. Савельевой педиатрического факультета Института материнства и детства ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), t012025@mail.ru

Участие авторов: Сибирская Е.В., Гурская А.С. — концепция и дизайн исследования; Тихонова Т.С., Екимовская Е.В., Баязитов Р.Р. — анализ данных, разработка тактики лечения, валидация; Смолик Л.Ю., Богачева А.А., Ахвердян Р.А. — написание текста; Сибирская Е.В., Гурская А.С. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 15.01.2026
Принята к печати 10.02.2026
Опубликована 27.02.2026

Elena V. Sibirskaia^{1,2,3}, Tatiana S. Tikhonova^{1,2}, Alexandra S. Gurskaya⁴, Ekaterina V. Ekimovskaya⁴, Rimir R. Baiazitov⁴, Liubov Yu. Smolik¹, Alina A. Bogacheva¹, Roman A. Akhverdian¹

Tactics of neonatal surgical treatment of uterine appendage torsion in newborns

¹ Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation;

² Federal Russian Children's Clinical Hospital — branch of the Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation;

³ Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation;

⁴ National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, Russian Federation

Summary

Introduction. Antenatal torsion of the uterine adnexa remains a challenging diagnostic entity in contemporary perinatal medicine. This is due to the rarity of the condition, the absence of pathognomonic sonographic criteria, and the lack of unified clinical management protocols.

Materials and methods. The presented clinical cases describe rare instances of antenatal torsion of the uterine adnexa in newborns. The key diagnostic findings were obtained through prenatal ultrasound examination, which revealed adnexal mass lesions. The diagnosis was subsequently confirmed intraoperatively and by pathological examination. Both patients underwent laparoscopic surgical treatment with histological verification of ovarian tissue necrosis.

Results. In both cases, patient survival was achieved; however, the adnexal structures involved in the torsion were nonviable due to the development of tissue necrosis.

Conclusion. The presented clinical cases demonstrate the need for further accumulation of experience, systematic data collection, and analysis to establish a consensus-based approach to the diagnosis and management of this condition. Such efforts will not only improve long-term outcomes but also enhance the potential for fertility preservation in affected patients, which is a critical aspect of their future health and reproductive potential. Long-term follow-up and data analysis may form the basis for developing more accurate and effective treatment strategies for antenatal torsion.

Keywords: case report; adnexal torsion; fetal ovarian cyst; prenatal ultrasonography

For citation: Sibirskaya E.V., Tikhonova T.S., Gurskaya A.S., Ekimovskaya E.V., Baiazitov R.R., Smolik L.Yu., Bogacheva A.A., Akhverdian R.A. Tactics of neonatal surgical treatment of uterine appendage torsion in newborns. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal imeni M. Ya. Studenikina (M. Ya. Studenikin Russian Pediatric Journal)*. 2026; 1(1): 24–31. (In Russian). doi: <https://doi.org/10.46563/2026-1-1-24-31>

For correspondence: *Tatiana S. Tikhonova*, postgraduate student, Department of obstetrics and gynecology named after G.M. Savelieva, Faculty of Pediatrics, Institute of motherhood and childhood, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), t012025@mail.ru

Contribution: Sibirskaya E.V., Gurskaya A.S. — research concept and design; Tikhonova T.S., Ekimovskaya E.V., Baiazitov R.R. — data analysis, development of treatment tactics, validation; Smolik L.Yu., Bogacheva A.A., Akhverdian R.A. — writing the text; Sibirskaya E.V., Gurskaya A.S. — editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Information about the authors:

Sibirskaya E.V., <https://orcid.org/0000-0002-4540-6341>
Tikhonova T.S., <https://orcid.org/0000-0003-3120-4033>
Gurskaya A.S., <https://orcid.org/0000-0001-8663-2698>
Ekimovskaya E.V., <https://orcid.org/0000-0001-5098-2266>
Baiazitov R.R., <https://orcid.org/0000-0002-2809-1894>
Smolik L.Y., <https://orcid.org/0009-0007-7228-2077>
Bogacheva A.A., <https://orcid.org/0009-0004-4057-9739>
Akhverdian R.A., <https://orcid.org/0009-0005-4913-9059>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: January 15, 2026

Accepted: February 10, 2026

Published: February 27, 2026

Введение

Аntenатальный перекрут придатков матки (ПМ) у плода представляет собой редкую форму патологии, которая диагностируется преимущественно в III триместре гестации [1–3]. Несмотря на широкое применение пренатальной визуализации при ультразвуковом исследовании (УЗИ), значимые эхографические маркеры перекрута ПМ не установлены [4, 5], а вопросы лечебной тактики при выявлении кистозных образований придатков у плода остаются дискуссионными [6–8]. В литературе доминируют описания единичных наблюдений [9–11], в то время как систематизированные данные о факторах риска, клинических особенностях и исходах лечения практически отсутствуют [12, 13].

Представлены клинические случаи двустороннего и одностороннего антенатального перекрута ПМ у новорождённых. Описание данных наблюдений целесообразно, поскольку нет систематизированного подхода к лечению антенатальных перекрутов ПМ [14, 15]. Мы полагаем, что детальный анализ диагностических и лечебных мероприятий при этих формах патологии может способствовать заполнению существующих пробелов.

Практическая значимость работы заключается в представлении структурированной информации для неонатальных хирургов, акушеров-гинекологов и специалистов УЗ-диагностики, что может способствовать раннему выявлению патологии плода, оптимизиро-

вать лечебную тактику и в перспективе способствовать сохранению репродуктивного потенциала пациенток.

Описание клинического случая 1

Пациентка Н. на 16-е сутки жизни госпитализирована с предварительным диагнозом: кистозные образования яичников по данным УЗИ.

Из анамнеза: беременность матери 1-я, самопроизвольная, протекала на фоне бактериурии в I триместре, железодефицитной анемии легкой степени во II и III триместрах, по данным УЗИ плода в III триместре диагностирована киста правого яичника. Ребёнок рождён от 1-х своевременных оперативных родов путём операции кесарева сечения в плановом порядке в связи с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом. Масса тела при рождении 3590 г, длина тела 54 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Обследование. По данным УЗИ органов брюшной полости (ОБП), выполненного в 1-е сутки жизни, справа от мочевого пузыря визуализируется овальное образование 30 × 23 × 25 мм с многочисленными анэхогенными округлыми включениями максимальным диаметром до 3,5 мм при цветовом доплеровском картировании без кровотока. Пациентка консультирована гинекологом, выставлен предварительный диагноз: образование малого таза, для дообследования рекомендовано УЗИ и МРТ органов малого таза (ОМТ). На 8-е сутки жизни выполнено УЗИ ОМТ: в проекции левого яичника определяется аваскулярное кистозное

образование неправильной овальной формы размером $36 \times 23 \times 28$ мм с утолщённой стенкой, наличием осадка, неоднородной эхо-структурой за счёт множественных жидкостных включений по всей тека-ткани от 2,5 до 6 мм; структура правого яичника неоднородная за счёт множественных жидкостных кистозных включений по всей тека-ткани от 2,5 до 6 мм. На следующий день по данным МРТ ОМТ с внутривенным контрастным усилением: в проекции правого яичника

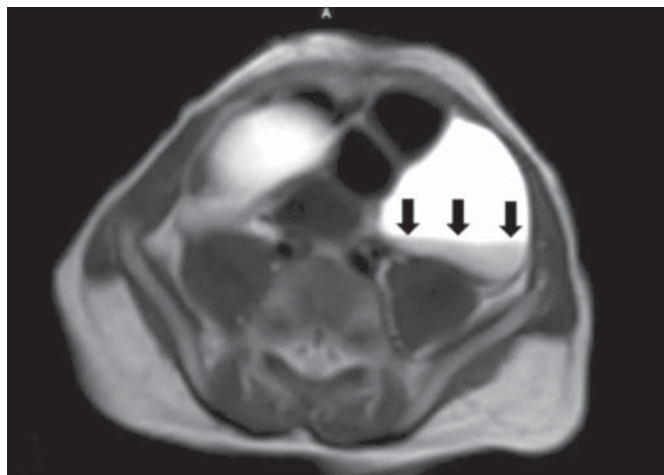


Рис. 1. Клинический случай 1. МРТ, T2-ВИ.

В аксиальной плоскости левого яичника — гиперинтенсивный сигнал по задней стенке толщиной до 4,5 мм. Визуализируются образования с повышенным, характерным для жидкости МР-сигналом овоидной формы с чёткими ровными контурами.

Fig. 1. Case report 1. Axial T2WI MRI.

In the axial plane of the left ovary, a hyperintense signal is observed along the posterior wall, up to 4.5 mm thick. Ovo-shaped lesions with clear, smooth contours are visualized, with an elevated MR signal characteristic of fluid.



Рис. 2. Клинический случай 1. Интраоперационная картина. Придатки с обеих сторон представлены объёмными образованиями с признаками перекрута ПМ и некроза.

Fig. 2. Case report 1. Intraoperative image.

Bilateral adnexa are represented by masses with signs of torsion of uterine adnexa and necrosis.

определяется образование гиперинтенсивного сигнала в T1-ВИ, T2-ВИ, T1-FS овоидной формы с чёткими контурами размерами $26 \times 23 \times 14$ мм: в проекции левого яичника определяется образование гиперинтенсивного сигнала в T2-ВИ с наличием изоинтенсивной зоны (осадка) по задней стенке толщиной до 4,5 мм (**рис. 1**), неоднородного гиперинтенсивного сигнала в T1-ВИ, T1-FS, неправильной формы с округлыми чёткими контурами размерами $27 \times 26 \times 26$ мм. Патологического накопления контрастного средства не зарегистрировано. Нельзя исключить геморрагические кисты яичников.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Большие половые губы не полностью прикрывают малые. Клитор не гипертрофирован. Кожный покров и слизистая в области наружных половых органов физиологической окраски, не изменены. Гимен кольцевидный. Выделений из половых путей нет. Стадия полового развития по Tanner 1 (B1 Pb1 Me abs).

В динамике по данным УЗИ ОБП на 16-е сутки жизни отмечалось незначительное увеличение размеров объёмных образований брюшной полости, справа до $32 \times 25 \times 20$ мм, слева до $41 \times 27 \times 25$ мм.

Дифференциальный диагноз был проведён между кистами яичников, энтерокистами, образованиями мочевыделительной системы. Инструментальные методы диагностики УЗИ и МРТ позволили уточнить диагноз до операции и подтвердить его интраоперационно.

Лечение. Показанием к операции явилось наличие объёмных образований брюшной полости (2 образования), доступ лапароскопический. При ревизии ОМТ установлено, что правые и левые придатки представлены образованиями около 2,5 и 4,0 см в диаметре соответственно, тёмно-коричневого цвета с признаками грубого нарушения кровоснабжения (некроза), ткань яичников не определяется, визуализируются тонкие перекрученные «тяжи» к углам правой и левой маточных труб (**рис. 2**). Интраоперационно диагностирован двусторонний антенатальный перекрут ПМ.

ПМ с обеих сторон удалены. Операционный материал отправлен на патоморфологическое диагностическое исследование (**рис. 3**).

Патоморфологическое исследование: в 1 флаконе 2 полостных образования: первое диаметром 3 см и второе 2 см с фрагментами маточных труб, поверхность их грязно-серо-коричневая, в просвете большое количество серой крошащейся массы. Образование 1: корковое вещество представлено тонким слоем наружной теки с единичными примордиальными фолликулами. Внутренняя тека и содержимое полости представлена некротическими массами с крупными участками петрификации. Маточная труба в состоянии некроза с диффузными кальцинатами. Образование 2: корковое вещество представлено тонким слоем наружной теки с единичными примордиальными фолликулами. В наружной теке и у ворот яичника многочисленные



Рис. 3. Клинический случай 1. Макроскопический вид удалённых ПМ размерами до 2,5 и 4 см в диаметре.

Fig. 3. Case report 1. Gross specimen of the removed adnexa measuring approximately 2.5 and 4 cm in diameter.

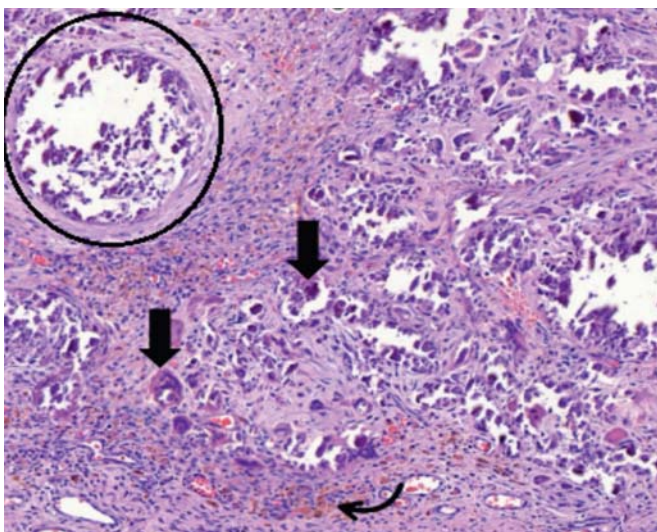


Рис. 5. Клинический случай 1. Гистологический препарат, окраска гематоксилином и эозином.

Наружная тека у ворот яичника представлена сидерофагами (округлая стрелка), гигантскими многоядерными клетками (толстая стрелка), кальцинами (овал).

Fig. 5. Case report 1. Histological specimen, stained with hematoxylin and eosin.

The external theca at the ovarian hilum is represented by siderophages (rounded arrow), multinucleated giant cells (thick arrow), and calcifications (oval).

кальцинаты с гигантскими многоядерными клетками. Отмечаются очаговые кровоизлияния, визуализируется коричневый пигмент и полости, заполненные эозинофильной массой (рис. 4–6).

Заключение: неопределённые кисты яичников с некрозом, очаговыми кровоизлияниями и петрификацией.

Динамика и исходы. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Клинический результат

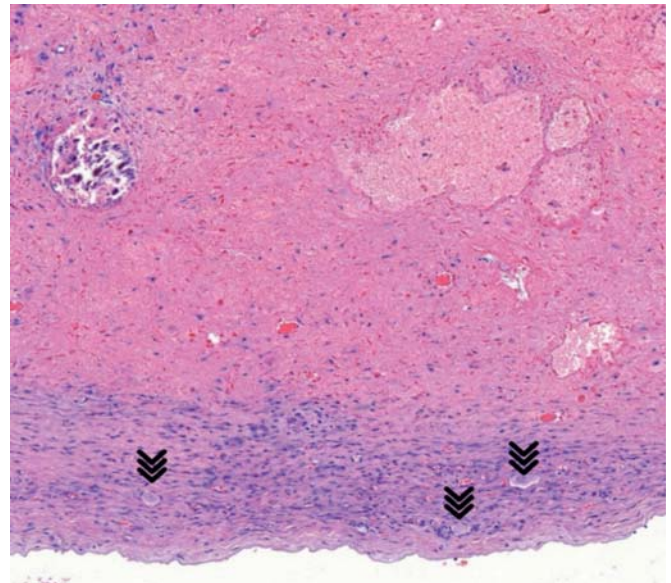


Рис. 4. Клинический случай 1. Гистологический препарат, окраска гематоксилином и эозином.

Корковое вещество яичника представлено единичными примордиальными фолликулами (стрелки).

Fig. 4. Case report 1. Histological section (hematoxylin and eosin stain).

The ovarian cortex contains single primordial follicles (arrows).

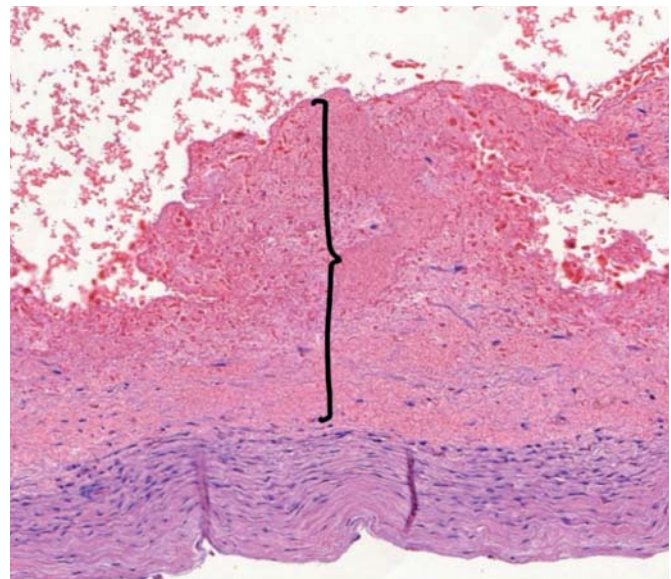


Рис. 6. Клинический случай 1. Гистологический препарат, окраска гематоксилином и эозином.

Некроз стенки яичника (фигурная скобка) достигает 2/3 от её толщины.

Fig. 6. Case report 1. Histological specimen (hematoxylin and eosin stain).

Ovarian wall necrosis (brace) extends to 2/3 of its thickness.

лечения достигнут в полном объёме, ребёнок выписан домой на 5-е послеоперационные сутки.

Прогноз. Рекомендовано наблюдение педиатра, детского хирурга, гинеколога, детского эндокринолога по месту жительства, контроль УЗИ ОМТ через 1 мес после оперативного лечения. Под контролем

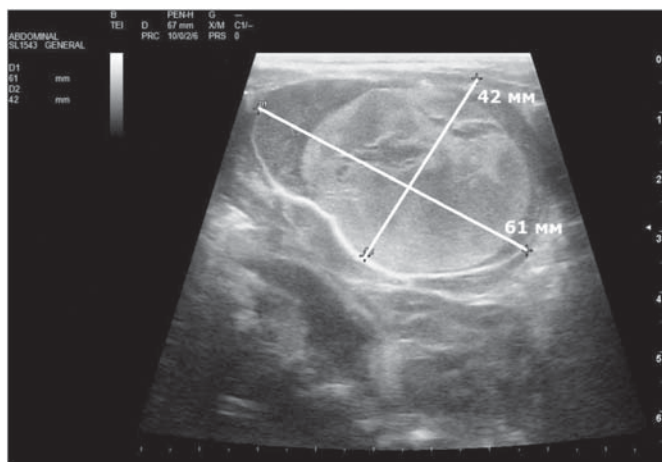


Рис. 7. Клинический случай 2. УЗ-картина, продольная плоскость сканирования. Область правых отделов брюшной полости.

Fig. 7. Case report 2. Ultrasound image, longitudinal plane of scanning. Right part area of the abdominal cavity.

детского эндокринолога в плане своевременное начало заместительной гормональной терапии в возрасте 10–11 лет с целью индукции пубертата. Также показана консультация матери и ребёнка репродуктологом с определением возможного донора яйцеклетки, оптимальных сроков забора материала для реализации репродуктивной функции пациенткой в последующем.

Описание клинического случая 2

Пациентка К., 19 сут жизни, с пренатально диагностированным врождённым пороком развития плода по данным УЗИ в 35–36 нед беременности (киста яичника? энтерокиста?).

Из анамнеза: беременность матери первая, самопроизвольная, многоплодная, протекала на фоне бактериального вагиноза и нетоксического диффузного зоба щитовидной железы в I триместре, железодефицитной анемии средней степени, отёков беременных и обострения гестационного пиелонефрита в III триместре, в связи с чем в 35–36 нед беременности проводились стационарное лечение и антибактериальная терапия. В сроки 35–36 нед у плода диагностирован врождённый порок развития по данным УЗИ — объёмное образование брюшной полости. Ребёнок рождён от 1-х преждевременных оперативных родов в 36 нед 6 дней путём операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с тазовым предлежанием 1-го плода и самопроизвольно начавшейся родовой деятельностью; 1-й ребёнок из дихориальной, диамниотической двойни. Околоплодные воды меконияльные. Масса тела при рождении 2840 г, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние ребёнка после родов средней степени тяжести за счёт недоношенности. Перенесла в раннем неонатальном периоде внутриутробную инфекцию без чёткого очага локализации, находилась на стационарном лечении в областной детской клинической больнице по месту жительства.

Обследование. По данным УЗИ после рождения в правых отделах брюшной полости визуализируется кистозное образование $59 \times 40 \times 41$ мм (киста яичника? энтерокиста?). При осмотре в нижних отделах брюшной полости справа пальпаторно определяется округлое образование до 6 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, подвижное, безболезненное, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Пациентка консультирована гинекологом, выставлен предварительный клинический диагноз: киста правого яичника, для дообследования рекомендовано проведение УЗИ ОБП.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Большие половые губы не полностью прикрывают малые. Клитор не гипертрофирован. Кожный покров и слизистая в области наружных половых органов физиологической окраски, не изменены. Гимен бахромчатый, слегка эстрогенизирован (половой криз), на 6 часах условного циферблата — вырост девственной плевы длиной до 5 мм (полип гимена). Выделений из половых путей нет. Отмечается нагрубание молочных желез (половой криз). Стадия полового развития по Tanner 2 (B2 Pb1 Me abs). На 19-е сутки жизни при контрольном УЗИ ОБП межпеченью в правых отделах брюшной полости визуализируется кистозное образование размером около $61 \times 42 \times 45$ мм, аваскулярное при цветовом доплеровском картировании, с неоднородным гиперэхогенным содержимым в просвете, в правой подвздошной области определяется незначительное количество свободной жидкости, петли кишки не расширены, перистальтика регистрируется (рис. 7).

Дифференциальный диагноз был проведён между кистой яичника, энтерокистой, образованием мочевыделительной системы. Проведённое УЗИ ОБП позволило уточнить диагноз до операции и подтвердить его интраоперационно.

Лечение. Показанием к операции явилось наличие объёмного образования брюшной полости больших размеров (более 4 см в диаметре), доступ лапароскопический. При ревизии ОМТ установлено, что правые ПМ представлены образованием около 6 см в диаметре, тёмно-коричневого цвета с признаками некроза, ткань яичника не определяется, визуализируется тонкий перекрученный тяж к углу правой маточной трубы (рис. 8). Интраоперационно диагностирован антенатальный перекрут ПМ справа.

ПМ справа удалены. Операционный материал отправлен на патоморфологическое диагностическое исследование (**рис. 9**).

Патоморфологическое исследование: во флаконе одно полостное образование размером $6 \times 4 \times 4,5$ см с фрагментом маточной трубы, поверхность серовато-коричневого цвета. Наружная стенка образования представлена тонким слоем наружной теки с единичными примордиальными фолликулами. Внутренняя тека и содержимое полости представлены некротическими массами с участками петрификации. Маточная труба в состоянии некроза с диффузными кальцинатами.

Заключение: неопределённые кисты яичников с некрозом, очаговой петрификацией.

Динамика и исходы. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Клинический результат лечения достигнут в полном объёме, ребёнок выписан домой на 5-е послеоперационные сутки.

Прогноз. Рекомендовано наблюдение педиатра, детского хирурга, гинеколога, детского эндокринолога по месту жительства, контроль УЗИ ОМТ через 1 мес после оперативного лечения. Ввиду имеющихся явлений полового криза (нагрубание молочных желёз, лёгкая эстрогенизация наружных половых органов) и полипа гимена необходимо динамическое наблюдение гинекологом по месту жительства, в плановом порядке показано проведение овариопексии контралатерального яичника для сохранения репродуктивной функции и нивелирования риска перекрута левых ПМ.

Обсуждение

Аntenатальный перекрут ПМ — редкое, но потенциально угрожающее репродуктивному здоровью состояние, которое чаще диагностируется в III триместре беременности [1]. Несмотря на широкое распространение пренатальной УЗ-диагностики, достоверных эхографических признаков перекрута ПМ не выявлено, а вопросы лечебной тактики при выявлении кистозных образований ПМ плода остаются дискуссионными. Грамотная прегравидарная подготовка матерей и УЗИ в динамике новорожденным с выявленными кистозными образованиями необходимы для своевременной диагностики антенатального перекрута придатков матки. Постановка беременной на учёт в рекомендованный срок и регулярные консультации с врачом акушером-гинекологом позволяют маршрутизировать новорождённого с кистами яичника в специализированный хирургический стационар и выполнить оперативное лечение по показаниям в наиболее короткие сроки. Таким образом можно избежать осложнений ввиду перекрута ПМ с некрозом. При длительно существующем перекруте ПМ с некрозом высок риск осложнений, таких как тромбозы [11, 15], инфекционно-воспалительный процесс, частичная (при одностороннем перекруте ПМ с некрозом) или полная (при двустороннем вовлечении) утрата репродуктивной функции [16, 17]. Следует отметить, что особенно мало сведений о двусторонних формах перекрута ПМ, которые протекают с атипичной клинической картиной и требуют индивидуальной тактики хирургического лечения [14].

Заключение

Указанные формы антенатальной патологии требуют особого внимания и комплексного подхода, поскольку отсутствие своевременного вмешательства может привести к серьёзным осложнениям, включая потерю репродуктивной функции. Несмотря на редкость выявления, необходима высокая настороженность со стороны специалистов УЗ-диагностики, чтобы

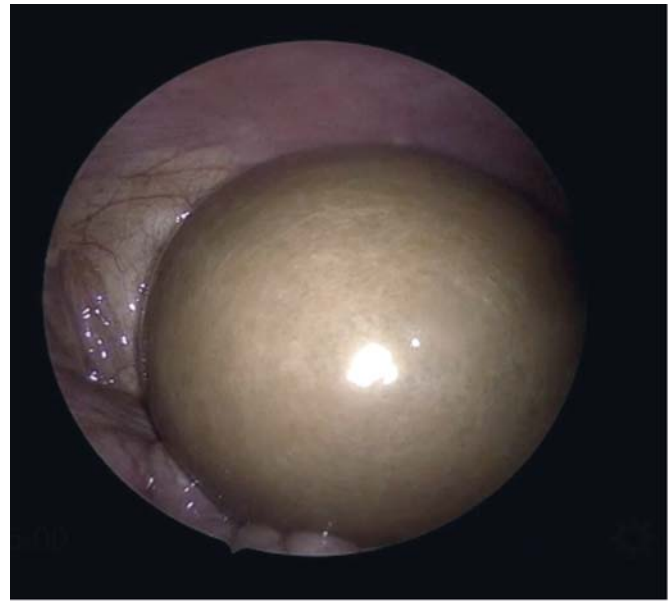


Рис. 8. Клинический случай 2. Интраоперационная картина. В области правых придатков определяется объёмное образование с признаками некроза.

Fig. 8. Case report 2. Intraoperative image.

A mass with signs of necrosis is identified in the right adnexal region.

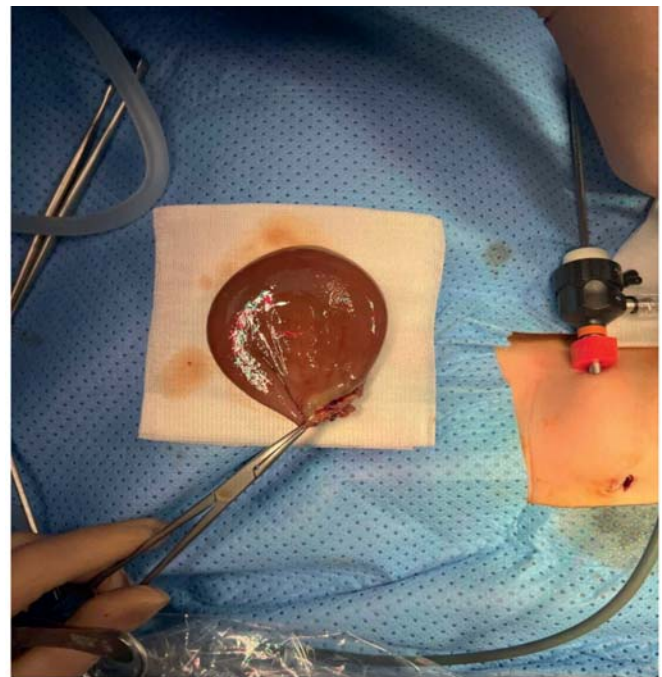


Рис. 9. Клинический случай 2. Макроскопический вид удалённых правых ПМ.

Fig. 9. Case report 2. Gross specimen of the removed right uterine adnexa.

своевременно выявить эти формы патологии. Это обеспечивает возможность для пренатального консультирования специалистами мультидисциплинарной команды: детским хирургом, акушером-гинекологом и гинекологом детского и юношеского возраста, что крайне важно для планирования родоразрешения в условиях

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

акушерского стационара 3-го уровня и последующей маршрутизации пациенток. Своевременное выявление предрасполагающих факторов при пренатальном УЗИ и настороженность специалистов позволяют заподозрить осложнённые формы кистозных образований и своевременно выполнить оперативное лечение. Выбор лапароскопического доступа при кистах яичника и их перекруте у новорождённых является золотым стандартом хирургического лечения. Полученные данные могут служить основой для разработки чётких алгоритмов ведения новорождённых с данной патологией, что позволит оптимизировать их лечение и сохранить репродуктивное здоровье пациенток.

Благодарность. Авторы выражают признательность за подготовку клинических данных пациентов и интраоперационных фотографий детским хирургам И.В. Карнута и Ф.С. Пилюня.

Литература

1. Kirkinen P., Jouppila P. Perinatal aspects of pregnancy complicated by fetal ovarian cyst. *J. Perinat. Med.* 1985; 13(5): 245–51. <https://doi.org/10.1515/jpme.1985.13.5.245>
2. Cass D.L. Fetal abdominal tumors and cysts. *Transl. Pediatr.* 2021; 10(5): 1530–41. <https://doi.org/10.21037/tp-20-440>
3. Heling K.S., Chaoui R., Kirchmair F., Stadie S., Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2002; 20(1): 47–50. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2002.00725.x>
4. Тихоненко И.В. Ультразвуковые признаки пренатально диагностированных кист яичников: что важно для прогноза. *РМЖ. Мать и дитя.* 2022; 5(4): 287–91. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2022-5-4-287-291> <https://elibrary.ru/ydfexq>
5. Буланов М.Н., Чекалова М.А., Мазуркевич М.В., Ветшева Н.Н. Дифференциальная ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников: диагностические модели, алгоритмы, стратификационные системы, консенсусы (1990–2023). *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* 2023; (2): 34–61. <https://doi.org/10.24835/1607-0771-2023-2-34-61> <https://elibrary.ru/iyuvsh>
6. Тайц А.Н., Иванов Д.О., Рухляда Н.Н., Малышева А.А. Опыт диагностики и лечения грудных детей с опухолевыми образованиями яичников. В кн.: Симаходский А.С., Новикова В.П., Ипполитова М.Ф., ред. *Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения: сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции.* СПб.; 2018: 59–66. <https://elibrary.ru/ynkypr>
7. Akin M.A., Akin L., Özbek S., Tireli G., Kavuncuoğlu S., Sander S., et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2010; 2(1): 28–33. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.v2i1.28>
8. Малышева Д.А., Сухоцкая А.А., Баиров В.Г., Каганцов И.М., Кохреидзе Н.А., Зазерская И.Е. и др. Хирургические аспекты лечения неонатальных овариальных кист у девочек. *Детская хирургия.* 2021; 25(4): 278–83. <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2021-25-4-278-283> <https://elibrary.ru/uvecwf>
9. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Минажетдинова А.Р., Чернышева М.Ю., Хайруллина А.А. Пренатальная и постнатальная диагностика внутриутробного перекрута кисты яичника. *Вопросы современной педиатрии.* 2023; 22(3): 241–5. <https://doi.org/10.15690/vsp.v22i3.2578> <https://elibrary.ru/gkompl>
10. Tsakiri S.P., Turk C.A., Lally K.P., Garg K., Morris B. Atypical Meigs' syndrome in a neonate with ovarian torsion associated with an ovarian dermoid cyst. *Pediatr. Surg. Int.* 2005; 21(5): 407–9. <https://doi.org/10.1007/s00383-005-1368-y>

11. Денисенко М.В., Моксякова Е.Г., Толстов К.Н., Маслов А.Л., Донин И.М., Волков С.Н. и др. Антенатальный перекрут и некроз правых придатков матки у новорожденной. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2023; 19(3): 86–92. <https://elibrary.ru/cscoeja>
12. Huchon C., Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2010; 150(1): 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.02.006>
13. Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Закирова Н.И., Сысоева А.А., Чернышева М.Ю., Нурматова А.Ф. и др. Новые данные о тактике, диагностике и лечении пациенток с антенатальным перекрутом придатков матки (обзор литературы). *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований.* 2024; 5(4): 22–7. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14729042>
14. Машинец Н.В., Демидов В.Н. Двусторонние осложненные кисты яичников у плода. *Пренатальная диагностика.* 2019; 18(1): 60–3. <https://doi.org/10.21516/2413-1458-2019-18-1-60-63> <https://elibrary.ru/mixjst>
15. Toker Kurtmen B., Divarci E., Ergun O., Ozok G., Celik A. The role of surgery in antenatal ovarian torsion: retrospective evaluation of 28 cases and review of the literature. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2022; 35(1): 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.jparg.2021.08.007>
16. Солдатов О.М., Купцова С.В., Лабзина М.В., Лукьянова К.К., Романова А.А., Маркин А.С. Киста правого яичника с внутриутробным кровоизлиянием. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2024; 20(1): 91–6. <https://doi.org/10.33029/1816-2134-2024-20-1-91-96> <https://elibrary.ru/mxbdvu>
17. Мокрушина О.Г., Чундокова М.А., Шумихин В.С., Левитская М.В., Ерохина Н.О., Нагорная Ю.В. и др. Лапароскопическая овариоцистэктомия у новорождённых. *Акушерство и гинекология.* 2022; (9): 129–34. <https://doi.org/10.18565/aig.2022.9.129-134> <https://elibrary.ru/cacrdi>

References

1. Kirkinen P., Jouppila P. Perinatal aspects of pregnancy complicated by fetal ovarian cyst. *J. Perinat. Med.* 1985; 13(5): 245–51. <https://doi.org/10.1515/jpme.1985.13.5.245>
2. Cass D.L. Fetal abdominal tumors and cysts. *Transl. Pediatr.* 2021; 10(5): 1530–41. <https://doi.org/10.21037/tp-20-440>
3. Heling K.S., Chaoui R., Kirchmair F., Stadie S., Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2002; 20(1): 47–50. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2002.00725.x>
4. Tikhonenko I.V. Ultrasound features of prenatally diagnosed ovarian cysts: what is important for the prognosis. *RMZH. Mat' i ditya.* 2022; 5(4): 287–91. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2022-5-4-287-291> <https://elibrary.ru/ydfexq> (in Russian)
5. Bulanov M.N., Chekalova M.A., Mazurkevich M.V., Vetsheva N.N. Differential ultrasound diagnosis of benign and malignant ovarian tumors: diagnostic models, algorithms, stratification systems, consensus (1990–2023). *Ul'trazvukovaya i funktsional'naya diagnostika.* 2023; (2): 34–61. <https://doi.org/10.24835/1607-0771-2023-2-34-61> <https://elibrary.ru/iyuvsh> (in Russian)
6. Tait A.N., Ivanov D.O., Rukhlyada N.N., Malysheva A.A. Experience in diagnosis and treatment of infants with ovarian tumors. In: Simakhodskiy A.S., Novikov V.P., Ippolitova M.F., eds. *Contemporary Issues in Adolescent Medicine and Reproductive Health. Krotinsky Readings: Proceedings of the 2nd All-Russian Scientific and Practical Conference [Sovremennyye problemy podrostkovoy meditsiny i reproduktivnogo zdorov'ya molodezhi. Krotinskyye chteniya: sbornik trudov 2 Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii].* St. Petersburg; 2018: 59–66. <https://elibrary.ru/ynkypr> (in Russian)
7. Akin M.A., Akin L., Özbek S., Tireli G., Kavuncuoğlu S., Sander S., et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2010; 2(1): 28–33. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.v2i1.28>
8. Malysheva D.A., Sukhotskaya A.A., Bairov V.G., Kagantsov I.M., Kokhreizde N.A., Zazerskaya I.E., et al. Surgical aspects of the treatment of neonatal ovarian cysts in girls. *Detskaya khirurgiya.* 2021; 25(4): 278–83. <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2021-25-4-278-283> <https://elibrary.ru/uvecwf> (in Russian)

9. Sibirskaya E.V., Karachentsova I.V., Minazhetdinova A.R., Chernysheva M.Yu., Khairullina A.A. Prenatal and postnatal diagnosis of intrauterine ovarian torsion. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2023; 22(3): 241–5. <https://doi.org/10.15690/vsp.v22i3.2578> <https://elibrary.ru/gkompl> (in Russian)
10. Tsakiri S.P., Turk C.A., Lally K.P., Garg K., Morris B. Atypical Meigs' syndrome in a neonate with ovarian torsion associated with an ovarian dermoid cyst. *Pediatr. Surg. Int.* 2005; 21(5): 407–9. <https://doi.org/10.1007/s00383-005-1368-y>
11. Denisenko M.V., Moksyakova E.G., Tolstov K.N., Maslov A.L., Donin I.M., Volkov S.N., et al. Antenatal torsion and necrosis of the right appendages of the uterus in a newborn girl. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2023; 19(3): 86–92. <https://elibrary.ru/csoeja> (in Russian)
12. Huchon C., Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2010; 150(1): 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.02.006>
13. Sibirskaya E.V., Karachentsova I.V., Zakirova N.I., Sysoeva A.A., Chernysheva M.Yu., Nurmatova A.F., et al. New data on the tactics, diagnosis and treatment of antenatal adnexal torsion. *Zhurnal reproduktivnogo zdorov'ya i uro-nefrologicheskikh issledovaniy*. 2024; 5(4): 22–7. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14729042> (in Russian)
14. Mashinets N.V., Demidov V.N. Bilateral complicated ovarian cysts of the fetus. *Prenatal'naya diagnostika*. 2019; 18(1): 60–3. <https://doi.org/10.21516/2413-1458-2019-18-1-60-63> <https://elibrary.ru/mixjst> (in Russian)
15. Toker Kurtmen B., Divarci E., Ergun O., Ozok G., Celik A. The role of surgery in antenatal ovarian torsion: retrospective evaluation of 28 cases and review of the literature. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2022; 35(1): 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpaa.2021.08.007>
16. Soldatov O.M., Kupcova S.V., Labzina M.V., Lukyanova K.K., Romanova A.A., Markin A.S. Cyst of the right ovary with intrauterine hemorrhage. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2024; 20(1): 91–6. <https://doi.org/10.33029/1816-2134-2024-20-1-91-96> <https://elibrary.ru/mxbdvn> (in Russian)
17. Mokrushina O.G., Chundokova M.A., Shumikhin V.S., Levitskaya M.V., Erokhina N.O., Nagornaya Yu.V., et al. Laparoscopic ovarian cystectomy in newborns. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2022; (9): 129–34. <https://doi.org/10.18565/aig.2022.9.129-134> <https://elibrary.ru/cacrdi> (in Russian)

Сведения об авторах:

Сибирская Елена Викторовна, доктор мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии им. Г.М. Савельевой педиатрического факультета института материнства и детства ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), elsibirskaya@yandex.com; **Гурская Александра Сергеевна**, канд. мед. наук, зав. хирургическим отд.-м новорождённых и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, gurskaya.as@nczd.ru; **Екимовская Екатерина Викторовна**, канд. мед. наук, врач-детский хирург хирургического отд.-я новорождённых и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, ekimovskaia.ev@nczd.ru; **Баязитов Рамир Радикович**, канд. мед. наук, врач-детский хирург хирургического отд.-я новорождённых и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, bayazitov.rr@nczd.ru; **Смолик Любовь Юрьевна**, студентка ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), l-smolik@mail.ru; **Богачева Алина Алексеевна**, студентка ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), bogacheva_1304@mail.ru; **Ахвердян Роман Араевич**, студент ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), roma.axverdyan@mail.ru