

УДК: 618. 11-006.2-036-07-08-053.6

DOI: 10.24061/2413-4260. XV.3.57.2025.33

**Н. Вереснюк^{1,2}, М. Малачинська^{1,2},
І. Нігуца¹, О. Короташи¹, Ю. Кравчишин¹**

Львівський перинатальний центр¹,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького²,
(м. Львів, Україна)

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТИ ЯЄЧНИКА ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ У ДІВЧИНКИ-ПІДЛІТКА

Резюме.

Об'ємні утворення яєчників у дітей – досить рідкісне явище. Вони становлять менше як 2,0% випадків серед усіх пухлин у дівчаток віком до 16 років. Клінічна картина доброякісних новоутворень яєчників у дівчат-підлітків дуже варіабельна і може коливатися від безсимптомного перебігу до порушення менструального циклу, тазового болю, нудоти, блювоти, підвищення температури тіла тощо. Методи візуалізації відіграють важливу роль у діагностиці кіст яєчників. Методом діагностики першої лінії вважається ультрасонографія, яка дозволяє віддиференціювати кісти яєчників від інших патологічних станів та визначити тип кісти. Однак, якщо ультразвукова діагностика не дає можливості чітко верифікувати діагноз, тоді необхідно провести комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію. Лікування новоутворень яєчників у дітей та підлітків повинно ґрунтуватися на малоінвазивному органозберігаючому підході зі збереженням фертильності.

Клінічний випадок. У статті презентовано клінічний випадок 15-річної дівчинки, у якої було виявлено кісту лівого яєчника гігантських розмірів, яка спричинила двобічний гідронефроз та надалі була успішно прооперована лапароскопічним доступом завдяки злагодженій роботі мультидисциплінарної команди. Пацієнтка поступила зі скаргами на збільшення маси тіла та швидкий ріст живота в об'ємі протягом останнього місяця. При проведенні ультразвукового обстеження було виявлено, що всю порожнину малого таза та черевну порожнину вповнює двокамерний рідинний, тонкостінний утвір без пристінкових об'ємних включень, без ознак васкуляризації (ймовірно цистаденома лівого яєчника гігантських розмірів), який досягає мечоподібного відростка. Магнітно-резонансна томографія органів малого таза та черевної порожнини підтвердила наявність у пацієнтки гігантського тазово-абдомінального локального кістозного утворення без ознак контрастного підсилення стінок та виявила двобічний гідронефроз. Під ендотрахеальним наркозом дівчинці було проведено лапароскопію з використанням 3D-технології. Під час операції було спунктовано капсулу кісти – аспіровано близько 6800 мл прозорої серозної рідини, після чого було виявлено перекрут ніжки кісти лівого яєчника. Проведено деторсію яєчника, лівобічну цистектомію з максимальним збереженням яєчкової тканини. Жодних інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не було. До операції вага пацієнтки становила 41,1 кг, а обвід живота – 81 см, після операції маса тіла – 33,3 кг, а обвід живота – 68 см. Таким чином, після видалення гігантської кісти лівого яєчника, вага пацієнтки зменшилась на 8 кг, об'єм талії – на 13 см. На другу добу післяопераційного періоду пацієнтка у задовільному стані була виписана додому під спостереження педіатра та дитячого гінеколога. Результат гістологічного дослідження підтвердив клінічний діагноз: серозна цистаденома яєчника. Через один місяць після оперативного лікування пацієнтці було проведено УЗД нирок, ознак гідронефрозу не виявлено.

Висновки. Рання діагностика кіст яєчників у дівчат-підлітків дасть змогу обрати персоналізовану тактику ведення пацієнтки та запобігти виникненню серйозних гінекологічних та урологічних ускладнень. У діагностиці даної патології визначальну роль відіграє використання експертного ультразвукового обстеження. У випадку великих розмірів кісти та діагностичних сумнівів ультразвукову діагностику слід доповнити комп'ютерною або магнітно-резонансною томографією, а також визначенням онкомаркерів яєчника. Успішний результат у тактиці ведення дівчат-підлітків із кістами яєчників гігантських розмірів забезпечує злагоджена робота мультидисциплінарної команди із залученням дитячого гінеколога, уролога, спеціаліста ультразвукової діагностики та анестезіолога. У випадку необхідності проведення оперативного втручання у дівчат-підлітків з кістами яєчників великих розмірів за відсутності ознак малигнізації перевагу слід віддати лапароскопічному доступу, за можливості, з використанням 3D технології.

Ключові слова: кіста яєчника; лапароскопія; цистектомія, оофоректомія.

Вступ

Об'ємні утворення яєчників у дітей – досить рідкісне явище. Вони становлять менше ніж 2,0% випадків серед усіх пухлин у дівчаток віком до 16 років [1]. У підлітковому віці яєчники можуть містити значну кількість фолікулів на різних стадіях розвитку. Більшість кіст яєчників у підлітків є фолікулярними і виникають внаслідок порушення дозрівання фолікула до овуляції та його інволюції. У частині випадків зустрічаються кісти жовтого тіла, які виникають після овуляції.

Клінічна картина доброякісних новоутворень яєчників у дівчат-підлітків дуже варіабельна і може коливатися від безсимптомного перебігу до порушення менструального циклу, тазового болю, нудоти, блювоти, підви-

щення температури тіла тощо [2]. Кісти великих розмірів можуть спричинити почастішання сечовипускання, закрепи, відчуття тиску в нижніх відділах живота [3].

Доброякісні новоутворення яєчників характеризуються різними клінічними проявами та потребують встановлення типу, терміну і доцільності оперативного лікування для запобігання таких потенційних ускладнень, як перекрут яєчника, розрив капсули кісти, внутрішньочеревної кровотечі та безпліддя у майбутньому [4].

Клінічне обстеження дівчат-підлітків, які мають кісти яєчників, повинно включати детальний анамнез щодо менструальної та сексуальної функції, зокрема оцінку дисменореї та прийому комбінованих оральних контрацептивів, а також об'єктивне обстеження.

Лабораторні дослідження включають визначення онкомаркерів та β -хоріонічного гонадотропіну з метою виключення вагітності.

Методи візуалізації відіграють важливу роль у діагностиці гінекологічних захворювань, зокрема й кіст яєчників у дівчат-підлітків, оскільки часто симптоми і клінічне обстеження не є специфічними. Методом візуалізації першої лінії вважається ультразвукова діагностика, яка дозволяє віддиференціювати кісти яєчників від інших патологічних станів та визначити тип кісти [1, 5]. Однак, якщо ультрасонографія не дає можливості чітко верифікувати діагноз, тоді з метою диференційної діагностики необхідно провести комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію [1, 5].

Диференційна діагностика кіст яєчників у дівчат-підлітків включає паратубарні та параоваріальні кісти; обструктивні аномалії розвитку жіночих статевих органів; пухлини яєчників; ектопічну вагітність; гідро- та піосальпікс; апендикулярний абсцес [5, 6, 7].

Ультразвукові критерії кісти яєчника (розмір кісти, її вміст, внутрішня поверхня, наявність пристінкових включень тощо) і пов'язані з нею клінічні прояви є важливими факторами при виборі оптимальної тактики ведення пацієнтки.

Лікування новоутворень яєчників у дітей повинно ґрунтуватися на малоінвазивному органозберігаючому підході зі збереженням фертильності [9, 10]. У підлітків слід віддавати перевагу консервативному лікуванню, оперативному лікуванню підлягають лише кісти розміром понад 6 см, які не розсмоктуються за допомогою гормональної терапії протягом 6 місяців [2]. При цьому оваріектомія проводиться лише у разі крайньої потреби [7].

Хірургічне лікування утворень яєчників у дівчаток залишається складним завданням.

Деякі науковці стверджують, що при кістах яєчників великих розмірів не слід виконувати лапароскопію, оскільки такий підхід обмежує операційне поле і пов'язаний з високим ризиком інтраперитонеального вилиття вмісту кісти, що порушує принцип абластики [11, 12, 13]. Тому лапароскопію слід проводити при доброякісних ураженнях яєчників та/або при наявності перекруту [13, 14, 15]. Інші ж дослідники стверджують, що лапароскопічна хірургія є безпечною та ефективною для лікування патологій яєчників, а при пухлинах з високим ризиком малігнізації лапароскопію можна виконувати для встановлення чіткого макроскопічного діагнозу, стадіювання захворювання та резекції невеликих пухлин. У разі діагностичних сумнівів щодо злоякісності процесу показаний перехід до відкритого (лапаротомного) хірургічного втручання [13].

Ми погоджуємося з думкою тієї частини науковців, які вважають, що проведення оперативного втручання лапароскопічним доступом при кістах великих розмірів досвідченими хірургами є безпечним методом лікування за умови постійної та адекватної візуалізації [12, 15]. Крім того, лапароскопічний підхід може зменшити кількість післяопераційних зростів, що має вагомими перевагами, включаючи зменшення тазового болю, покращення фертильності, поліпшення якості життя, а також косметичний результат, що дуже важливо для дівчаток-підлітків.

У випадку двосторонніх кіст яєчників, які підлягають оперативному лікуванню, при прогнозуванні у післяопераційному періоді оваріальної недостатності, пацієнткам та їхнім родинам доцільно запропонувати кріоконсервування яєчничкової тканини або ооцитів з метою реалізації репродуктивної функції у майбутньому [9].

Одним із небезпечних ускладнень кісти яєчника є перекрут, частота якого складає 4,9 випадків на 100 000 осіб жіночої статі віком від 1 до 20 років. Новоутворення яєчника, пов'язані з перекрутом зазвичай є доброякісними. Будь-яка пацієнтка з кістою яєчника, у якої з'явився біль в нижніх відділах живота та нудота/блювота, повинна бути в ургентному порядку обстежена на предмет перекруту труби і/або яєчника. Оперативне лікування даної патології у дівчат-підлітків зазвичай виконують дитячі хірурги в об'ємі оофоректомії (сальпінгоофоректомії) або деторсії яєчника [16, 17]. На жаль, донедавна при перекруті яєчника дитячі хірурги частіше виконували оофоректомію, однак в останні роки в світі прослідковується тенденція до збільшення частоти виконання органозберігаючих операцій зі збереженням додатків [4, 18, 19].

Вчасна діагностика та оперативне лікування при кістах яєчників великих розмірів є вкрай важливими для уникнення потенційних ускладнень.

Ми презентуємо клінічний випадок 15-річної дівчинки із кістою лівого яєчника гігантських розмірів, яка спричинила двобічний гідронефроз та надалі була успішно прооперована лапароскопічним доступом, завдяки злагодженій роботі мультидисциплінарної команди.

Клінічний випадок.

Пацієнтка Х., 15 років, жителька м. Тернопіль, була скерована в гінекологічне відділення Львівського перинатального центру зі скаргами на збільшення маси тіла та швидкий ріст живота в об'ємі протягом останнього місяця. Соматичний анамнез пацієнтки не обтяжений, захворювань сечовидільної системи, травм та операцій не було. Менструації відсутні (фізіологічна аменорея).

Дівчинка народилась від першої доношеної вагітності, яка протікала без особливостей та ускладнень. Дитина росла і розвивалась нормально, у психомоторному розвитку не відставала. На момент обстеження її ріст був 147 см, вага 41 кг, індекс маси тіла становив 19,0 кг/м². При об'єктивному обстеженні гемодинамічні показники були в межах норми. Загальний стан дитини був задовільний, шкіра та видимі слизові блідо-рожевого кольору, чисті, язик вологий, не обкладений. Серцеві тони чисті, ритмічні. Дихання над легеньми везикулярне. Привертав увагу рівномірно збільшений в розмірах живіт, м'який, не болючий при пальпації. Симптоми подразнення очеревини були від'ємні. Набряки на ногах помірні. Симптом Пастернацького – негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі. У загальному аналізі крові та загальному аналізі сечі пацієнтки суттєвих змін виявлено не було, коагулограма та біохімічні показники були в межах норми. Онкомаркер яєчників СА-125-8,78 МО/мл (референтні значення 0-35 МО/мл), ранній онкомаркер яєчників HE-4-66,9 пмоль/л (референтні значення 0-140 пмоль/л), індекс ROMA – 13,47%, лактатдегідрогеназа – 405,9 Од/л (референтні значення 230-460 Од/л), раково-ембріональний антиген 1,12 нг/мл (референтні значення менш ніж 2,5).

При проведенні ультразвукового обстеження органів малого тазу за місцем проживання виявлено: матка у вигляді тяжа, в малому тазу візуалізується двокамерний кістозний утвір з чіткими контурами неправильної форми розмірами 289х235х297 мм з рідинним незначно дисперсним вмістом. Лівий яєчник розмірами 64х51 мм, маткові труби не розширені, вільної рідини не виявлено.

Під час УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та селезінки патології не виявлено. При ультрасонографії сечовидільної системи було діагновано гідронефроз I-II ступеня з обох боків, сечовий міхур без особливостей. При езофагогастродуоденоскопії – нормальна ендоскопічна картина. При проведенні МРТ: МР-картина гігантського тазово-абдомінального локулярного кістозного утворення без ознак контрастного підсилення стінок (найімовірніше велика серозна цистаденома лівого яєчника, без явних ознак перекруту). Двобічний гідронефроз.

При проведенні ультразвукового обстеження органів малого тазу на ультразвуковому апараті експертного класу (GE Voluson E8 EXPERT, США) з використанням трансабдомінального датчика було діагновано: всю порожнину малого тазу та черевну порожнину виповнює двокамерний рідинний тонкостінний утвір без пристінкових об'ємних включень, без ознак васкуляризації (ймовірно цистаденома лівого яєчника гігантських розмірів), який досягає мечоподібного відростка (рис. 1). Даних за злоякісний процес в лівому яєчнику знайдено не було.

Після проведених обстежень, попри гігантські розміри кисти, консиліумом лікарів було прийнято рішення під ендотрахеальним наркозом провести оперативне втручання лапароскопічним доступом, використовуючи 3D-технологію (рис. 2), для кращої візуалізації, зменшення травматизації тканин та швидкої реабілітації пацієнтки.

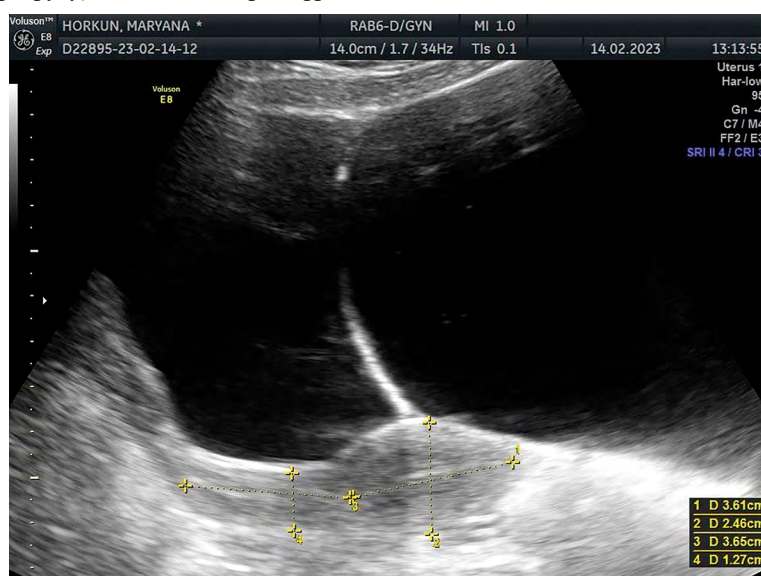


Рис. 1. Ультразвукова картина гігантської двокамерної кисти лівого яєчника



Рис. 2. 3D-лапароскопія (вигляд зображення на екрані монітора через 3D окуляри)

Під час операції було спунктовано капсулу кісти – аспіровано близько 6800 мл прозорої, серозної рідини, після чого було виявлено перекрут ніжки кісти лівого яєчника (рис. 3). Проведено деторсію яєчника, лівобічну цистектомію з максимальним збереженням яєчничкової тканини. Матка була звичайних розмірів та будови, додатки

справа – без особливостей. Жодних інтраопераційних ускладнень не було. Тривалість операції склала 1 годину 25 хвилин. Антибіотикопрофілактика не проводилась.

Видалений матеріал було скеровано на патогістологічне дослідження (рис. 4). Внутрішня поверхня капсули кісти була гладкою, без пристінкових включень.

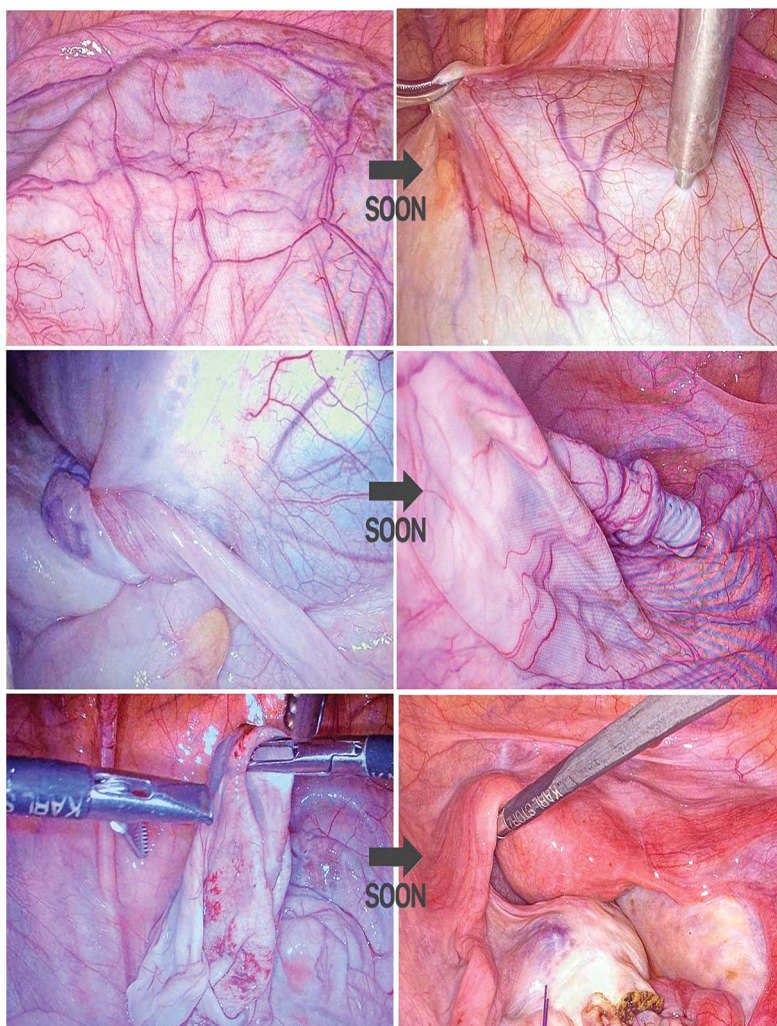


Рис. 3. Основні етапи операції на лівому яєчнику лапароскопічним доступом



Рис. 4. Капсула видаленої кісти лівого яєчника

Післяопераційний період протікав без ускладнень. До операції вага пацієнтки становила 41.1 кг, а об'єм живота – 81 см, після операції маса тіла – 33,3 кг,

а окружність живота – 68 см. Таким чином після видалення гігантської кісти лівого яєчника, вага пацієнтки зменшилась на 8 кг, об'єм талії – на 13 см (рис. 5).

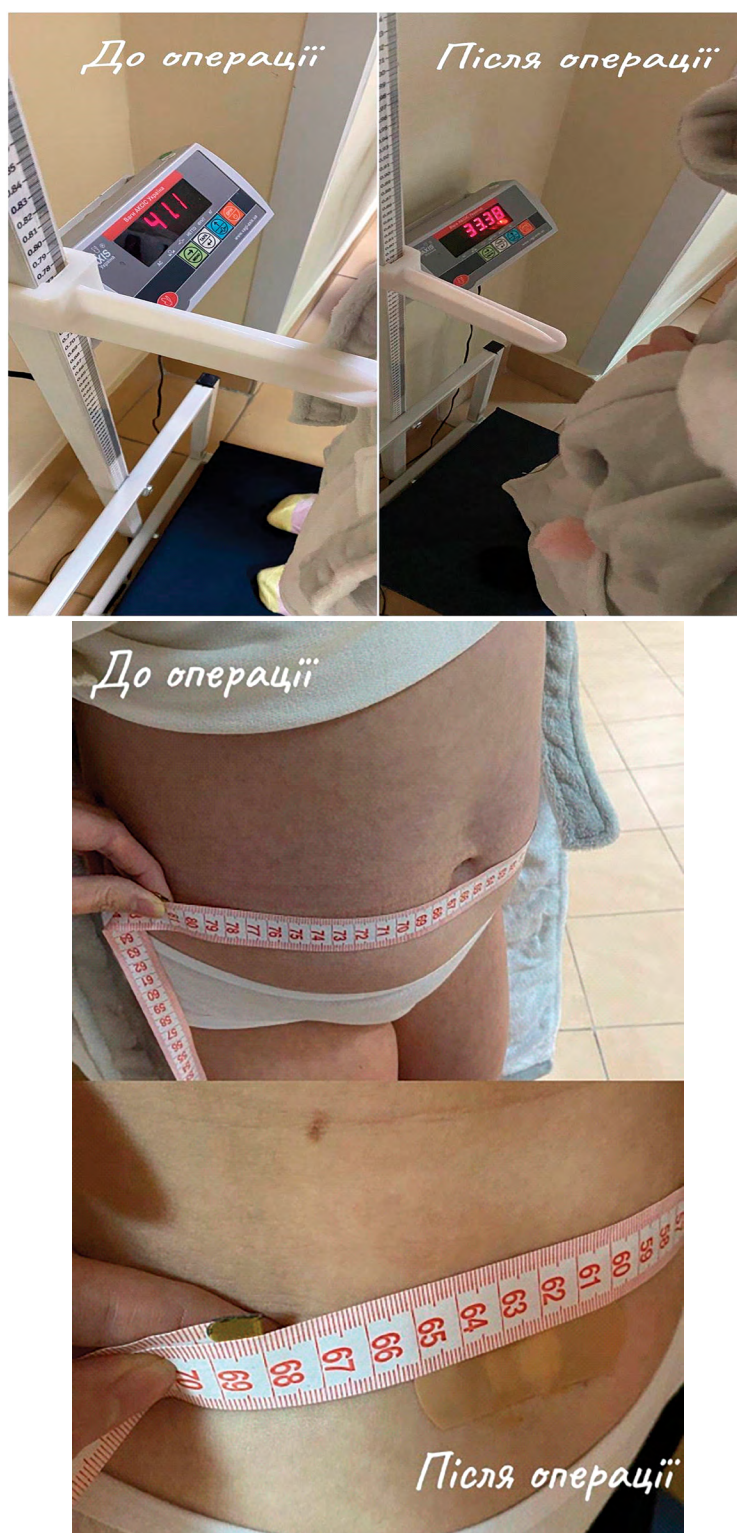


Рис. 5. Динаміка зміни параметрів ваги та об'єму талії пацієнтки до та після операції

На другу добу післяопераційного періоду пацієнтка в задовільному стані була виписана додому під спостереження педіатра та дитячого гінеколога.

Результат гістологічного дослідження підтвердив клінічний діагноз: серозна цистаденома яєчника. Через один місяць після оперативного лікування пацієнтці проведено УЗД нирок: ознак гідронефрозу не виявлено.

Висновки

- Рання діагностика кіст яєчників у дівчат-підлітків дасть змогу обрати персоналізовану тактику ведення пацієнтки та запобігти виникненню серйозних гінекологічних та урологічних ускладнень.
- У діагностиці даної патології визначальну роль відіграє використання експертного ультразвукового

обстеження. У випадку великих розмірів кісти та діагностичних сумнівів ультразвукову діагностику слід доповнити комп'ютерною або магнітно-резонансною томографією, а також визначенням онкомаркерів яєчника.

- Успішний результат у тактиці ведення дівчат-підлітків із кістами яєчників гігантських розмірів забезпечує злагоджена робота мультидисциплінарної команди із залученням дитячого гінеколога, уролога, спеціаліста ультразвукової діагностики та анестезіолога.

- У випадку необхідності проведення оперативного втручання у дівчат-підлітків з кістами яєчників великих розмірів за відсутності ознак малігнізації перевагу слід віддати лапароскопічному доступу і, по можливості, з використанням 3D технології.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження дадуть змогу покращити своєчасну діагностику та якість життя пацієнток з кістами яєчників різної морфології, а також запобігати можливим ускладненням.

Література:

1. Sri Paran T, Mortell A, Devaney D, Pinter A, Puri P. Mucinous cystadenoma of the ovary in perimenarchal girls. *Pediatr Surg Int.* 2006;22(3):224-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00383-005-1624-1>. PMID: 16416281.
2. Tessitore P, Guana R, Mussa A, Lonati L, Sberveglieri M, Ferrero L, Canavese F. When to operate on ovarian cysts in children? *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2012;25(5-6):427-33. DOI: <https://doi.org/10.1515/jpem-2012-0049>. PMID: 22876534.
3. Alobaid AS. Mucinous cystadenoma of the ovary in a 12-year-old girl. *Saudi Med J.* 2008;29(1):126-8. PMID: 18176687.
4. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, Baird R, Cameron DB, Arnold MA, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. *J Pediatr Surg.* 2018;53(7):1387-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.10.053>. PMID: 29153467.
5. Ibrah Y, Okada M, Ibrah R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies. *Radiographics.* 2017;37(5):1569-86. DOI: <https://doi.org/10.1148/rg.2017160170>. PMID: 28753380.
6. Magistrado L, Dorland J, Sangi-Haghpeykar H, Patil N, Dietrich JE. Paratubal Cyst Recurrence in Children and Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(6):649-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.07.008>. PMID: 32712189.
7. Idris S, Daud S, Ahmad Sani N, Tee Mei Li S. A Case of Twisted Ovarian Cyst in a Young Patient and Review of the Literature. *Am J Case Rep.* 2021;22: e933438. DOI: <https://doi.org/10.12659/ajcr.933438>. PMID: 34785630; PMCID: PMC8607030.
8. Frediani S, Bertocchini A, Inserra A. Minimally invasive surgery in giant ovarian cyst in children: a safe approach. *Ann R Coll Surg Engl.* 2022;104(5):389-90. doi: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2021.0191>. PMID: 34939842; PMCID: PMC10335027.
9. Sarnacki S, Brisse H. Surgery of ovarian tumors in children. *Horm Res Paediatr.* 2011;75(3):220-4. DOI: <https://doi.org/10.1159/000322829>. PMID: 21160172.
10. Lee SR. Fast Leak-Proof, Intraumbilical, Single-Incision Laparoscopic Ovarian Cystectomy for Huge Ovarian Masses: «Hybrid Cystectomy and Reimplantation» Method. *Medicina.* 2021; 57(7):680. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57070680>. PMID: 34356961 PMCID: PMC8305641.
11. Kodikara H, McBride CA, Wanaguru D. Massive, benign, cystic ovarian tumors: A technical modification for minimally invasive resection. *J Pediatr Surg.* 2021;56(2):417-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.08.021>. PMID: 32958288.
12. Pecorelli S, Tonegatti UG, Stern MV, Bulotta AL, Laffranchi F, Stegher C, et al. Management of Large Pediatric and Adolescent Ovarian Neoplasms with a Leak-Proof Extracorporeal Drainage Technique: Our Experience Using a Hybrid Minimally Invasive Approach. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021;34(3):394-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.08.009>. PMID: 32828966.
13. El Haissoufi K, Lehn A, Chevalier I, Moog R, Becmeur F, Talon I. Surgical management of ovarian masses in children and adolescents: experience of an academic institution in France. *Pediatr Surg Int.* 2024;40(1):151. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00383-024-05734-9>. PMID: 38842682.
14. Baradwan S, Sendy F, Sendy S. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017:7632989. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/7632989>. PMID: 28840047; PMCID: PMC5559909.
15. Light-Olson H, Niec JA, Zwaschka TA, Wong G, Ragheb D, Oros J, et al. Minimally invasive adnexa-sparing surgery for benign ovarian and paratubal masses in children. *J Pediatr Surg.* 2023;58(4):702-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2022.12.021>. PMID: 36670003.
16. Amies Oelschlager AM, Sawin R. Teratomas and ovarian lesions in children. *Surg Clin North Am.* 2012;92(3):599-613, viii. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2012.03.005>. PMID: 22595711.
17. Stankovic Z. Ovarian Cysts and Tumors in Adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2024;51(4):695-710. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.08.006>. PMID: 39510739.
18. Alberto EC, Tashiro J, Zheng Y, Sandler A, Kane T, Gomez-Lobo V, et al. Variations in the management of adolescent adnexal torsion at a single institution and the creation of a unified care pathway. *Pediatr Surg Int.* 2021;37(1):129-135. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04782-1>. PMID: 33242170.
19. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, Baird R, Cameron DB, Arnold MA, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. *J Pediatr Surg.* 2018;53(7):1387-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.10.053>. PMID: 29153467.

CLINICAL CASE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GIANT OVARIAN CYST IN A TEENAGE GIRL

N. Veresnyuk^{1,2}, M. Malachynska^{1,2}, I. Nihutsa¹, O. Korotash¹, Y. Kravchishyn¹

Lviv Perinatal Center¹,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University²
(Lviv, Ukraine)

Summary.

Ovarian masses in pediatric patients constitute a rare clinical entity, representing less than 2% of all tumors in females under 16 years of age. Benign ovarian neoplasms in adolescents may present with diverse clinical manifestations ranging from asymptomatic findings to menstrual disturbances, pelvic discomfort, nausea, vomiting, and febrile episodes. Ultrasonography serves as the primary diagnostic modality for differentiating ovarian cysts from other pelvic pathologies. In cases of diagnostic uncertainty, advanced imaging techniques

including computed tomography or magnetic resonance imaging are indicated. The management of ovarian neoplasms in pediatric populations should emphasize minimally invasive, organ-preserving approaches with particular attention to fertility conservation.

Clinical case. We describe the case of a 15-year-old female patient who presented with rapid abdominal enlargement and weight gain over a one-month period. Diagnostic evaluation revealed a giant left ovarian cyst causing bilateral hydronephrosis. Ultrasonographic examination demonstrated a thin-walled, bilocular cystic lesion occupying the entire abdominopelvic cavity, extending to the xiphoid process without evidence of vascularization, suggestive of cystadenoma. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) confirmed the presence of a massive cystic structure without contrast enhancement and identified secondary bilateral hydronephrosis. The patient underwent 3D laparoscopic intervention under endotracheal general anesthesia. The surgical procedure included aspiration of approximately 6800 mL of clear serous fluid from the cystic cavity, identification and correction of left ovarian torsion, and subsequent cystectomy with maximal preservation of ovarian parenchyma. The intraoperative and postoperative courses were uncomplicated. Notable clinical parameters demonstrated significant changes following the procedure: preoperative measurements included a body weight of 41.1 kg and abdominal circumference of 81 cm, while postoperative values decreased to 33.3 kg and 68 cm respectively, reflecting a reduction of 7.8 kg in weight and 13 cm in abdominal girth. On the postoperative day 2, the patient was discharged home in a satisfactory condition under the supervision of a pediatrician and a pediatric gynecologist. Histopathological examination confirmed the diagnosis of serous cystadenoma. Follow-up renal ultrasonography performed one month postoperatively showed complete resolution of the previously noted hydronephrosis.

Conclusions. Early diagnosis of ovarian cysts in adolescent girls will allow to choose a personalized tactic of patient management and prevent the occurrence of serious gynecological and urological complications. Early diagnosis of ovarian cysts in adolescent patients enables the selection of personalized management strategies and prevents potential gynecological and urological complications. Expert ultrasonography serves as the cornerstone diagnostic modality for this pathology. When evaluating large cysts or cases with diagnostic uncertainty, supplementary imaging with computed tomography or magnetic resonance imaging combined with assessment of ovarian tumor markers is recommended. Optimal management of giant ovarian cysts in adolescent patients requires a specialized multidisciplinary approach involving pediatric gynecologists, pediatric urologists, radiologists with expertise in adolescent ultrasonography, and anesthesiologists experienced with teenage patients. For surgical cases in adolescent girls without malignant features, laparoscopic intervention utilizing three-dimensional visualization technology represents the preferred approach when available, with particular attention to preserving future reproductive potential in this young patient population.

Keywords: Ovarian Cyst; Laparoscopy; Cystectomy; Ultrasonography.

Контактна інформація:

Вереснюк Наталія Сергіївна – заступник директора з якості медичної діяльності Львівського перинатального центру; доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (м. Львів, Україна)
e-mail: veresniuk@ukr.net

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5233-7105>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/Y-8949-2018>.

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57217244457>

Малачинська Марія Йосипівна – директор Львівського перинатального центру; кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (м. Львів, Україна)

e-mail: malaschynska@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2895-3666>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57433879800>

Нігуца Ігор Павлович – директор медичного центру Esperanto MED, лікар акушер-гінеколог вищої категорії, лікар гінеколог-онколог, кандидат медичних наук, магістр державного управління (м. Львів, Україна)

e-mail: guga190474@gmail.com

Короташ Оксана Богданівна – лікар ультразвукової діагностики першої категорії Львівського перинатального центру (м. Львів, Україна)

e-mail: oxanakorotash1507@gmail.com

Кравчишин Юлія Богданівна – лікар-акушер-гінеколог, лікар-методист Львівського перинатального центру (м. Львів, Україна)

e-mail: y.kravchyshyn_lrcpc@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9824-6970>

Contact Information:

Natalia Veresniuk – Deputy Director for Medical Quality of the Lviv Perinatal Center; Doctor of Medicine, MD, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Danylo Halytsky Lviv National Medical University (Lviv, Ukraine)

e-mail: veresniuk@ukr.net

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5233-7105>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/Y-8949-2018>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57217244457>

Mariya Malachynska – Director of the Lviv Perinatal Center; PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Danylo Halytsky Lviv National Medical University (Lviv, Ukraine)

e-mail: malaschynska@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2895-3666>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57433879800>

Ihor Nihutsa – director of the Esperanto MED Medical Center, Obstetrician-Gynecologist of the Highest Category, Gynecologist-Oncologist, Candidate of Medical Sciences, Master of Public Administration (Lviv, Ukraine)

e-mail: guga190474@gmail.com

Oksana Korotash – Ultrasound Diagnostics Doctor of the First Category at the Lviv Perinatal Center (Lviv, Ukraine)

e-mail: oxanakorotash1507@gmail.com

Yuliia Kravchyshyn – Obstetrician-Gynecologist, Medical Methodologist at the Lviv Perinatal Center (Lviv, Ukraine)

e-mail: y.kravchyshyn_lrcpc@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-9824-6970>



Надійшло до редакції 01.04.2025 р.
Підписано до друку 25.09.2025 р.