



Наличие трех яичников у женщины: клинический случай

Т.А. Кияева, Д.Ю. Шубин✉, А.С. Нечайкин, С.В. Абрамова, Ю.М. Матявина

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия
✉daniilshubin13rus@gmail.com

Аннотация

Цель. Изучение редкого клинического случая наличия у женщины трех яичников и его сопоставление с литературными данными.

Материалы и методы. Проанализированы научные публикации из баз данных PubMed и eLibrary. Представлен клинический случай 23-летней пациентки с жалобами на боли внизу живота. Выполнены УЗИ-диагностика, лабораторное обследование и диагностическая лапароскопия.

Результаты. При лапароскопии выявлены два яичника с левой стороны (один без связки), один – справа. Один из левых яичников оказался добавочным, что подтверждено гистологически. Проведено удаление кисты и импланта. Анализ мировой литературы подтвердил редкость патологии и связь с онкопроцессами или эндометриозом.

Обсуждение. Случай подчеркивает диагностические сложности, связанные с различием в определениях «добавочного яичника» и «эктопии». Необходимы стандартизация терминологии и широкое применение современных методов визуализации для точной диагностики подобных аномалий.

Заключение. Публикация и изучение подобных случаев способствуют улучшению диагностики и лечению редких патологий репродуктивной системы. Обнаружение добавочных яичников требует комплексного подхода и повышенной онкологической настороженности.

Ключевые слова: анатомические аномалии, эктопия, патология яичников, добавочная ткань, третий яичник.

Для цитирования: Кияева Т.А., Шубин Д.Ю., Нечайкин А.С., Абрамова С.В., Матявина Ю.М. Наличие трех яичников у женщины: клинический случай. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (2): 68–72. DOI: 10.47407/kr2026.7.02.00p4550

The third ovary: a clinical case

Tatyana A. Kiyeva, Daniil Yu. Shubin✉, Andrey S. Nechaykin, Svetlana V. Abramova, Yulia M. Matyavina

Ogarev National Research Mordovian State University, Saransk, Russia
✉daniilshubin13rus@gmail.com

Abstract

Aim. The study of a rare clinical case of a woman having three ovaries and its comparison with the literature data.

Materials and methods. Scientific publications from the PubMed and eLibrary databases are analyzed. A clinical case of a 23-year-old patient complaining of abdominal pain is presented. Ultrasound diagnostics, laboratory examination and diagnostic laparoscopy were performed.

Results. Laparoscopy revealed two ovaries on the left side (one without ligament), one on the right. One of the left ovaries turned out to be an accessory, which was confirmed histologically. Cyst and implant were removed. An analysis of the world literature has confirmed the rarity of the pathology and its association with oncological processes or endometriosis.

Discussion. The case highlights the diagnostic difficulties associated with the difference in definitions of “accessory ovary” and “ectopia”. Standardization of terminology and widespread use of modern imaging techniques are needed to accurately diagnose such anomalies.

Conclusion. The publication and study of such cases contribute to improving the diagnosis and treatment of rare pathologies of the reproductive system. The detection of additional ovaries requires an integrated approach and increased oncological alertness.

Keywords: anatomical abnormalities, ectopia, ovarian pathology, accessory tissue, third ovary.

For citation: Kiyeva T.A., Shubin D.Yu., Nechaykin A.S., Abramova S.V., Matyavina Yu.M. The third ovary: a clinical case. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (2): 68–72 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.02.00p4550

Актуальность

Яичники – это парные женские половые железы, расположенные в полости малого таза и прилегающие к его боковой стенке. Современная наука выделяет некоторые виды расположения данного органа [1]. Нормальное расположение подразумевает, что яичники в полости малого таза медиальной поверхностью обращены к полости таза, а латеральной – к стенке малого таза. В свою очередь, это обеспечивает оптимальное функционирование репродуктивной системы женщины: оптимальная овуляция (способствует высокому шансу на успешное зачатие), естественная подвижность (влияет на функционирование маточных труб, что помогает в продвижении яйцеклетки в матку), уменьше-

ние риска возникновения перекрута яичника и образования кист, стабильный гормональный фон, а также снижение риска хронической боли [2].

Одной из примечательных особенностей анатомического расположения яичников является их эктопия [3]. В научных и медицинских публикациях можно встретить упоминания о различных аномалиях расположения этих органов, включая такие необычные места, как большой сальник, ретроперитонеальное пространство, прямокишечно-маточное углубление, подвздошная кишка и серозный слой, покрывающий ретросигмоидный отдел кишечника. Эти случаи представляют собой интересные вариации, которые могут оказывать влияние на здоровье женщины [4]. Кроме того, в ряде меди-

Таблица 1. Локализация и заболевания, сопровождающие дополнительный яичник
Table 1. Localization and associated pathologies of the accessory ovary

Автор, описавший случай	Год публикации	Возраст пациента, лет	Локализация	Заболевание
B.R. Kriss	1947	49	Сальник	Тератома
L.R. Wharton	1959	37	Стенка таза	Гранулезно-клеточная карцинома
L.R. Wharton	1959	39	Область правого яичника	Серозная цистаденома
M.L. Hogan и соавт.	1967	21	Сальник	Тератома
J.L. Printz и соавт.	1973	23	Левое забрюшинное пространство	Муцинозная цистаденокарцинома
F.O. Huhn	1975	36	Левое забрюшинное пространство	Муцинозная цистаденома
L.M. Roth, C.E. Ehrlich	1977	48	Сальник	Тератома
S.H. Cruikshank, D.M. van Drie	1982	36	Левое забрюшинное пространство	Аденокарцинома
L.J. Mercer и соавт.	1987	34	Сальник	Тератома
S. Barik и соавт.	1991	45	Сальник	Фиброма
S. Barik и соавт.	1991	28	Беременная матка	Эндометриома
M.J. Besser, D.M. Posey	1992	30	Левое забрюшинное пространство	Муцинозная аденокарцинома
S.Z. Badawy и соавт.	1995	32	Позадиматочное пространство	Серозная аденокарцинома
J.A. Irving, Clement P.B.	2011	21	Сальник	Тератома
K. Kamiyama и соавт.	2013	47	Левое забрюшинное пространство	Серозная аденокарцинома
Y. El-Gohary и соавт.	2015	20	Левое забрюшинное пространство	Эндометриома
D. Ogishima и соавт.	2016	40	Позадиматочное пространство	Кистозная эндометриома
Chul Kwon Lim и соавт.	2016	42	Сигмовидная кишка	Кистозная эндометриома

цинских источников часто упоминается и термин «добавочный яичник», что добавляет еще один уровень сложности в понимание представленных понятий [5]. Разграничение между эктопией и добавочным яичником может варьироваться в различных литературных источниках и нередко описывается неоднозначно. Такие различия в определениях могут вызывать путаницу при интерпретации данных, что приводит к затруднениям в четком понимании соответствующей медицинской терминологии. В связи с этим необходимо более детальное и согласованное изучение этих понятий для улучшения ясности и точности в медицинской практике и научных исследованиях [6].

В 1864 г. врач Grohe впервые описал добавочный яичник как «третий яичник». Он считал, что таким образом можно описать структуру, расположенную в непосредственной близости к яичнику, а также имеющую свой собственный связочный аппарат [7]. В 1959 г. Wharton описал случай, в котором использовал термин «избыточная ткань». Он пришел к заключению, что данная структура должна быть обособлена от нормального яичника и является следствием врожденных пороков развития мочеполовой системы. В 1991 г. Lachman выдвинул теорию, что дополнительный яичник является приобретенной патологией в связи с миграцией части яичника в область малого таза. Данную структуру автор назвал «имплант» [8]. В качестве причин Lachman выделяет нарушения эмбриогенеза, предшествующие операции на органах малого таза, а также наличие в анамнезе воспалительных заболеваний репродуктивной системы [9]. Согласно данной теории, любая ткань яичника будет рассматриваться в качестве импланта. Таким образом, автор смог объединить два ранее раз-

личаемых состояния «добавочный яичник» и «избыточная ткань» в одно [10].

Дополнительный яичник является одной из редких патологий, которая становится все более распространенной благодаря современным методам визуализации и появлению лапароскопии в гинекологии. Для женщины наличие третьего яичника имеет свои особенности. С одной стороны, данная структура включает в себя дополнительные фолликулы, а с другой – является потенциально злокачественным новообразованием [11].

Согласно последним данным, опубликованным корейскими учеными, наличие дополнительного яичника чаще всего сопровождается онкологическим процессом либо эндометриозом (табл. 1).

Патогенез злокачественной трансформации

Наличие добавочного яичника рассматривается не только как анатомическая аномалия, но и как фактор потенциальной онкологической настороженности. Этиологические предпосылки связаны с нарушениями эмбриогенеза и последующими дизонтогенетическими изменениями ткани, которые могут формировать благоприятные условия для неопластической трансформации.

Ключевую роль в патогенезе злокачественного перерождения играет сочетание хронической гормональной стимуляции, локальных воспалительных реакций и нарушений механизмов апоптоза. Длительная персистенция овариальной ткани в эктопической локализации способствует накоплению соматических мутаций, активации онкогенных сигнальных путей и формированию геномной нестабильности.

Патогенетические механизмы во многом сходны с процессами, наблюдаемыми при эндометриозомидных ки-

стах яичников, где длительное существование гетеротопической ткани сопровождается высоким риском малигнизации. Это подтверждается литературными данными, указывающими на развитие в добавочном яичнике серозных, муцинозных и гранулезно-клеточных новообразований.

Клинический случай

В нашей работе описывается клинический случай 23-летней женщины, поступившей в гинекологическое отделение ГБУЗ «РКБ им. С.В. Каткова». При поступлении пациентка жаловалась на ноющие боли внизу живота, больше справа, повышение температуры тела до 37°C.

Из истории болезни. Последняя менструация произошла 02.10.2024, в срок, без особенностей. На протяжении месяца пациентка испытывала ноющие боли внизу живота, преимущественно справа. Отмечалось повышение температуры до 37°C. Амбулаторно в сентябре 2024 г. получала антибактериальную терапию (амоксциллин, трихопол, левофлоксацин) – без видимого эффекта. В связи с нарастанием вышеуказанных симптомов бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в ГБУЗ «РКБ им. С.В. Каткова». Госпитализирована после осмотра и ультразвукового исследования (УЗИ) в гинекологическое отделение.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: в последние 3 мес не было контактов с инфекционными больными, прибытие из эпидемически неблагополучных стран или регионов за последние 2 нед также отрицает. Пребывание в транспортных средствах, следовавших из таких мест, аналогично отрицает. За последние 3 нед не наблюдалось жидкого стула. Пациентка не привита от гриппа и COVID-19, хотя в 2020 г. перенесла COVID-19. Перенесенные заболевания – только простудные. Гепатит типов А, В, С, туберкулез, ВИЧ, онкологические и венерические заболевания отрицает. За последние 6 мес не было парентеральных вмешательств. Отрицает травмы, ожоги, раны и сахарный диабет. Документированные сведения об иммунизации (против кори, дифтерии, гепатита В и других заболеваний) отсутствуют. Вредные привычки отсутствуют. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные средства: тетрациклин (сыпь). Кровь и компоненты крови не переливали. Менструальная функция: менструации с 12 лет по 5 дней, через 28–30 дней, регулярные, болезненные. Последняя менструация 02.10.2024, в срок. Брак: зарегистрирован. Беременность – 1, роды – 1, медицинский аборт – 0, самопроизвольный выкидыш – 0. Гинекологические заболевания: хронический аднексит, киста правого яичника. Заболевания молочных желез: нет.

Данные клинического, лабораторного и лучевого обследования. *Status genitalis:* наружные половые органы сформированы правильно, с типичным женским оволосением; паховые лимфоузлы не увеличены и безболезненные; уретра и парауретральные железы без изменений, отделяемое отсутствует; барто-

лиевы железы в норме. В зеркалах: слизистая оболочка влагалища обычной окраски, без видимых патологических изменений, складчатость в пределах нормы; шейка матки цилиндрическая, слизистая не изменена, наружный зев закрыт. Наблюдаются скудные сукровичные выделения. Бимануально: тело матки в положении *anteflexio*, немного больше обычных размеров, округлое, подвижное, чувствительное и плотное. Левые придатки матки увеличены, умеренно подвижные, тестоватой консистенции, чувствительные при пальпации. Справа придатки также увеличены, тестоватые и чувствительные при осмотре. Движения за шейку матки вызывают чувствительность. Своды: свободные, глубокие.

Результаты инструментальных методов исследования. УЗИ органов малого таза: матка в положении *anteflexio*; размеры матки 4,9×3,9×4,6 см, контуры матки ровные, четкие; структура миометрия неоднородная, визуализируются интерстициально субсерозные узлы до 1,6 см, а также полиморфные участки с продольными акустическими тенями; эндометрий – 1,0 см; полость матки не расширена, шейка матки не утолщена, контуры ровные, неоднородная – анэхогенные структуры до 0,4 см; эндоцервикс не утолщен; цервикальный канал не расширен. В проекции правого яичника визуализируется анэхогенная структура 2,7×2,1 см, также визуализируется гипоэхогенная структура 4,5×2,4 см. Левый яичник – 2,5×1,5 см; структура неоднородная – анэхогенная структура 1,5 см; визуализируется извитая гипоэхогенная структура 2,0×1,6 см. Заключение: УЗ-признаки аденомиоза тела матки в сочетании с узлообразованием, кист шейки матки, кисты правого яичника, двухстороннего гидросальпинкса.

Лабораторные анализы. Динамика показателей общего анализа крови и мочи, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и уровня фибриногена представлена в табл. 2–4.

Сахар крови от 09.10.2024: 5,0 ммоль/л. Общий анализ мочи от 09.10.2024: цвет желтый, прозрачная; удельный вес – м/м; следы белка; лейкоциты – 2–3 в поле зрения;

Таблица 2. Динамика показателей общего анализа крови
Table 2. Dynamics of complete blood count parameters

Показатель	Дата		
	08.10.2024	12.10.2024	16.10.2024
Гемоглобин, г/л	136	130	126
Эритроциты, ×10 ¹² /л	4,4	4,3	4,12
Гематокрит, %	43	–	38
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	8,1	13,8	9,1
Палочкоядерные нейтрофилы, %	–	2	–
Сегментоядерные нейтрофилы, %	76	86	73
Лимфоциты, %	22	10	20
Моноциты, %	2	2	7
Гематокрит, %	–	39	–
Тромбоциты, ×10 ⁹ /л	–	244	–
СОЭ, мм/ч	10	19	12

Таблица 3. Динамика показателей общего анализа мочи
Table 3. Dynamics of urinalysis parameters

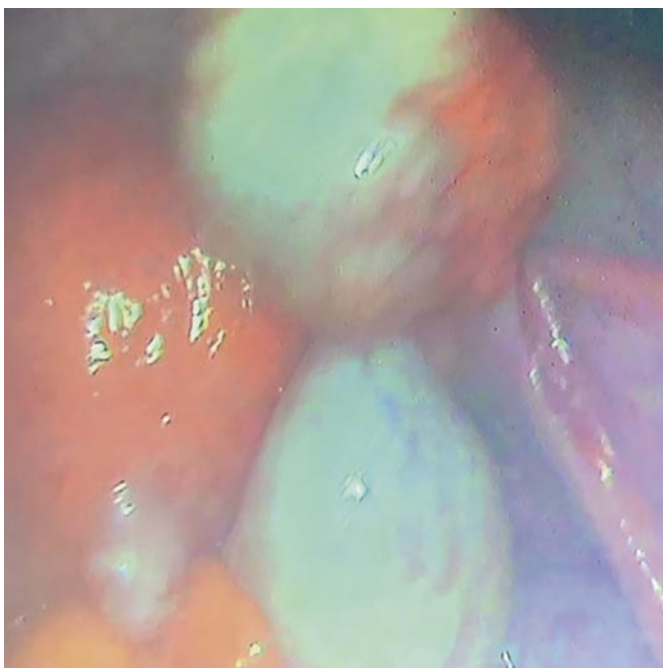
Показатель	Дата	
	09.10.2024	16.10.2024
Цвет	Желтый	Желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Удельный вес	м/м	10 ¹²
Белок	Следы	Нет
Эритроциты	2–3 в поле зрения	1–3 в поле зрения
Лейкоциты	2–4 в поле зрения	1–2 в поле зрения
Эпителий	2–4 в поле зрения	1–3 в поле зрения

Таблица 4. Динамика показателей коагулограммы (АЧТВ, фибриноген)
Table 4. Dynamics of coagulation profile parameters (APTT, fibrinogen)

Показатель	Дата	
	09.10.2024	16.10.2024
АЧТВ, с	24	22
Фибриноген, г/л	2490	3400

Рис. 1. Лапароскопическое изображение органов малого таза. На изображении визуализируются три округлые структуры, схожие по внешнему виду с яичниками. Овальная структура в центре с гладкой капсулой и васкулярным рисунком – предположительно добавочный (третий) яичник. Справа и слева от него – структуры, соответствующие нормально расположенным яичникам. Цвет и структура поверхности соответствуют морфологии яичников. Визуализируются воронко-тазовая связка и, вероятно, фаллопиевы трубы вблизи основной структуры.

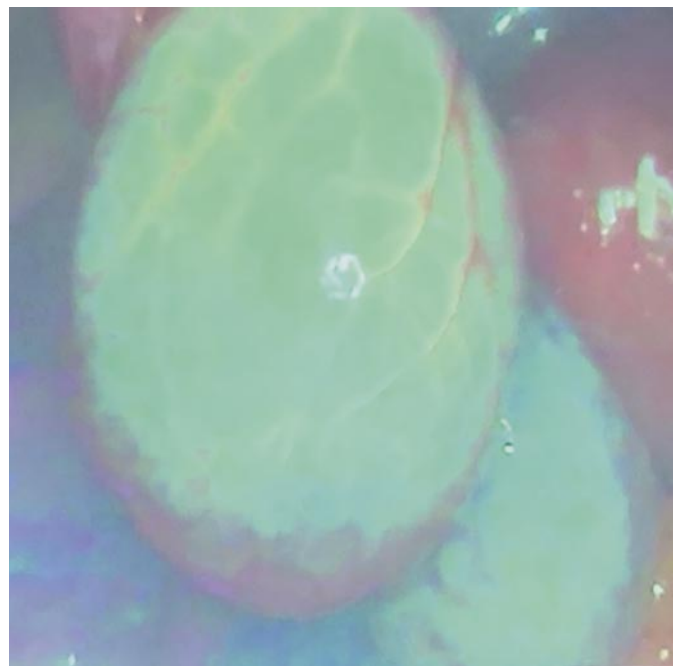
Fig. 1. Laparoscopic view of the pelvic cavity. The image demonstrates three oval structures resembling ovarian tissue. The central structure, with smooth surface and visible vascular pattern, is identified as a presumed accessory (third) ovary. Structures on the left and right sides appear consistent with normally located ovaries. The observed anatomy suggests typical ovarian morphology. The infundibulopelvic ligament and portions of the fallopian tubes may be visible adjacent to the ovaries.



эпителий – 24 в поле зрения; эритроциты – 2–3 в поле зрения; бактерии ++. Мазок на онкоцитологию от 10.10.2024 – отрицательный. Анализ на антитела к ви-

Рис. 2. Лапароскопическое изображение добавочного яичника (увеличение). В центре изображения – добавочный яичник, овальной формы, с выраженным сосудистым рисунком на капсуле. Видна выраженная капсула с характерным сетчатым сосудистым рисунком, типичным для яичниковой ткани. Контуры четкие, структура умеренно плотная. Признаков некроза, перекрута или кистозных включений не выявлено. Фиксация к окружающим структурам отсутствует (нет выраженной воронко-тазовой связки), что подтверждает атипичное расположение.

Fig. 2. Laparoscopic close-up of the accessory ovary. The central ovoid structure is an accessory ovary, with a clearly demarcated capsule and prominent surface vasculature. The vascular network over the capsule is typical of ovarian tissue. No signs of necrosis, torsion, or cystic degeneration are observed. The ovary appears unattached to the infundibulopelvic ligament, supporting its ectopic location.



русу иммунодефицита человека от 09.10.2024: не обнаружены.

Обсуждение

На основании жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания и результатов ультразвуковой диагностики органов малого таза был выставлен диагноз: обострение хронического воспаления матки и придатков. Пациентке была предложена диагностическая лапароскопия.

Во время операции были обнаружены одна фенотипически нормальная матка и две фаллопиевы трубы, расположенные в анатомически нормальном положении. Также были визуализированы два яичника с левой стороны, на каждом из которых имелась собственная яичниковая связка, однако только один из этих двух яичников был прикреплен к воронко-тазовой связке (рис. 1, 2). С правой стороны находился один нормально расположенный яичник с кистозным образованием. В ходе операции было произведено удаление кисты правого яичника и импланта слева. Биопсия образования, не прикрепленного к воронко-тазовой связке, подтвердила наличие ткани яичника.

Онкологическая настороженность и патогенетические аспекты малигнизации

Несмотря на то что данный случай является редким, в литературных источниках есть информация, которая указывает на необходимость онкологической оценки. Известно, что эктопически расположенная овариальная ткань нередко подвергается хроническому воздействию гормонов и локальных воспалительных факторов. Постепенные изменения микроциркуляции и нарушение механизмов апоптоза приводят к клеточной нестабильности и формированию атипичных структур, что при определенных условиях может запускать процессы неоплазии.

Особый интерес представляют молекулярные механизмы, схожие с таковыми при опухолях яичников и эндометриоидных кистах. Установлено, что в таких очагах возможна активация сигнальных путей PI3K/AKT и Wnt/ β -catenin, участвующих в нарушении контроля клеточного цикла. Нарушение экспрессии генов-супрессоров PTEN и ARID1A, а также локальные эпигенетические перестройки способствуют формированию пролиферативных изменений, потенциально предшествующих серозным или муцинозным неоплазиям.

В связи с этим наличие добавочной овариальной ткани требует не только морфологической верифика-

ции, но и дальнейшего динамического наблюдения. Повышенная онкологическая настороженность позволяет своевременно выявлять ранние признаки малигнизации и предотвращать развитие инвазивных форм опухолевого процесса.

Заключение

В связи с нарастанием лапароскопической практики и усовершенствованием хирургической помощи подобные случаи становятся все более распространенными. Несмотря на это, данная особенность женщины остается одной из самых редких патологий, что существенно может затруднить дифференциальную диагностику при постановке диагноза. Таким образом, изучение и публикация подобных случаев являются важными задачами для гинекологов-хирургов. Особое внимание следует уделять методам визуализации и комплексной оценке клинических данных для своевременного выявления и лечения дополнительных яичников.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Кияева Татьяна Александровна – студентка каф. акушерства и гинекологии им. А.П. Марусова ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». E-mail: kiaeva.tanya.2002@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3542-8569

Шубин Даниил Юрьевич – ассистент каф. акушерства и гинекологии им. А.П. Марусова ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». E-mail: daniilshubin13rus@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4582-9181

Нечайкин Андрей Степанович – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии им. А.П. Марусова ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». E-mail: nechaykinas@rambler.ru; ORCID: 0000-0003-3825-4850

Абрамова Светлана Викторовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии им. А.П. Марусова ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». E-mail: elasv@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0609-4912

Матявина Юлия Михайловна – студентка каф. акушерства и гинекологии им. А.П. Марусова ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». E-mail: MatiaYulia@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6125-8965

Поступила в редакцию: 04.12.2025

Поступила после рецензирования: 15.12.2025

Принята к публикации: 18.12.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Tatyana A. Kiyeva – Student, Ogarev National Research Mordovian State University. E-mail: kiaeva.tanya.2002@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3542-8569

Daniil Yu. Shubin – Assistant, Ogarev National Research Mordovian State University. E-mail: daniilshubin13rus@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4582-9181

Andrey S. Nechaykin – Cand. Sci. (Med.), Ogarev National Research Mordovian State University. E-mail: nechaykinas@rambler.ru; ORCID: 0000-0003-3825-4850

Svetlana V. Abramova – Cand. Sci. (Med.), Ogarev National Research Mordovian State University. E-mail: elasv@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0609-4912

Yulia M. Matyavina – Student, Ogarev National Research Mordovian State University. E-mail: MatiaYulia@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6125-8965

Received: 04.12.2025

Revised: 15.12.2025

Accepted: 18.12.2025