

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD679965>

EDN: VYHACY

Внеуретральное недержание мочи у пациентки с врожденной аномалией развития мочеполовой системы

М.А. Мануйлова¹, Р.С. Задорожний¹, О.В. Тарабанова^{1,2}, Г.Э. Алексеев^{2,3}, Н.А. Роговец³, Р.Б. Жане¹, А.В. Журавлева¹

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;

² ЛДЦ «Клиника Солнечная», Краснодар, Россия;

³ G-Point Clinic, Краснодар, Россия.

АННОТАЦИЯ

Как правило, диагностика и лечение недержания мочи не вызывают затруднений, поскольку в мире уже накоплен большой опыт решения данной проблемы. Однако диагноз «внеуретральное недержание мочи» встречается достаточно редко. Необходимо помнить, что мочеиспускание — многокомпонентный процесс, а механизмы его нарушений крайне разнообразны, в связи с этим при определении персонализированной тактики лечения клиницисту необходимо помнить о возможной связи мочевого симптома с аномалиями развития мочеполовой системы.

Пациентка Б., 42 лет, на первичном осмотре у врача акушера-гинеколога жаловалась на непроизвольное подтекание мочи, не связанное ни с одним из факторов, способствующих недержанию. При сборе гинекологического анамнеза отмечала эпизоды недержания мочи с детского возраста, однако причину их возникновения установить не удалось. В репродуктивном возрасте пациентка отмечала эпизоды недержания мочи частотой до 2 раз в неделю или их отсутствия в течение 3 нед. В акушерском анамнезе — три доношенные физиологические беременности, наступившие самостоятельно, завершившиеся неосложненными срочными родами. Ни один метод инструментальной диагностики не дал полной информации о той или иной патологии.

В клинической практике встречаются такие редкие случаи, как приведенный в статье. На их исход могут повлиять неполная диагностика на одном из этапов, ошибки специалистов при оценке результатов дообследования и, как следствие, выбор некорректной хирургической тактики и возникновение осложнений. Клиницисты, занимающиеся лечением недержания мочи у женщин, должны четко представлять врожденные пороки развития мочеполовой системы, их эмбриологическое развитие, возможности диагностики и лечения.

Ключевые слова: недержание мочи; киста гартнерова хода; аномалия развития мочеполовой системы; диагностика; лечение.

Как цитировать

Мануйлова М.А., Задорожний Р.С., Тарабанова О.В., Алексеев Г.Э., Роговец Н.А., Жане Р.Б., Журавлева А.В. Внеуретральное недержание мочи у пациентки с врожденной аномалией развития мочеполовой системы // Журнал акушерства и женских болезней. 2025. Т. 74. № 5. С. 127–133. DOI: 10.17816/JOWD679965 EDN: VYHACY

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD679965>

EDN: VYHACY

Extraurethral Urinary Incontinence in a Patient With a Congenital Urogenital Abnormality

Maria A. Manuilova¹, Rodion S. Zadorozhny¹, Olga V. Tarabanova^{1,2}, Georgy E. Alekseev^{2,3}, Nelli A. Rogovets³, Ruzana B. Zhane¹, Anna V. Zhuravleva¹

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia;

² Solnechnaya Clinic, Krasnodar, Russia;

³ G-Point Clinic, Krasnodar, Russia

ABSTRACT

Diagnosis and treatment of urinary incontinence generally pose no difficulties, as substantial global experience has been accumulated in solving this problem. However, the diagnosis of extraurethral urinary incontinence is relatively rare. It is crucial to remember that the mechanics of urination is a multi-component process, and the mechanisms of its impairment are extremely diverse. Thus, in determining a personalized treatment strategy, the clinician must consider the possible association of urinary symptoms with congenital urogenital abnormalities.

Patient B., 42, during her initial examination by an obstetrician-gynecologist, complained of involuntary urine leakage, unrelated to any factors contributing to urinary incontinence. Collecting her gynecological history revealed episodes of urinary incontinence since childhood, but the cause remained undetermined. In reproductive age, the patient experienced incontinence episodes up to twice a week but could stay "dry" for three weeks. Her obstetric history includes three normal full-term pregnancies, all of which ending in uncomplicated term deliveries. No diagnostic method provided complete information on any pathology.

Rare clinical cases like the one presented in this article can be influenced by incomplete diagnosis at one stage, errors in evaluating further examination results, and, as a consequence, incorrect surgical tactics and subsequent complications. Clinicians treating urinary incontinence in women must have a clear understanding of congenital urogenital abnormalities, their embryological development, as well as diagnostic and treatment options.

Keywords: urinary incontinence; Gartner's duct cyst; congenital urogenital abnormality; diagnosis; treatment.

To cite this article

Manuilova MA, Zadorozhny RS, Tarabanova OV, Alekseev GE, Rogovets NA, Zhane RB, Zhuravleva AV. Extraurethral Urinary Incontinence in a Patient With a Congenital Urogenital Abnormality. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2025;74(5):127–133. DOI: 10.17816/JOWD679965 EDN: VYHACY

ОБОСНОВАНИЕ

Как правило, диагностика и лечение недержания мочи не вызывают затруднений, поскольку в мире уже накоплен большой опыт решения данной проблемы. Исследование, проведенное на основе данных Национального исследования состояния здоровья и питания в США, показало следующую распространенность различных типов недержания мочи среди женщин в 2017–2018 гг.: стрессовое недержание мочи выявлено у 45,9% (95% доверительный интервал 42,1–49,7) пациенток, императивное — у 31,1% (95% доверительный интервал 28,6–33,6), смешанное — у 18,1% (95% доверительный интервал 15,7–20,5). Преобладание смешанного и императивного недержания мочи было выше среди женщин старше 60 лет [1]. Систематический обзор, проведенный для оценки глобальной распространенности и экономической нагрузки императивного недержания мочи, показал различные оценки распространенности: от 1,8 до 30,5% в европейских популяциях, от 1,7 до 36,4% — в США и от 1,5 до 15,2% — в азиатских популяциях, причем распространенность зависит от возраста и пола. В то время как на долю других типов недержания приходится от 5 до 10% случаев [2]. Соответственно, диагноз «внеуретральное недержание мочи» встречается достаточно редко.

Необходимо помнить, что механика мочеиспускания — многокомпонентный процесс, а механизмы его нарушений крайне разнообразны. В связи с этим при определении персонализированной тактики лечения клиницист должен знать о возможной связи мочевого симптомов с аномалиями развития мочеполовой системы.

Представленный случай уникален тем, что он описывает необычную, редко встречающуюся в практической медицине аномалию мочеполовой системы, ее вариант течения, особенности диагностики и лечения

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

О пациенте

Пациентка Б., 42 лет, обратилась по поводу недержания мочи в клинику Кубанского государственного медицинского университета. При первичном осмотре у специалиста она жаловалась на непроизвольное подтекание мочи, не связанное ни с одним из факторов, способствующих недержанию. Частота возникновения эпизодов подтекания мочи у данной пациентки ассоциирована с возрастом. При сборе гинекологического анамнеза женщина отмечала эпизоды недержания мочи с детского возраста, что и послужило поводом ее обращения к урологу и гинекологу, однако причину возникновения проблемы установить не удалось. В репродуктивном возрасте пациентка отмечала эпизоды недержания мочи частотой до 2 раз в неделю или их отсутствие в течение 3 нед. Подтекание мочи она не связывала ни с физической нагрузкой, ни с кашлем,

ни со смехом, ни с половым актом, но при этом оно происходило без позыва к мочеиспусканию и чувства необходимости посетить туалет. В акушерском анамнезе — три доношенные физиологические беременности, наступившие самостоятельно, завершившиеся неосложненными срочными родами.

Результаты обследования

Сбор анамнеза, изучение дневника мочеиспускания пациентки, а также физикальное обследование были недостаточно информативны. Дневник мочеиспускания пациентка заполняла в течение 4 сут 2 раза в месяц. При анализе данных первых четырех дневников мочеиспускания эпизоды недержания мочи не выявлены. При второй попытке заполнения дневника мочеиспускания пациентка указала два эпизода недержания мочи, не связанных ни с одной вышеперечисленной причиной.

В дальнейшем диагностическом поиске применены методы инструментальной диагностики. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) уретровезикального сегмента признаков его дислокации и сфинктерной недостаточности не выявлено. По данным УЗИ органов малого таза: признаки субмукозной миомы матки 2-го типа по классификации Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), размером 8×9×7 см, а также признаки кистозного образования влагалища. Эхографическое описание последнего соответствовало кисте гартнерова хода размером 3×4×7 см с муцинозным содержимым, расположенной в правом боковом своде влагалища. В ходе гистероскопического исследования с последующим разделным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала выявлены расширение и деформация полости матки за счет субмукозного миоматозного узла размером 8×9×7 см. На дооперационном этапе не удалось установить истечение мочи из цервикального канала.

Дифференциальный диагноз

Для исключения дисфункциональных нарушений со стороны нижних мочевых путей выполнено комплексное уродинамическое исследование, показавшее нормосенсорный нормоконтрактильный мочевой пузырь. На основе данных анамнеза и УЗИ пациентке назначена компьютерная томография с контрастированием для исключения аномалий развития мочевыделительной системы. По результатам исследования органической патологии не выявлено, мочевые пути контрастированы типично, отмечены признаки субмукозного узлового образования тела матки.

В то же время при рутинном гинекологическом осмотре киста гартнерова хода, обнаруженная при УЗИ, в зеркалах не визуализирована и бимануально не пальпировалась [3, 4]. По данным лабораторных анализов функция почек не нарушена.

Лечение

С учетом жалоб пациентки, анамнеза заболевания и результатов обследования, было решено выполнить хирургическое вмешательство в объеме влагалищной гистерэктомии с лапароскопической ассистенцией, энуклеации кистозного образования под интраоперационной ультразвуковой навигацией [5–8].

Перед началом операции установлен стент внутреннего дренирования мочеточников с обеих сторон для пальпаторного контроля хода последних в тканях. При этом цистоскопических признаков патологии мочевого пузыря, а также его сдавления извне не выявлено. Вагинальным доступом выполнен циркулярный разрез слизистой оболочки влагалища на шейке матки, что позволило визуализировать нижний полюс кистозного

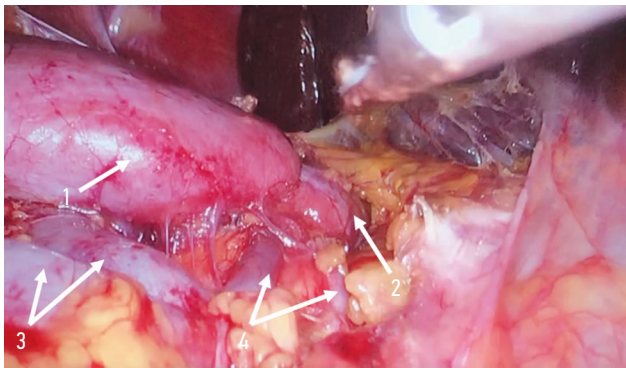


Рис. 1. Забрюшинное пространство. Добавочная почка. 1 — основная правая почка; 2 — удвоенная правая почка; 3 — сосудистая ножка основной почки; 4 — сосудистая ножка удвоенной почки.

Fig. 1. Retroperitoneum. An additional kidney. 1, main right kidney; 2, doubled right kidney; 3, vascular pedicle of the main kidney; 4, vascular pedicle of the doubled kidney.

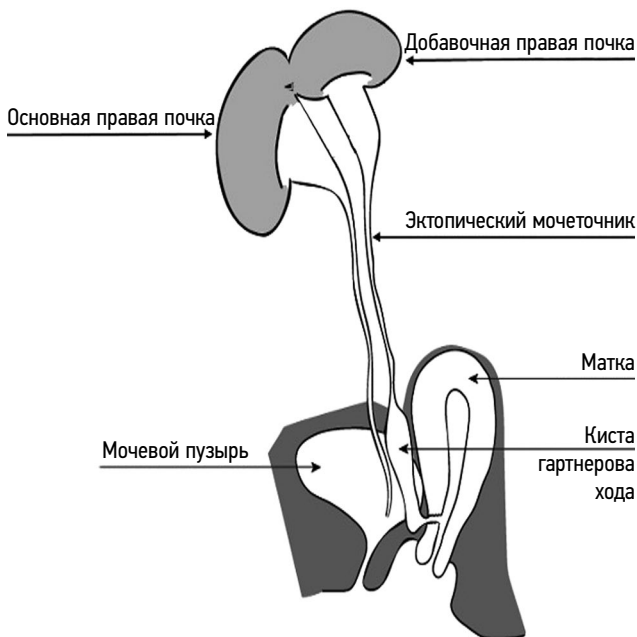


Рис. 2. Представление об анатомической аномалии после оперативного лечения.

Fig. 2. An idea of an anatomical anomaly after surgical treatment.

образования, прилегающий к шейке матки по правому ребру.

Дальнейшая диссекция позволила в дне образования пальпаторно выявить втяжение: при его зондировании инструмент беспрепятственно прошел на глубину 25 см параллельно стентированному правому мочеточнику (визуализация лапароскопическая). Во время ультразвукового сканирования зонд определен в просвете соединительнотканного образования, расширяющегося в проксимальном отделе и содержащего жидкостный компонент. В связи с этим далее проведена ретроградная фистулография: обнаружена полость, по своему контуру напоминающая мочеточник с цистоидом.

Следует отметить, что при гистерэктомии было решено сохранить возможность дренирования кистозного образования, поэтому она проведена в объеме влагалищной экстирпации матки и резекции 2/3 стенки кисты с последующей марсупиализацией. Капсула кисты отправлена на прижизненное патологоанатомическое исследование. По его результатам установлено, что внутренняя выстилка кистозного образования состоит из кубического и низкого цилиндрического эпителия. В ходе нарезки исследуемого материала гистологи отметили свищевой ход между стенкой кисты и шейкой матки.

В последующем для уточнения характера аномалии проведена ангиография почечных артерий: обнаружена удвоенная почка справа. Таким образом, вышеописанный диагностический поиск позволил выявить аномалию развития мочевыделительной системы в виде удвоенной правой почки с *ureter duplex* и его эктопией в кисту гартнерова хода, а также формированием свищевой ходы между данной кистой и цервикальным каналом шейки матки (рис. 1, 2).

Динамика и исходы

После резекции удвоенной почки с *ureter duplex* и последующего гистологического исследования ткани удвоенной почки в ней обнаружена дилатация чашечно-лоханочной системы, атрофия клеток канальцев и только 15% функционировавших нефронов. Пациентку перестали беспокоить эпизоды недержания мочи.

Прогноз

Перенесенное хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения сложной сочетанной патологии. Его цель — полное устранение анатомической аномалии и профилактика серьезных осложнений. Отдаленный прогноз при соблюдении медицинских рекомендаций авторы считают благоприятным.

1. Прогноз в аспекте здоровья.

Состояние стабилизировано, так как операция решает ключевую проблему — позволяет устранить очаг инфекции и дискомфорта. Удаление кисты и матки ликвидирует хронический источник потенциального воспаления и болевого синдрома.

Профилактика рецидива заключается в том, что марсупиализация предотвращает повторное накопление жидкости в оставшейся полости.

Ликвидирована урологическая аномалия: удаление добавочной почки и мочеточника полностью исключает риск связанных с ними осложнений (пиелонефрита, гидронефроза, нарушения оттока мочи).

Здоровая пара почек (удвоенная почка), как правило, полностью компенсирует функцию удаленной почки, но необходим пожизненный контроль: регулярные обследования, ежегодное УЗИ почек, контроль артериального давления, анализы крови, оценка содержания креатинина и расчет скорости клубочковой фильтрации для мониторинга функции почек.

В профилактических целях следует избегать нефротоксических препаратов (таких как **ибупрофен**, **диклофенак**), поддерживать адекватный питьевой режим, соблюдать сбалансированную диету с умеренным потреблением белка и соли.

Влияние на гормональный фон: если во время операции были сохранены яичники, то хирургическая менопауза не наступает. Яичники продолжают вырабатывать половые гормоны, что предотвращает раннее появление симптомов климакса (приливов, остеопороза и др.).

Риски: как и после обширной операции, в отдаленном периоде существует невысокий риск образования спаек в малом тазу. Возможны изменения в анатомии тазового дна, связанные с удалением матки, в редких случаях можно дополнительно уделить внимание укреплению мышц тазового дна.

2. Прогноз в аспекте социальной адаптации.

Ожидается значительное улучшение качества жизни, так как ликвидирован процесс подтекания мочи.

После периода полного заживления (2–3 мес.) интимная жизнь может быть возобновлена. Важно дать тканям полностью восстановиться. Отсутствие матки не влияет на либидо или ощущения при половом акте. Психологический комфорт повышается благодаря устранению основной медицинской проблемы.

Улучшение психологического состояния: разрешение многокомпонентной health-проблемы обычно приводит

к снижению тревожности и повышению качества жизни. Однако период адаптации к новому состоянию может потребовать времени. Возможны консультации психолога для успешной адаптации.

3. Прогноз в аспекте жизни в целом.

После завершения реабилитационного периода (3–6 мес.) ограничений по трудоспособности нет. Можно заниматься спортом, вести активный образ жизни, но избегать травмоопасных видов спорта.

Ключевое изменение в повседневной жизни — необходимость ответственного отношения к здоровью оставшейся почки, включая регулярные медицинские осмотры и здоровый образ жизни (отказ от курения, контроль массы тела, умеренная физическая активность).

В долгосрочной перспективе при соблюдении всех рекомендаций ожидаем благоприятный прогноз. Женщина может вести полноценную жизнь без существенных ограничений.

Важно отметить, что данный прогноз носит общий характер. Индивидуальные риски и особенности восстановления могут варьироваться. Ключ к успеху — постоянное динамическое наблюдение у уролога, нефролога и гинеколога.

Временная шкала

На рис. 3 описаны ключевые события клинического случая с использованием шкалы времени, расположенные в хронологическом порядке.

ОБСУЖДЕНИЕ

Киста гартнерова хода — доброкачественное эмбриональное новообразование, чаще всего локализующееся в переднебоковой стенке влагалища; оно выстлано несекреторными кубовидными, столбчатыми эпителиальными клетками. По статистике кисты гартнерова хода встречаются у 0,1–0,2% женщин. К группе риска относят женщин в возрасте 20–75 лет, пиковый возрастной диапазон заболеваемости составляет 20–30 лет. Кисты гартнерова хода составляют 12% кист влагалища. Не выявлена прямая корреляция патологии с географическим, этническим и расовым критериями [9, 10].

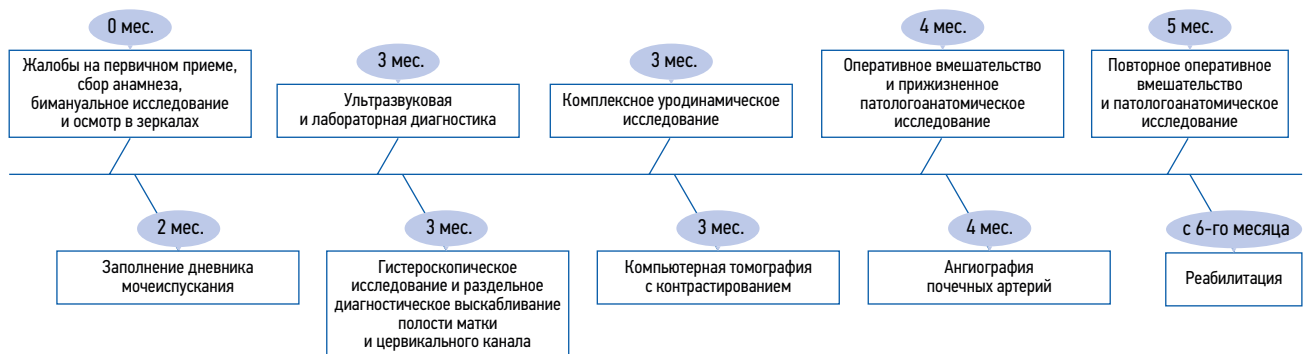


Рис. 3. Хронология развития болезни, ключевые события.

Fig. 3. Disease timeline and milestones.

В настоящем клиническом случае жалобы на непроизвольное подтекание мочи, не ассоциированные ни с одним из факторов, способствующих недержанию, были вызваны эктопией удвоенного мочеточника в кисту гартнерова хода и связью последней с шейкой матки. Зачастую диагностика причин недержания мочи не вызывает затруднений у врачей. Приведенный клинический случай показал важность не только соблюдения комплексного подхода во время диагностического поиска, но и квалификации специалистов, участвующих в нем. В данном клиническом случае диагностическая ошибка заключалась в отсутствии визуализации удвоенной почки и мочеточника справа при компьютерной томографии с контрастированием и невыполненный просмотр лечащим врачом сканов. Это привело к отсутствию понимания аномалии развития мочеполовой системы у данной пациентки перед планируемым хирургическим вмешательством.

Ни один метод инструментальной диагностики не дает полной информации о той или иной патологии. В структуре причин недержания мочи существуют как анатомические нарушения, так и функциональные, дифференцируемые с помощью нескольких методик. В клинической практике встречаются подобные редкие случаи, и на их исход могут повлиять неполная диагностика на одном из этапов, ошибки специалистов при оценке результатов дообследования и, как следствие, выбор некорректной хирургической тактики, а также возникновение осложнений. Например, полное иссечение кисты гартнерова хода у представленной пациентки сделало бы невозможным дальнейшее дренирование эктопированного мочеточника, что в свою очередь могло привести к формированию забрюшинного абсцесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиницисты, занимающиеся лечением недержания мочи у женщин, должны четко представлять врожденные пороки развития мочеполовой системы, их эмбриологическое развитие, возможности диагностики и лечения. Эктопические мочеточники у пациенток часто не выявляют до совершеннолетия, особенно если они не связаны с нарушением функции почек и тяжелой формой недержания мочи у ребенка.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.А. Мануйлова, Р.С. Задорожний, Г.Э. Алексеев, Р.Б. Жане, А.В. Журавлева — проведение исследования, анализ данных; О.В. Тарабанова — определение концепции, написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи; Н.А. Роговец — написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Благодарности. Авторы выражают признательность сотрудникам Кубанского государственного медицинского университета и клинике данного учреждения доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 И.И. Куценко, кандидату медицинских наук, заведующей отделением оперативной гинекологии Т.Г. Мелконянц, кандидату медицинских наук, заведующей отделением ультразвуковой диагностики Н.В. Наумовой за критические замечания и помощь в подготовке черновика рукописи.

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное информированное добровольное согласие пациента на публикацию персональных данных, в том числе фотографий в научном журнале, включая его электронную версию (дата подписания 29.01.2024). Объем публикуемых данных с пациентом согласован.

Источник финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Все данные, полученные в настоящем исследовании, представлены в статье.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внутренних рецензента.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: M.A. Manuilova, R.S. Zadorozhny, G.E. Alekseev, R.B. Zhane, A.V. Zhuravleva: investigation, formal analysis; O.V. Tarabanova: conceptualization, writing—original draft, writing—review & editing; N.A. Rogovets: writing—original draft, writing—review & editing. All the authors approved the version of the manuscript to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Acknowledgments: Авторы выражают признательность сотрудникам Кубанского государственного медицинского университета и клинике данного учреждения доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 И.И. Куценко, кандидату медицинских наук, заведующей отделением оперативной гинекологии Т.Г. Мелконянц, кандидату медицинских наук, заведующей отделением ультразвуковой диагностики Н.В. Наумовой за критические замечания и помощь в подготовке черновика рукописи.

Consent for publication: Written informed consent was obtained from the patient for publication of personal data, including photographs, in a scientific journal and its online version (signed on January 29, 2024). The scope of the published data was approved by the patient.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests over the past three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: The authors did not use any previously published information (text, illustrations, or data) in this work.

Data availability statement: All data obtained in this study are available in this article.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two in-house reviewers.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Abufaraj M, Xu T, Cao C, et al. Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(2):166.e1–166.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2021.03.016 EDN: FCLKEN
2. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, et al. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol.* 2013;65(1):79–95. doi: 10.1016/j.eururo.2013.08.031
3. Anderson SR. Benign vulvovaginal cysts. *Diagn Histopathol.* 2016;23(1):14–18. doi: 10.1016/j.mpdhp.2016.11.003
4. Dagdeviren H, Helvacioğlu C, Kanawati A, et al. Posterior vaginal wall cyst mimicking rectocele. *J Pregnancy Child Health.* 2017;04(02). doi: 10.4172/2376-127x.1000306
5. Binsaleh S, Al-Assiri M, Jednak R, et al. Gartner duct cyst simplified treatment approach. *Int Urol Nephrol.* 2006;39(2):485–487. doi: 10.1007/s11255-006-9049-x
6. Cope AG, Laughlin-Tommaso SK, Famuyide AO, et al. Clinical manifestations and outcomes in surgically managed Gartner duct cysts. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(3):473–477. doi: 10.1016/j.jmig.2017.01.003
7. Mikos T, Finitis S, Gerede A, et al. Vaginal excision of a large gartner duct cyst. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(7):1132–1133. doi: 10.1016/j.jmig.2018.02.007
8. Klappan A, Ackermann F, Promm M, et al. Gartner's duct cysts – an interdisciplinary management is needed. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde.* 2018. doi: 10.1055/s-0038-1671247
9. Thapa BD, Regmi MC. Gartner's duct cyst of the Vagina: a case report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58(227):505–507. doi: 10.31729/jnma.5009 EDN: DTNQDM
10. Tiwari C, Shah H, Desale J, et al. Neonatal Gartner duct cyst: two case reports and literature review. *Dev Period Med.* 2017;21(1):35–37. doi: 10.34763/devperiodmed.20172101.3537

ОБ АВТОРАХ

Мануйлова Мария Андреевна;

ORCID: 0009-0006-0350-6754;

e-mail: mamanuilova@mail.ru

Задорожний Родион Сергеевич;

ORCID: 0009-0006-9068-7388;

e-mail: rodionzadorozhny@yandex.ru

Тарабанова Ольга Викторовна, канд. мед. наук;

ORCID: 0000-0002-0724-3094;

e-mail: ponotar@gmail.com

Алексеев Георгий Эдуардович;

ORCID: 0000-0003-1455-7179;

e-mail: alexeev013@mail.ru

Роговец Нелли Александровна;

ORCID: 0009-0000-0877-2820;

e-mail: rogovets.nelli98@mail.ru

Жане Рузана Байслановна;

ORCID: 0009-0000-9138-0106;

e-mail: ruzanazhane@yandex.ru

*** Журавлева Анна Владимировна;**

адрес: Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана-Седина, д. 4;

ORCID: 0009-0009-5734-342X;

e-mail: annazhuravliov@yandex.ru

AUTHORS INFO

Maria A. Manuilova;

ORCID: 0009-0006-0350-6754;

e-mail: mamanuilova@mail.ru

Rodion S. Zadorozhny;

ORCID: 0009-0006-9068-7388;

e-mail: rodionzadorozhny@yandex.ru

Olga V. Tarabanova, MD, Cand. Sci. (Medicine);

ORCID: 0000-0002-0724-3094;

e-mail: ponotar@gmail.com

Georgy E. Alekseev;

ORCID: 0000-0003-1455-7179;

e-mail: alexeev013@mail.ru

Nelli A. Rogovets;

ORCID: 0009-0000-0877-2820;

e-mail: rogovets.nelli98@mail.ru

Ruzana B. Zhane;

ORCID: 0009-0000-9138-0106;

e-mail: ruzanazhane@yandex.ru

*** Anna V. Zhuravleva;**

address: 4 Mitrofana-Sedina st, Krasnodar, 350063, Russia;

ORCID: 0009-0009-5734-342X;

e-mail: annazhuravliov@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author