

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ
CASE DESCRIPTION

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.3.CASE.1>
УДК 616.381-006.2-089



ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВНЕОРГАННОЙ КИСТЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Б.А. Сахабетдинов¹, Д.Р. Усманова¹, Э.О. Рувинская¹, И.И. Гарипов², А.И. Курбангалеев¹

¹Казанский государственный медицинский университет, ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, Республика Татарстан, 420012, Россия

²Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ул. Оренбургский тракт, д. 138, г. Казань, 420064, Россия

Резюме. *Актуальность.* Представленный клинический случай иллюстрирует проблему лечения внеорганных забрюшинных кист. Внеорганные забрюшинные образования считаются редкой патологией, часто являясь случайными находками при проведении исследований или оперативных вмешательств. *Целью* данной работы является представить описание клинического случая оперативного лечения кисты забрюшинного пространства с длительным анамнезом. *Материалы и методы.* Проводился ретроспективный анализ истории болезни пациентки с внеорганной кистой забрюшинного пространства, проходившей лечение в отделение хирургии №2 РКБ МЗ РТ в мае 2024 г. *Результаты и их обсуждение.* Пациентка З., 64 года, обратилась на приём к хирургу в мае 2024 г. с жалобами на тупую боль в правой подвздошной области. В анамнезе наблюдение по поводу кисты забрюшинного пространства около 15 лет. Пункционная санация в 2009 и 2013 годах в хирургическом отделении №2 РКБ МЗ РТ. Вследствие больших размеров новообразования и спаенности кисты с органами брюшной полости принято решение о конверсии лапароскопии в срединную лапаротомию. *Заключение.* Длительный анамнез, рецидивирование после пункционной санации и наличие болевого синдрома стали решающими в выборе хирургического удаления кисты в данном случае.

Ключевые слова: внеорганная киста [C23.300.306]; забрюшинное пространство [A01.047.025.600.225.500.725]; лапаротомия [E04.210.860.504]; хирургическое лечение [E04]; клинический случай [V02.600.300.200]; пункционная санация [E04.210.300]; лапароскопия [E01.370.388.250.520]; кистэктомия [E04.950.774.329]; ретроперитонеальное новообразование [C04.588.274.623.746]; рецидив [C23.550.717].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Сахабетдинов Б.А., Усманова Д.Р., Рувинская Э.О., Гарипов И.И., Курбангалеев А.И. Описание клинического случая внеорганной кисты забрюшинного пространства. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2025;15(3):183-187. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.3.CASE.1>

DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF EXTRAORGAN RETROPERITONEAL CYST

Bulat A. Sakhabetdinov¹, Diana R. Usmanova¹, Elina O. Ruvinskaya¹, Il'nur I. Garipov², Arsen I. Kurbangaleev¹

¹Kazan State Medical University, st. Butlerova, 49, Kazan, Republic of Tatarstan, 420012, Russia

²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138, Orenburgsky tract st., Kazan, 420064, Russia

Abstract. *Introduction.* The clinical case discussed in this article highlights the challenge of managing extra organ retroperitoneal cysts. Extraorgan retroperitoneal formations are considered a rare pathology, often being incidental findings during examinations or surgical interventions. *The aim* of this work is to describe a clinical case of surgical treatment of a retroperitoneal cyst with a long history. *Materials and methods.* A retrospective analysis of the medical history of a patient with extraorgan retroperitoneal cyst was carried out. She was treated in the surgical department No. 2 of the Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan in May 2024. *Results and their discussion.* Patient Z., 64 years old, consulted a surgeon in May 2024 complaining of dull pain in the right iliac region. The anamnesis includes observation of a retroperitoneal cyst for about 15 years. Puncture sanitation in 2009 and 2013 in the surgical department No. 2 of the Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan. Due to the large size of the neoplasm, a decision was made to perform a midline laparotomy. *Conclusion.* A long history of disease, recurrence after puncture sanitation and the presence of pain syndrome became decisive in the choice of surgical removal of the cyst in this case.

Keywords: extraorgan cyst / Cysts [C23.300.306]; retroperitoneal space [A01.047.025.600.225.500.725]; laparotomy [E04.210.860.504]; surgical treatment / General Surgery [E04]; clinical case / Case Reports [V02.600.300.200]; puncture drainage / Drainage [E04.210.300]; laparoscopy [E01.370.388.250.520]; cystectomy [E04.950.774.329]; retroperitoneal neoplasm [C04.588.274.623.746]; recurrence [C23.550.717].

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

Sources of financing. The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Sakhabetdinov B.A., Usmanova D.R., Ruvinskaya E.O., Garipov I.I., Kurbangaleev A.I. Description of a clinical case of extraorgan retroperitoneal cyst. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health.* 2025;15(3):183-187. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.3.CASE.1>

Введение

Публикации, описывающие случаи внеорганных кист забрюшинного пространства, немногочисленны. Однако в связи с развитием визуализирующих методов исследования и частотой их применения стало появляться всё больше данных о случаях внеорганных кист забрюшинного пространства. Такие кисты вызывают трудности как на этапе диагностики, так и на этапе выбора тактики лечения, так как отсутствуют единые рекомендации в отношении данных пациентов. Эта проблема может разрешиться по мере накопления клинического опыта в отношении таких заболеваний. Внеорганные забрюшинные образования считаются редкой патологией: по данным литературы, частота встречаемости составляет 0,03-1% от всех образований человека [1-3]. При этом часто ретроперитонеальные кисты являются случайной находкой при проведении исследований или оперативных вмешательств [3-5]. Выделяют кисты первичные, имеющие эпителиальную выстилку, и вторичные (ложные), внутренняя поверхность стенки которых представлена грануляционной тканью [2-6]. Этиологией первичных кист (истинных) чаще всего является нарушение эмбрионального развития (дисэмбриогенез), также могут быть паразитарная инвазия, опухолевый процесс. Наиболее частыми причинами вторичных кист являются травматическое повреждение, хирургические вмешательства на органах брюшной полости или забрюшинного пространства, перенесенное воспалительное заболевание забрюшинных органов в анамнезе [5-7]. В течении кист выделяются три периода: бессимптомный, период клинических проявлений, период осложнений [1-3, 8]. Особенностью клиники является частое бессимптомное течение, а наличие симптомов зависит от размера образований и их локализаций, и является результатом сдавления рядом лежащих структур: дискомфорт и боль в животе или в спине, увеличение живота, головные боли, вздутие живота, отёк нижних конечностей и другие [9-12]. Период осложнений может быть связан как непосредственно с патологическим процессом в кисте (нагноение, перфорация, кровоизлияние), так и со сдавлением кистой окружающих её органов (обструкция мочевыводящих путей, кишечная непроходимость, механическая желтуха) [1, 4-8]. Опасность развития данных осложнений создаёт необходимость оперативного лечения пациентов с кистами забрюшинного пространства. Учитывая научно-практическую значимость и малую освещённость в литературе ниже представлен клинический случай оперативного лечения кисты забрюшинного пространства.

Цель исследования: представить описание клинического случая оперативного лечения кисты забрюшинного пространства с длительным анамнезом.

Задачи:

1. Провести ретроспективный анализ клинического случая пациентки с внеорганной кистой забрюшинного пространства, включая данные анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований.

2. Оценить эффективность ранее проведённых пункционных санаций и обосновать необходимость радикального хирургического вмешательства.

3. Изучить особенности хирургического доступа (лапаротомия) при удалении крупных внеорганных кист забрюшинного пространства и сравнить с альтернативными методами (лапароскопия).

Материалы и методы

Проводился ретроспективный анализ истории болезни пациентки с внеорганной кистой забрюшинного пространства, проходившей лечение в отделении хирургии № 2 РКБ МЗ РТ в мае 2024 г.

Результаты

Пациентка 3., 64 года, обратилась на приём к хирургу в мае 2024 г. в РКП МЗ РТ с жалобами на тупую боль в правой подвздошной области. В анамнезе наблюдение по поводу кисты забрюшинного пространства около 15 лет. Пункционная санация в 2009 и 2013 годах в хирургическом отделении № 2 РКБ МЗ РТ. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства: в правой подвздошной области визуализируется анэхогенное образование овальной формы с чёткими ровными контурами, аваскулярное, размерами 140×60 мм. Пациентка была госпитализирована в отделение хирургии № 2 РКБ МЗ РТ для планового оперативного вмешательства. Травмы данной области отрицает. Результаты проведённых ранее исследований: в клиническом анализе крови – HGB: 112.0 г/л; RBC: $3.96 \cdot 10^{12}/л$; HCT: 35.0%; PLT: $252 \cdot 10^9/л$; WBC: $6.54 \cdot 10^9/л$. Биохимический анализ крови – общий белок: 62.0 г/л; альбумин: 39,7 г/л; Билирубин общ.: 12.70 мкмоль/л; Креатинин: 86 мкмоль/л; Мочевина: 4.70 ммоль/л; Калий: 4.5 ммоль/л; Натрий: 145.0 ммоль/л; Глюкоза: 4.90 ммоль/л; АСТ: 22.0 Ед/л; АЛТ: 10.0 Ед/л; ГГТП: 12 Ед/л; Билирубин прямой 2.70 мкмоль/л; СРБ: 1,2 мг/л; Амилаза: 35 Ед/л; ЩФ: 97 Ед/л. Коагулограмма: АПТВ: 30,0 сек; ПВ: 10.5 сек; ПВ по Квику 91%; МНО: 0.89 у.е. Фиброгастродуоденоскопия: Недостаточность кардиального жома. Хронический гастродуоденит. Осмотр гинеколога: Полное выпадение матки и стенок влагалища. Другие исследования – без особенностей. По шкале Caprini – высо-

кий риск венозных тромбозмболий (5 баллов: возраст 61-74 года (+ 2 балла), большое хирургическое вмешательство (+ 2 балла), варикозное расширение вен (+ 1 балл)) – назначен эноксапарин натрия подкожно в дозировке 0,4 мл за 12 часов до оперативного вмешательства, а также через 12 часов после операции 1 раз в сутки 0,4 мл в течение 5 дней.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Состояние питания: удовлетворительное, индекс массы тела – 23,0 кг/м², температура тела – 36,3 °С. Кожные покровы обычные, чистые, склеры обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы и размеров. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Вздутие живота не определяется. В акте дыхания участвует. Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. При поверхностной пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Костно-мышечная система внешне не изменена. Вследствие больших размеров новообразования принято решение о проведении срединной лапаротомии.

Под эндотрахеальным наркозом в условиях ИВЛ после трёхкратной обработки операционного поля раствором антисептика над пупком выполнен разрез кожи, установлен троакар 10 мм, создан карбоксиперитонеум объемом 3 л, установлен видеолaparоскоп. Под видеоконтролем установлен в правой подвздошной области троакар 5 мм. При ревизии печени, тонкого кишечника, париетальной брюшины, желудка патологии не выявлено. В области купола слепой кишки, уходя в забрюшинное пространство визуализируется киста размерами 13×6 см, рыхло спаенная с восходящей толстой кишкой, с большим салником. В связи с чем было принято решение о конверсии доступа лапароскопии в среднесрединную лапаротомию, коррекция операционной раны 2 РСК-10. Произведено выделение кисты из окружающих тканей без повреждения капсулы тупым и острым способом (рис. 1). Гемостаз полости методом электрокоагуляции. Дренаж в малый таз. Послойное ушивание операционной раны. Внутрикожный шов. Асептическая повязка.

Произведена эвакуация около 300 мл прозрачной жидкости. Стенки кисты белесоватого цвета (рис. 2). Материал отправлен на цитологическое и гистологическое исследование.

Продолжительность хирургического вмешательства составила 135 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удалён на вторые сутки. Пациентка выписана на третьи сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

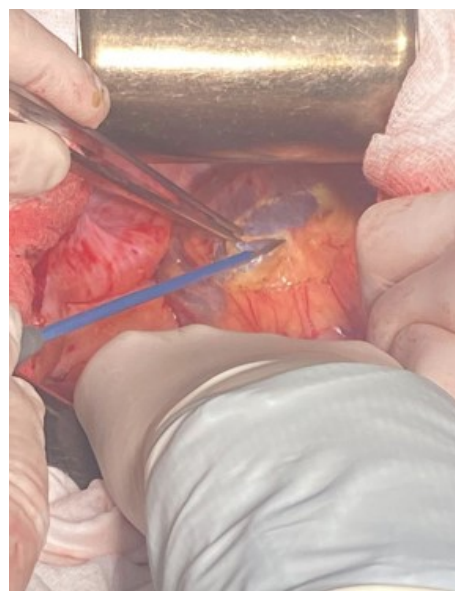


Рисунок 1. Интраоперационная фотография кисты
Figure 1. Intraoperative image of the cyst



Рисунок 2. Киста после извлечения из брюшной полости
Figure 2. Cyst after extraction from the abdominal cavity

Результаты лабораторных методов исследования на момент выписки: общий анализ крови – HGB: 109.0 г/л; RBC: 3.86 10¹²/л; HCT: 34.0%; PLT: 261 10⁹/л; WBC: 8.64 10⁹/л; NEUT%: 73.2%; LYM%: 19.8%; MON%: 6.7%; EO%: 0.2%; BA%: 0.1%; NRBC%: 0.0%; Биохимический анализ крови – Общий белок: 61.50 г/л; альбумин 37,7 г/л; Билирубин общ.: 11.80 мкмоль/л; Креатинин: 96 мкл; Мочевина: 4.60 ммоль/л; Калий: 4.3 ммоль/л; Натрий: 141.0 ммоль/л; Глюкоза: 4.80 ммоль/л; АСТ: 20.0 Ед/л; АЛТ: 12.0 Ед/л; ГГТП: 10 Ед/л; Билирубин прямой: 2.40 мкмоль/л; СРБ: 71,3 мг/л; Амилаза: 33 Ед/л; ЩФ: 127 Ед/л. Коагулограмма: АПТВ: 32,2 сек;

ПВ: 11.2 сек; ПВ по Квику 94%; МНО: 0.99 у.е; фибриноген 3,09 г/л. Общий анализ мочи – Цвет: желтый; прозрачность: слабо-мутная; удельная плотность: 1030; pH: 5.0 ед.; PRO: 0.00 г/л; Лейк.: 4-6 п/зр.; эритроц.: 1-2 п/зр.; эпителий: 2-3 п/зр.; бакт.: 1 + (в небольшом количестве) п/зр.; ураты: 1 + (в небольшом количестве) п/зр. По результатам цитологического исследования аспирата кисты: в осадке жидкости единичные клетки мезотелия. По данным гистологического исследования: в исследованном материале стенки серозной и муцинозной кисты. В данном клиническом случае, согласно результатам гистологического исследования, строение стенки кисты соответствует первичной кисте, поскольку присутствует эпителиальная выстилка. Длительность безрецидивного наблюдения – 6 месяцев.

Обсуждение

В данном клиническом случае присутствовал болевой синдром в правой подвздошной области: хирургическое удаление кисты при этом является основным методом лечения, особенно при больших размерах образования. Дренирование полости кисты может явиться альтернативой хирургическому иссечению, при этом велика вероятность рецидива, так как сохраняется стенка кисты [7, 8, 13]. У данной пациентки в анамнезе дважды проводилось дренирование, отмечался рецидив кисты, поэтому был выбран радикальный метод лечения. В отечественной и зарубежной литературе отмечены единичные случаи описания внеорганных забрюшинных кист, при удалении которых использовались лапароскопический или лапаротомный доступ [2, 7, 14-20]. Нет единого мнения относительно зависимости выбора оперативного доступа и размера внеорганной забрюшинной кисты. Лапароскопический доступ имеет множество преимуществ, но при таком варианте

оперативного доступа существует необходимость в нарушении целостности стенки кисты и аспирации содержимого для извлечения образования. Таким образом содержимое кисты попадает на окружающие ткани, что при отсутствии предоперационной диагностической пункции кисты является нежелательным [7, 8]. Прогноз при хирургическом лечении внеорганных кист забрюшинного пространства, как правило, благоприятный, так как большинство из них являются доброкачественными, а частота рецидивов низкая при их полном удалении [4].

Выводы

Ретроспективный анализ клинического случая подтвердил наличие длительного анамнеза заболевания, рецидивирование после пункционных санаций и необходимость радикального хирургического вмешательства.

Эффективность пункционных методов лечения оказалась временной, что подтверждает необходимость радикального удаления кисты при больших размерах образования и рецидивирующем течении.

Лапаратомическая энуклеация кисты забрюшинного пространства является предпочтительным методом хирургического доступа при крупных внеорганных кистах забрюшинного пространства, так как позволяет минимизировать риск повреждения окружающих тканей и обеспечивает полное удаление образования.

Заключение

Представлен клинический случай хирургического удаления внеорганной кисты забрюшинного пространства. Длительный анамнез, рецидивирование после пункционной санации и наличие болевого синдрома стали решающими в выборе хирургического удаления кисты в данном случае.

Литература [References]

- Омельченко Д.В., Васин А.Б. Результаты хирургического лечения больных с диагнозом «внеорганный злокачественный опухоль забрюшинного пространства». *Креативная хирургия и онкология*. 2023;13(1):45-50. Omelchenko D.V., Vasin A.B. Patients with Primary Malignant Retroperitoneal Tumor: Surgical Treatment Outcomes. *Creative surgery and oncology*. 2023;13(1):45-50. (In Russ.). <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2023-13-1-45-50>
- Тимербулатов М.В., Сакаев Э.М., Щекин С.В., Щекин В.С., Ирназаров Ф.Р., Ахиярова А.А. Лапароскопическое удаление внеорганной забрюшинной кисты больших размеров. *Креативная хирургия и онкология*. 2024;14(2):194-199. Timerbulatov M.V., Sakaev E.M., Shchekin S.V., Shchekin V.S., Irnazarov F.R., Akhiyarova A.A. Laparoscopic removal of a large extraorgan retroperitoneal cyst. *Creative surgery and oncology*. 2024;14(2):194-199. (In Russ.). <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2024-14-2-194-199>
- Ahn J., Chandrasegaram, M.D., Alsaleh, K. et al. Large retroperitoneal isolated fibrous cyst in absence of preceding trauma or acute pancreatitis. *BMC Surg*. 2015;15(25):1-4. <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0016-2>
- Матвеев И.В., Данилов М.А., Карнаухов Н.С. Внеорганный мезотелиальный киста брюшной полости. Клиническое наблюдение. *Хирургия и онкология*. 2023;13(3):44-48. Matveev I.V., Danilov M.A., Karnaukhov N.S. Non-organ mesothelial cyst of the abdominal cavity. *Clinical observation. Surgery and Oncology*. 2023;13(3):44-48. (In Russ.). <http://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-44-48>
- Попов Ю.В., Ванке Н.С., Кедрова А.Г. Мезотелиальные кисты малого таза и брюшной полости: клинический случай. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2019;15(2):77-80. Popov Yu.V., Vanke N.S., Kedrova A.G. Peritoneal simple mesothelial cyst: a case report. *Tumors of female reproductive system*. 2019;15(2):77-80. (In Russ.). <http://doi.org/10.17650/1994-4098-2019-15-2-77-80>
- Чирков Р.Н., Вакарчук И.В. Происхождение внеорганных кист забрюшинного пространства. *Актуальные вопросы в науке и практике*. 2018;(4):3-19. Chirkov R.N. Vakarchuk I.V. The origin of extraorganic retroperitoneal cysts. *Herald of Science*. 2018;(4):3-19. (In Russ.). <http://doi.org/10.17650/1994-4098-2019-15-2-77-80>
- Сигуа Б.В., Земляной В.П., Козобин А.А. Хирургическая тактика у пациента с многокамерной посттравматической кистой забрюшинного пространства. *Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь*. 2017;6(2):162-165. Sigua B.V., Zemlyanoy V.P.,

- Kozobin A.A., Cherepanov D.F., Danshov A.V., Shustov V.V. Surgical tactics in patients with multilocular posttraumatic retroperitoneal cyst. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2017;6(2):162-5 (In Russ.). <http://doi.org/10.23934/2223-9022-2017-6-2-162-165>
- 8 Чирков Р.Н., Вакарчук И.В. Хирургическая тактика при внеорганных забрюшинных кистах: анализ серии наблюдений. *Вестник Дагестанской государственной медицинской академии*. 2020;3(36):29-33. Chirkov R.N., Vakarchuk I.V. Surgical tactics for non-organ retroperitoneal cysts: analysis of a series of observations. *Bulletin of the Dagestan State Medical Academy*. 2020;3(36):29-33. (In Russ.).
 - 9 Чирков Р.Н., Вакарчук И.В. Малигнизация истинной внеорганной кисты забрюшинного пространства: редкое клиническое наблюдение. *Вестник Дагестанской государственной медицинской академии*. 2021;9:61-64. Chirkov R.N., Vakarchuk I.V. Malignancy of a true extraorgan cyst of the retroperitoneal space: a rare clinical observation. *Bulletin of the Dagestan State Medical Academy*. 2021;9:61-64. (In Russ.).
 - 10 Abedini L., Hosseinpour R., Mehrabi S., Hejazinia S., Yavari Barhaghtalab M.J. An asymptomatic huge primary retroperitoneal pseudocyst: a case report and review of the literature. *BMC Surg*. 2022;22(1):58. <http://doi.org/10.1186/s12893-022-01510-5>
 - 11 Nayak T.K., Mishra B. et al. Retroperitoneal dermoid cyst: case report and its management. *International journal of scientific study*. 2015; 3(6): 199-202. <http://doi.org/10.17354/ijss/2015/422>
 - 12 Johan S, Hassan MF, Hayati F, et al. Huge retroperitoneal cyst masquerading as ovarian tumour: a case report. *Front. Surg*. 2020;7:1-4. <http://doi.org/10.3389/fsurg.2020.585411>
 - 13 Latif E, Musthafa S, Ahmed A, Khanna M. Idiopathic retroperitoneal non-pancreatic pseudocyst in an adult male: radiological images and surgical video of laparoscopic excision. *Cureus*. 2020; 12(3):1-7. <http://doi.org/10.7759/cureus.7243>
 - 14 Termos S., Alghareeb F., AlHunaidi M., Alabdulghani F., AlJafar A., AlQattan A., et al. Large primary retroperitoneal mucinous cystadenoma managed laparoscopically: Case report and literature review. *J. Digestive Disord. Hepatol*. 2021;1:1-10. <http://doi.org/10.3748/wjg.v21.i17.5427>
 - 15 Wang Y, Chen C, Zhang C, Qin C, Song N. Extraperitoneal laparoscopic resection for retroperitoneal lymphatic cysts: initial experience. *BMC Urol*. 2017 Nov 13;17(1):101. <http://doi.org/10.1186/s12894-017-0288-1>
 - 16 Razi K., Al-Asaad O., Milind R. Case report: elective removal of a large mesenteric cyst-our approach. *J. Surg. Case Rep*. 2017;3:1-3. <http://doi.org/10.1093/jscr/rjx063>
 - 17 Ganesan S., Galodha S., Saxena R. Retroperitoneal Cyst: an Uncommon Presentation of Filariasis. *Case Reports in Surgery*. 2015; 5: 1-3. <http://doi.org/10.1155/2015/674252>
 - 18 Sabir A., Rafique A., Adil M.L., Idrees A., Khan H.S. and Hanif M. Laparoscopic excision of a large retroperitoneal cyst: Case report and literature review. *SAGE Open Medical Case*. 2024;12:1-4. <http://doi.org/10.1177/2050313X241263773>
 - 19 Sokolov M., Velez G., Maslyankov S., Toshev S., Angelov K., Gribnev P., Vasileva M., Khayat N., Todorov G. Primary retroperitoneal extra-organ tumors (pret) - surgical tactics. *Khirurgiia (Sofia)*. 2015;81(1):4-10.
 - 20 Karim L., Larkin D., Sadat M. Examine the patient not the hernia: identification of an asymptomatic giant primary retroperitoneal pseudocyst. A case report and literature review. *J. Surg. Case Rep*. 2016;5:1-3. <http://doi.org/10.1093/jscr/rjw092>

Авторская справка

Сахабетдинов Булат Айратович

Ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, Казанский государственный медицинский университет.

ORCID 0000-0003-4867-3194; b.sahabet@gmail.com

Вклад автора: анализ полученных данных, написание текста.

Усманова Диана Рамазановна

Клинический ординатор кафедры хирургических болезней, Казанский государственный медицинский университет.

ORCID 0009-0001-4342-9507

Вклад автора: сбор и обработка материала, редактирование текста.

Рувинская Элина Олеговна

Студентка медико-биологического факультета, Казанский государственный медицинский университет.

ORCID 0009-0005-2831-7469

Вклад автора: подготовка и редактирование текста.

Гарипов Ильнур Илгизович

Врач-хирург, онколог отделения хирургии №2, Республиканская клиническая больница.

ORCID 0009-0001-2967-4960

Вклад автора: сбор и обработка материала, редактирование текста.

Курбангалеев Арсен Ирекович

Канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней, Казанский государственный медицинский университет; руководитель научно-внедренческого центра эндохирургии МЗ РТ, руководитель хирургической службы, Центральная городская клиническая больница № 18.

ORCID 0009-0003-4259-4281; ar2kur@mail.ru

Вклад автора: сбор и обработка материала, редактирование текста.

Author's reference

Bulat A. Sakhabetdinov

Assistant of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Kazan State Medical University.

ORCID 0000-0003-4867-3194; b.sahabet@gmail.com

Author's contribution: analysis of the data obtained, writing the text.

Diana R. Usmanova

Resident of the Department of Surgical Diseases

Kazan State Medical University

ORCID 0009-0001-4342-9507

Author's contribution: the collection and processing of the material, editing of the text.

Elina O. Ruvinskaya

Student of the Faculty of Medicine, Kazan State Medical University

ORCID 0009-0005-2831-7469

Author's contribution: writing and editing of the text.

Il'nur I. Garipov

Surgeon, oncologist, Department of Surgery No. 2, Russian Clinical Hospital, Russia.

ORCID 0009-0001-2967-4960

Author's contribution: the collection and processing of the material, editing of the text.

Arsen I. Kurbangaleev

Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Surgical Diseases, Kazan State Medical University; Head of the Scientific and Innovative Center of Endosurgery of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Head of the Surgical Service, Central City Clinical Hospital No. 18.

ORCID 0009-0003-4259-4281; ar2kur@mail.ru

Author's contribution: the collection and processing of the material, editing of the text.