

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

CASE REPORT

Онкология, лучевая терапия

Oncology

doi: 10.25005/2074-0581-2025-27-3-797-807

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ЛИПОМЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Р.З. ЮЛДОШЕВ¹, Д.З. ЗИКИРЯХОДЖАЕВ², Н.Г. РАХИМОВ³, А.И. МУРОДЗОДА⁴, У.Р. ЮЛДОШЕВ¹

¹ Кафедра онкологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Ассоциация директоров центров и институтов онкологии и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии, Москва, Российская Федерация

³ Кафедра анестезиологии и реаниматологии им. Д.А. Ахмедова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

⁴ Республиканский онкологический научный центр, Душанбе, Республика Таджикистан

В данной статье описано клиническое наблюдение диагностики и хирургического лечения гигантской ретроперитонеальной липомы. Представлены клинические и анамнестические данные результатов предоперационного обследования, данные интраоперационной находки и результаты хирургического лечения. На этапе обследования было диагностировано наличие гигантской липомы в забрюшинном пространстве слева. Больному проведено радикальное хирургическое вмешательство. Приведённый клинический случай показывает необходимость адекватного предоперационного обследования, выполнения всех этапов операции с соблюдением принципов онкохирургии с морфологическим исследованием макропрепарата.

Ключевые слова: гигантская липома, ретроперитонеальное пространство, оперативный доступ, хирургическое лечение, клинический случай.

Для цитирования: Юлдошев РЗ, Рахимов НГ, Зикиряходжаев ДЗ, Муродзода АИ, Юлдошев УР. Хирургическое лечение гигантской липомы забрюшинного пространства: клинический случай. *Вестник Авиценны*. 2025;27(3):797-807. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-3-797-807>

SURGICAL TREATMENT OF A GIANT RETROPERITONEAL LIPOMA: A CLINICAL CASE

R.Z. YULDOSHEV¹, D.Z. ZIKIRYAKHODZHAEV², N.G. RAKHIMOV³, A.I. MURODZODA⁴, U.R. YULDOSHEV¹

¹ Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

² Association of Directors of Oncology and Radiology Centers and Institutes of the CIS, Moscow, Russian Federation

³ Department of Anesthesiology and Resuscitation, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

⁴ Republican Oncology Research Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

This article describes a clinical observation of the diagnosis and surgical treatment of a giant retroperitoneal lipoma. Medical history and clinical data from the preoperative assessment, intraoperative findings, and surgical outcomes are presented. During observation, a giant lipoma in the left retroperitoneal space was diagnosed. The patient underwent radical surgical intervention. The presented clinical case demonstrates the necessity of an adequate preoperative evaluation, the performance of all operative stages in accordance with oncologic surgery principles, and morphological examination of the resected specimen.

Keywords: Giant lipoma, retroperitoneal space, surgical approach, surgical treatment, clinical case.

For citation: Yuldoshev RZ, Rakhimov NG, Zikiryakhodzhaev DZ, Murodzoda AI, Yuldoshev UR. Khirurgicheskoe lechenie gigantskoy lipomy zabryushinnogo prostranstva: klinicheskiy sluchay [Surgical treatment of a giant retroperitoneal lipoma: A clinical case]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2025;27(3):797-807. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-3-797-807>

ВВЕДЕНИЕ

По данным Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем больных (10-й пересмотр, версия 2.23 от 19.07.2023 г.), липомы включены в категорию доброкачественных новообразований неуточнённой локализации (код МКБ: D17.9).

INTRODUCTION

According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision, version 2.23 of 19 July 2023), lipomas are included in the category of benign neoplasms of unspecified site (ICD code: D17.9).

Липома – это доброкачественное новообразование, которое может развиваться как в виде самостоятельного заболевания, так и в виде осложнения каких-то патологических процессов, а также травм. Немаловажное значение имеет наследственный фактор – предрасположенность к данной патологии (дублирование или удвоение длинного плеча 12-й хромосомы, в котором расположено ответственное за образование особого фермента триацил-глицерид-липаза) вещество, несущее ответственность за регулирование процесса утилизации избыточного жира в организме человека) [1-3].

Эти опухоли относятся к группе соединительнотканых мезенхимальных новообразований, которые состоят из зрелых адипоцитов. Ретроперитонеальные липомы включены в группы неорганных опухолей, зачастую диагностируются в возрасте от 40 до 60 лет и очень редко – в первом десятилетии жизни. В мировой медицинской литературе имеется информация о вариативности частоты выявления липом в разных возрастных группах пациентов [1, 4].

По мнению различных авторов, липома забрюшинного пространства составляет от 0,03% до 1% всех мягкотканых новообразований [3, 5, 6]. Опухоль – мягкой консистенции, совершенно безболезненная и легкоподвижная в зависимости от локализации. Липома чаще встречается в забрюшинном пространстве, верхней части спины, плечевом поясе, а также на наружной поверхности плеча или бедра [7, 8].

В прошлом столетии появилось довольно много научных публикаций, касающихся неорганных опухолей забрюшинного пространства. К сожалению, большинство из них основывается на малочисленных клинических наблюдениях. Ряд зарубежных авторов вообще рассматривает неорганные забрюшинные опухоли в едином комплексе с мягкоткаными новообразованиями, исходя из гистогенеза, не учитывая локализацию, когда именно это во многом определяется специфичностью диагностической и лечебной тактики [2]. Поэтому только медицинские учреждения, оказывающие специализированную помощь при гигантских забрюшинных неорганных опухолях, располагают убедительными многолетними статистическими данными [1, 4, 9].

Одной из важнейших проблем хирургического лечения неорганных забрюшинных новообразований при данной локализации является оценка распространённости опухоли на дооперационном этапе. Учитывая отсутствие полноценной статистической информации по неорганным опухолям в Республике Таджикистан, утверждать о статистике, диагностике, лечении и исходах операций не представляется возможным.

Целью демонстрации является информирование медицинской общественности об особенностях диагностики и тактики хирургического лечения гигантской липомы забрюшинного пространства. В представленном случае масса опухоли составила 37,5 кг, тогда как в доступной медицинской литературе максимальный объём иссечённой опухоли составлял 19 кг.

Клинический случай

Авторами получено информированное письменное согласие пациента на обработку своих персональных данных.

Пациент Н, 55 лет, госпитализирован с диагнозом: гигантская опухоль забрюшинного пространства. Из анамнеза выяснилось, что наличие опухоли больной заметил 10 лет тому назад: при УЗИ брюшной полости по поводу холецистопанкреатита было выявлено образование забрюшинного пространства слева размером 3×4 см. Пациенту рекомендовали динамическое наблюдение, после чего он повторно не обращался к врачу. Спустя 10 лет живот стал

A lipoma is a benign neoplasm that may develop as an independent disease or as a complication of specific pathological processes as well as trauma. The hereditary factor – predisposition to this pathology – is of considerable importance (duplication or doubling of the long arm of chromosome 12, where the substance responsible for the formation of a specific enzyme, triacylglycerol lipase), is located; this substance is responsible for regulating the utilization of excess fat in the human body) [1-3].

These tumors belong to the group of connective tissue mesenchymal neoplasms that consist of mature adipocytes. Retroperitoneal lipomas are included among non-organ tumors; they are most often diagnosed between 40 and 60 years of age and are very rare in the first decade of life. The international medical literature contains information on variability in the detection rate of lipomas across different age groups of patients [1, 4].

According to various authors, lipoma of the retroperitoneal space accounts for 0.03% to 1% of all soft-tissue neoplasms [3, 5, 6]. The tumor is of soft consistency, completely painless, and easily mobile depending on its location. Lipoma is more commonly encountered in the retroperitoneal space, the upper back, the shoulder girdle, and also on the outer surface of the upper arm or thigh [7, 8].

In the last century, a considerable number of scientific publications appeared concerning non-organ tumors of the retroperitoneal space. Unfortunately, most of them are based on small clinical series. Several foreign authors consider non-organ, retroperitoneal tumors, along with soft-tissue neoplasms, based on histogenesis, without regard for localization. In contrast, the latter largely determines specific diagnostic and therapeutic approaches [2]. Therefore, only medical institutions that provide specialized care for giant non-organ retroperitoneal tumors possess convincing long-term statistical data [1, 4, 9].

One of the most critical problems in the surgical treatment of non-organ retroperitoneal neoplasms at this localization is the assessment of tumor extent at the preoperative stage. Given the lack of comprehensive statistical information on non-organ tumors in the Republic of Tajikistan, it is not possible to provide accurate statistics on diagnoses, treatments, and surgical outcomes.

The purpose of this demonstration is to inform the medical community about the features of diagnosis and the surgical treatment tactics for a giant retroperitoneal lipoma. In the presented case, the tumor mass was 37.5 kg, whereas in the available medical literature, the maximum volume of an excised tumor was 19 kg.

Clinical case

The authors obtained informed written consent from the patient for the processing of his personal data.

Patient N, 55 years old, was hospitalized with the diagnosis of a giant retroperitoneal tumor. From the history, it was known that the patient had noticed the presence of a tumor 10 years earlier: during an abdominal ultrasound investigation performed for cholecystopancreatitis, a mass of the left retroperitoneal space measuring 3×4 cm was detected. Follow-up observation was recommended, after which he did not visit a doctor. Ten years later, the abdomen began to increase progressively in size; the patient experienced discomfort and shortness of breath during walking and physical exertion, and presented to the district central hospital at his place of residence. After examination by a surgeon, the patient was referred to the Republican Oncology Research Center (RORC) in Dushanbe. From the history, it was known that during

прогрессивно увеличиваться в размере, пациент почувствовал дискомфорт и одышку во время ходьбы и физической нагрузки, обращался в ЦРБ по месту жительства. После осмотра хирурга больной был направлен в Республиканский онкологический научный центр (РОНЦ) города Душанбе. Из анамнеза выяснилось, что во время прохождения службы в армии (1979-1980 годы) он неоднократно получал травмы (служил в Афганистане). В поликлинике РОНЦ был организован консилиум, по результатам которого было рекомендовано госпитализировать данного пациента для хирургического лечения.

При поступлении состояние пациента оценивалось как среднетяжёлое, обусловленное наличием объёмного образования в брюшной полости. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре – живот увеличен в размере, круглой формы, окружность живота на уровне пупка 160 см, передняя брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Грудная клетка несколько деформирована за счёт сдавливания гигантской опухолью соответствующих органов левой половины брюшной полости и, соответственно, диафрагмы и реберной дуги слева. При пальпации брюшной полости брюшная стенка растянута, мягкая, отмечается умеренная болезненность в области эпигастрия. Складывалось ощущение, что всю брюшную полость занимает опухоль, печень и селезёнка не пальпировались. Перистальтика кишечника выслушивалась в правой половине живота за счёт смещения кишечных петель из-за опухоли, исходящей из левой половины забрюшинного пространства. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Со стороны лабораторно-биохимических анализов особых отклонений не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л; гематокрит – 44%; лейкоциты – $4,8 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 220×10^9 /л; СОЭ – 15 мм/ч. Общий анализ мочи: белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 4-5; эритроциты – 0; суточный объём мочи – 1800 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л; креатинин – 98 мкмоль/л; мочевины – 8 ммоль/л; общий билирубин – 18,1 мкмоль/л; сахар крови – 6,4 ммоль/л.

Для выяснения природы опухолевого процесса и соотношения новообразования с окружающими анатомическими структурами были проведены УЗИ, рентгенография и КТ.

УЗИ брюшной полости: определяется наличие однородного мягкотканого образования, исходящего из забрюшинного пространства, преимущественно слева, размеры опухоли 55×40 см, отмечается нефроптоз левой почки.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгкие без патологических тенеобразований, лёгочный рисунок не изменён, левое лёгкое смещено вверх за счёт компрессии опухолью. Грудная клетка деформирована за счёт левой половины, купол диафрагмы слева релаксирован и расположен на уровне V ребра слева.

КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием (омнипак 100 мл): в забрюшинном пространстве имеется чётко ограниченное образование гомогенного характера с низкой плотностью, от 65 до 80 HU, участки кальцификации отсутствуют (рис. 1).

При КТ-исследовании было установлено, что опухоль сдавливает органы забрюшинного пространства слева, в частности, левую почку, поджелудочную железу, петли кишечника. При этом прорастания опухоли в вышеназванные органы не выявлено.

Картина наиболее характерна для гигантской опухоли жирового происхождения забрюшинного пространства со смещением левой почки вниз, петель тонкой и левой половины ободочной кишки вправо. Верхний полюс новообразования доходил до уровня V ребра слева, тем самым сдавливая левый купол диафрагмы.

military service (1979-1980), he sustained multiple injuries serving in Afghanistan. In the RORC outpatient clinic, a multidisciplinary conference was convened, resulting in a recommendation to hospitalize the patient for surgical treatment.

Upon admission, the patient's condition was considered moderate in severity due to the presence of a voluminous lesion in the abdominal cavity. No pathology was identified on examination of the internal organs. On inspection, the abdomen was enlarged and rounded; the abdominal circumference at the level of the umbilicus was 160 cm; the anterior abdominal wall did not participate in respiration. The chest was somewhat deformed due to compression by the giant tumor of the organs in the left half of the abdominal cavity, diaphragm, and left costal arch. On palpation of the abdomen, the abdominal wall was stretched and soft; there was moderate tenderness in the epigastric region. It gave the impression that the tumor occupied the entire abdominal cavity; the liver and spleen were not palpable. Bowel sounds were auscultated in the right half of the abdomen due to displacement of the intestinal loops by the tumor arising from the left retroperitoneal space. Peripherical lymph nodes were not enlarged.

Laboratory and biochemical tests revealed no significant abnormalities.

Complete blood count: hemoglobin – 134 g/L; hematocrit – 44%; leukocytes – 4.8×10^9 /L; platelets – 220×10^9 /L; ESR – 15 mm/h.

Urinalysis: protein – 0.033 g/L; leukocytes – 4-5; erythrocytes – 0; daily urine volume – 1800 mL.

Blood biochemistry: total protein – 67 g/L; creatinine – 98 μ mol/L; urea – 8 mmol/L; total bilirubin – 18.1 μ mol/L; blood glucose – 6.4 mmol/L.

To clarify the nature of the tumor process and its relationship to surrounding anatomical structures, ultrasound investigation, radiography, and CT were performed.

Abdominal ultrasound investigation: a homogeneous soft-tissue mass arising from the retroperitoneal space, predominantly on the left side, measuring 55×40 cm; nephroptosis of the left kidney.

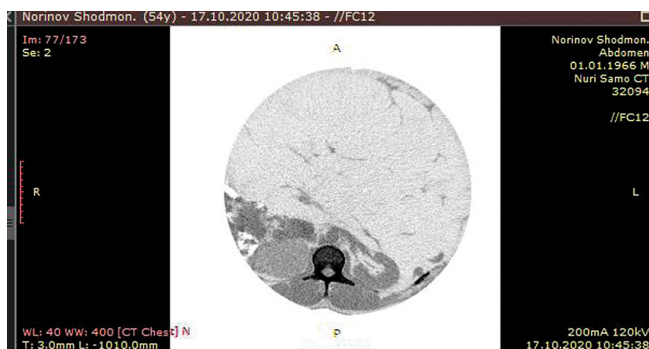
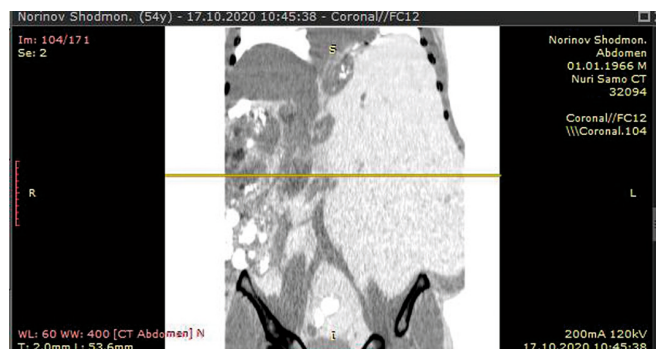
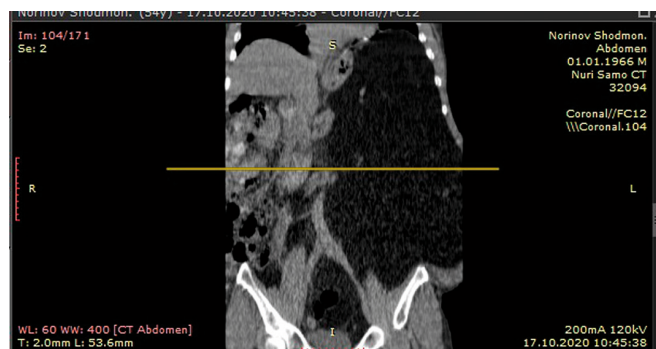
Chest radiography: lungs without pathological opacities; pulmonary pattern unchanged; the left lung is displaced upward due to compression by the tumor. The chest is deformed on the left; the left hemidiaphragm is relaxed and located at the level of the 5th rib on the left.

Abdominal CT with intravenous contrast (Omnipaque 100 mL): a well-demarcated, homogeneous lesion of low density is present in the retroperitoneal space, from 65 to 80 HU; areas of calcification are absent (Fig. 1).

CT demonstrated that the tumor compressed the organs of the left retroperitoneal space – specifically the left kidney, pancreas, and bowel loops. There was no evidence of tumor invasion into the organs above.

The imaging findings were most characteristic of a giant fat-derived tumor of the retroperitoneal space, with downward displacement of the left kidney and rightward displacement of the small bowel loops and the left half of the colon. The superior pole of the mass reached the level of the fifth rib on the left, thereby compressing the left hemidiaphragm. The inferior pole extended to the pelvis, with partial compression of the urinary bladder and rectum. There were no signs of hydronephrosis, and the diameters of both the small and large intestine were not increased.

For morphological verification, a trephine needle biopsy of



Нижний полюс опухоли доходил до малого таза, с частичным сдавлением мочевого пузыря и прямой кишки. Явлений гидронефроза не было, а диаметры как тонкой, так и толстой кишок не были увеличены.

С целью морфологической верификации была предложена трепанбиопсия опухоли, от которой пациент категорически отказался. Коллективно был создан консилиум, и с диагнозом «Гигантская липома забрюшинного пространства» от 28.10.2020 г. больной был подготовлен к плановому оперативному вмешательству.

Операция была выполнена под общим интубационным наркозом. Необходимо отметить, что анестезия при таких размерах опухоли имеет свои особенности. Гигантское опухолевидное образование повышает внутрибрюшное давление, что усиливает риск регургитации содержимого желудка (рис. 2). Для профилактики аспирационного синдрома было проведено зондирование желудка с опорожнением последнего.

Была выполнена средне-срединная лапаротомия длиной 35 см. При ревизии выявлено, что дном раны являются часть большого сальника, брыжейка сигмовидной и нисходящей части ободочной кишки.

Установлено, что сигмовидная кишка и нисходящая часть ободочной кишки располагаются параллельно слепой и восходящей ободочной кишке за счёт их смещения новообразованием,

Рис. 2 Положение больного на операционном столе

Fig. 2 Patient positioning on the operating table



Рис. 1 КТ брюшной полости больного Н

Fig. 1 CT of the abdomen in patient N

the tumor was proposed, which the patient categorically refused. A collegial (multidisciplinary) conference was convened, and with the diagnosis "Giant lipoma of the retroperitoneal space", dated 28 October 2020, the patient was prepared for elective surgical intervention.

The operation was performed under general endotracheal anesthesia. It should be noted that anesthesia with a tumor of this size has its own particular features. A giant tumor-like mass increases intra-abdominal pressure, which heightens the risk of gastric regurgitation (Fig. 2). To prevent aspiration, gastric intubation with decompression was performed.

A midline laparotomy 35 cm in length was performed. During exploration, the floor of the wound consisted of a portion of the greater omentum and the mesentery of the sigmoid and descending colon.

It was established that the sigmoid and the descending colon lay parallel to the cecum and ascending colon due to displacement by the mass arising from the retroperitoneal space. It should be noted that the distance between the ascending and sigmoid colon was approximately 15-20 cm.

On further exploration of the abdominal cavity, no pathology was identified with respect to the liver, gallbladder, or stomach; the spleen could not be palpated (it had been displaced by the tumor beneath the left hemidiaphragm). The small bowel loops were also shifted to the right. Because the distal portion of the tumor extended into the pelvis, an adequate inspection of the pelvic organs was not feasible.

Further exploration showed that the tumor originated from the left retroperitoneal space and extended from the diaphragm to the pelvis. In the left lateral canal, the peritoneum was dissected along its entire length. The splenic angle and the left half of the transverse colon were mobilized, with separation of the anterior surface of the tumor from the mesenteries of the descending and sigmoid colon.

исходящим из забрюшинного пространства. Следует отметить, что расстояние между восходящей ободочной и сигмовидной кишкой составляло примерно 15-20 см.

При дальнейшей ревизии брюшной полости со стороны печени, жёлчного пузыря и желудка патологии не выявлено, селезёнку пропальпировать не удалось (была оттеснена опухолью под левый купол диафрагмы). Петли тонкой кишки также смещены вправо. Из-за того, что дистальная часть опухоли входит в малый таз, провести адекватную ревизию органов малого таза не представлялось возможным.

Дальнейшая ревизия показала, что опухоль исходит из забрюшинного пространства слева, распространяется от диафрагмы до малого таза. В левом боковом канале на всём протяжении рассечена брюшина, мобилизованы селезёночный угол и левая половина поперечно-ободочной кишки с отсепаровкой передней поверхности опухоли от брыжеек нисходящей и сигмовидной кишки.

Учитывая локализацию опухоли гигантских размеров, существовала вероятность возникновения интраоперационных осложнений, таких как повреждение полых органов, аорты и её ветвей, подвздошных сосудов слева, почки и мочеточника слева, что требовало от хирурга особой бдительности и хорошего знания анатомии забрюшинного пространства и брюшной полости.

Из-за большого размера опухоли трудно было дифференцировать левую почку с мочеточником, абдоминальный сегмент аорты и подвздошные сосуды слева. Проксимальная граница операционного доступа продлена до мечевидного отростка для более удобной мобилизации верхнего полюса опухоли. Дистальная треть поперечноободочной кишки, нисходящая ободочная и сигмовидная кишки, вплоть до ректо-сигмовидного соединения, мобилизованы до корня брыжейки с сохранением целостности брыжеечных сосудов. Учитывая многоузловой характер новообразования и её размер, были определены сложности в выделении образования от паранефральной клетчатки и соседних анатомических структур.

Далее, с большими техническими трудностями опухоль была отделена от передней поверхности тела и хвоста поджелудочной железы, без нарушения целостности капсулы последней. Без особых трудностей был мобилизован нижний полюс опухоли, с сохранением целостности мочевого пузыря и прямой кишки. После обработки ножки опухоли последняя была удалена, проведены гемостаз и ревизия.

Для профилактики интра- и послеоперационных осложнений хирургическая бригада на этапе подготовки к операции коллегиально обсудила выбор адекватного доступа и методику мобилизации различных сегментов опухоли в зависимости от топографических особенностей анатомических зон (рис. 3).

После дренирования забрюшинного пространства и малого таза был восстановлен париетальный листок брюшины бокового канала слева. Продолжительность операции 3 часа 20 мин, объём кровопотери 200-250 мл.

Размеры опухоли: 76×57 см, вес 37,5 кг (рис. 4). На разрезе опухоль однородной, мягко-эластической консистенции, режется без хруста. Макропрепарат сдан для морфологического анализа. При осмотре и пальпаторном обследовании участков уплотнений не отмечено. Макроскопическое изучение макропрепарата проведено совместно с врачом-морфологом Васиховым Ш.Н. в отделении патоморфологии.

Гистологическое исследование образования: №-7456, от 06.07.2020 (врач-морфолог Васихов Ш.Н.): в препарате содержится большое количество клеток-адипоцитов. Последние многоя-

Given the localization and giant size of the tumor, there was a risk of intraoperative complications such as injury to hollow organs, the aorta and its branches, the left iliac vessels, and the left kidney and ureter, which required particular vigilance from the surgeon and a thorough knowledge of the anatomy of the retroperitoneal space and abdominal cavity.

Because of the large size of the tumor, it was difficult to differentiate the left kidney and ureter, the abdominal segment of the aorta, and the left iliac vessels. The proximal limit of the operative exposure was extended to the xiphoid process to facilitate mobilization of the superior pole of the tumor. The distal third of the transverse colon, descending and sigmoid colon up to the rectosigmoid junction, were mobilized to the root of the mesentery with preservation of mesenteric vessel integrity. In view of the multinodular nature and size of the neoplasm, there were particular difficulties in dissecting the mass from the paranephric fat and adjacent anatomical structures.

Subsequently, with considerable technical difficulty, the tumor was separated from the anterior surface of the body and the tail of the pancreas without breaching the pancreatic capsule. The inferior pole of the tumor was mobilized without particular difficulty, with preservation of the integrity of the urinary bladder and rectum. After control of the tumor pedicle, the mass was removed; hemostasis and inspection were performed.

To prevent intra- and postoperative complications, during the preoperative planning stage, the surgical team collegially discussed the choice of adequate exposure and the method of mobilizing various tumor segments according to the topographic features of the anatomical zones (Fig. 3).

After drainage of the retroperitoneal space and small pelvis, the parietal peritoneal layer of the left lateral canal was restored. The duration of the operation was 3 hours 20 minutes; estimated blood loss, 200-250 mL.

Tumor dimensions: 76×57 cm; weight 37.5 kg (Fig. 4). On the section, the tumor was homogeneous, of soft-elastic consistency, and had a non-gritty cut surface. The specimen was analysed morphologically. On inspection and palpation, no areas of induration were noted. Gross examination of the specimen was performed jointly with the pathologist Sh.N. Vasikhov in the Department of Pathology.

Histological examination of the lesion: No. 7456, dated July 6, 2020, (pathologist Sh.N. Vasikhov): the specimen contains a large number of adipocytes. The latter are multinucleated and giant cells with uniform elongated nuclei and a few cytoplasmic vacuoles. No signs of necrosis are present; blood vessels have thick walls (Fig. 5).

The microscopic picture is consistent with a lipoma; atypical cells were not detected. Examination of the capsule revealed connective tissue elements.

The postoperative course was uneventful. The patient was mobilized 24 hours after surgery. In the postoperative period, he received infusion therapy at a rate of 35 mL/kg.

Narcotic analgesics were administered for 3 days after surgery, with subsequent transition to non-narcotic analgesics. Bowel peristalsis recovered on postoperative day 3. Lymphorrhea from the drain placed in the tumor bed was approximately 300 mL, with a tendency to decrease. Given the size of the tumor and the possibility of displacement of the stomach, small bowel loops, and colon in the postoperative period, to prevent potential thromboembolic complications in the mesenteric vessels, the patient received appropriate correction therapy (Reosorbilact 200



Рис. 3 Экстраабдоминализация забрюшинной опухоли слева с обработкой ножки новообразования

Fig. 3 Extraabdominalization of the left retroperitoneal tumor with control of the tumor pedicle

дерные и гигантские, ядра этих клеток однородные и удлинённые. Также имеются малочисленные цитоплазматические вакуоли. Признаки некроза отсутствуют, определяется наличие кровеносной сосудистой сети с толстыми стенками (рис. 5).

Микроскопическая картина соответствует липоме, атипичные клетки не выявлены, при исследовании капсулы обнаружены соединительнотканые элементы.

Послеоперационный период протекал гладко. Активизация больного через 24 часа после операции. В послеоперационном периоде пациент получал инфузионную терапию из расчёта 35 мл/кг.

Больному были назначены наркотические анальгетики в течение 3 дней после операции с последующим переходом на ненаркотические анальгетики. Перистальтика кишечника восстановлена на 3-и сутки. Объём лимфореи из дренажа ложа опухоли около 300 мл с тенденцией к уменьшению. Учитывая размер опухоли и возможности смещения желудка, петель тонкой и ободочной кишки в послеоперационном периоде, с целью профилактики возможных тромбоэмболических осложнений брыжеечных сосудов больной получал адекватную корректирующую терапию (реосорбилакт по 200 мл 2 раза в/в, гепарин по 5000 ЕД 2 раза подкожно вокруг пупка, под строгим контролем показателей свёртывающей системы крови). На 5-е сутки после операции дренажи из ложа опухоли и малого таза были удалены.

Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Больной на 10-е сутки в относительно удовлетворительном состоянии выписан из стационара. Рекомендовано наблюдение онкохирурга по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

В течение длительного периода ретроперитонеальные липомы протекают бессимптомно, это напрямую связано с анатомическими особенностями ретроперитонеального пространства.

Рис. 5 Гистологическая картина липомы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×400

Fig. 5 Histologic picture of the lipoma. Hematoxylin and eosin staining. Magnification ×400

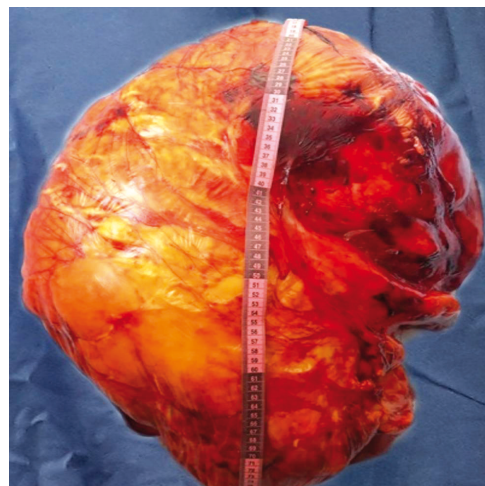


Рис. 4 Макропрепарат: гигантская многоузловая опухоль, однородная, мягкой консистенции

Fig. 4 Gross specimen: giant multinodular tumor, homogeneous, of soft consistency

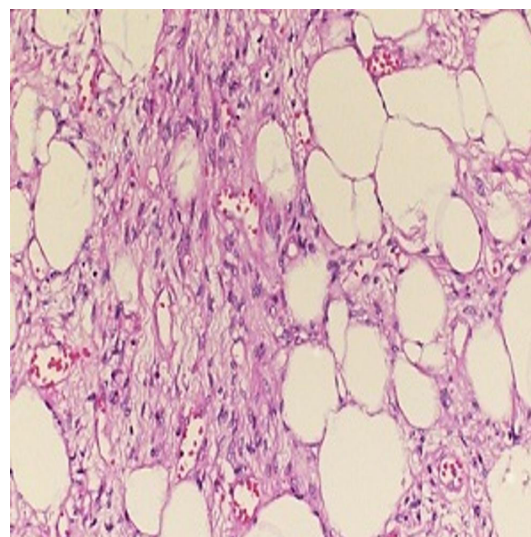
мл intravenously twice daily; heparin 5,000 IU subcutaneously twice daily around the umbilicus), under strict monitoring of coagulation parameters. On postoperative day 5, the drains from the tumor bed and pelvis were removed.

The postoperative wound healed by primary intention. On postoperative day 10, the patient was discharged from the hospital in a relatively satisfactory condition. Follow-up with an oncologic surgeon at the place of residence was recommended.

DISCUSSION

For a prolonged period, retroperitoneal lipomas are asymptomatic, which is directly related to the anatomical features of the retroperitoneal space. Once the tumor reaches a specific size, clinical manifestations appear, such as an increase in abdominal girth and possible compression of adjacent anatomical structures, which may lead to constipation and back pain radiating to the lower extremities [1, 10].

CT and MRI with contrast are considered the principal diagnostic methods. Even these modern tools of preoperative evaluation do not exclude the possibility of a well-differentiated lipo-



После достижения опухолью определённых размеров возникают клинические проявления, увеличение живота в объёме и, возможно, компрессия соседних анатомических структур, что может привести к запору, боли в спине с иррадиацией в нижние конечности [1, 10].

Основными методами диагностики считаются КТ- и МРТ-исследования с контрастированием. Даже эти современные методы предоперационной диагностики не исключают вероятности высокодифференцированной липосаркомы, которая долгие годы протекает бессимптомно [4, 11, 12]. Учитывая размер опухоли, пункция новообразования также мало результативна, в пунктатах могут попадаться здоровые адипоциты.

Учитывая все вышеизложенные факторы до и во время операции, не следует исключать возможность высокодифференцированной липосаркомы, и вмешательство следует выполнять с соблюдением всех принципов онкохирургии. Не следует забывать, что операция может носить комбинированный характер, учитывая размер и локализацию опухолевого процесса [9].

Большие ретроперитонеальные липомы у взрослых пациентов встречаются довольно редко, с 1980 года в медицинской литературе имеется информация о 17 случаях [1, 9]. Гиперхолестеринемия, травма и ожирение, диабет, радиация и отклонения в хромосомах могут служить причиной формирования подкожных липом [2, 13].

Важнейшим моментом хирургического лечения является дооперационная оценка распространённости опухолевого процесса. Адекватная предоперационная диагностика распространённости опухоли позволяет хирургу правильно определить положение больного на операционном столе, хирургический доступ и объём операции. Поэтому необходимо полноценное обследование пациентов: КТ органов брюшной полости с контрастированием и визуализацией трубчатых анатомических структур. Каждое из этих обследований имеет большое клиническое и прогностическое значение. Основным радикальным методом лечения неорганных забрюшинных опухолей является хирургический, т.к. перспективы таких пациентов зависят, главным образом, от возможности максимально полного удаления новообразования без нарушения целостности капсулы опухоли, соседних органов и анатомических структур.

В данной статье описывается случай гигантской забрюшинной липомы, которая исходила из забрюшинного пространства слева. Изучив более 25 случаев описания забрюшинных липом как европейских, так и азиатских авторов, мы убедились, что наш клинический случай по массе иссечённой опухоли – 37500 граммов – превышал все описанные. Забрюшинные липомы – достаточно редкие новообразования мезенхимального происхождения. В 1947 году Cattell RB впервые сообщил об успешном иссечении ретроперитонеальной липомы [4].

Забрюшинные липомы часто встречаются в возрасте 40-60 лет, при этом гендерная предрасположенность не выявлена. Имеются разные классификации в зависимости от локализации, размеров и вовлечённости тканей и органов.

По морфологическим признакам липомы подразделяются на следующие варианты: обычные липомы, фибролипомы, ангиолипомы, веретенчатые липомы, плеоморфные липомы и миелолипомы. Миелолипомы зачастую располагаются в паренхиме надпочечников – описано около 50 подобных случаев, в 6 случаях миелолипомы были выявлены во вненадпочечниковых локализациях, таких как забрюшинное пространство, малый таз [14].

Пара- или перинеуральная липома, локализованная рядом или вблизи нервных структур, по мере увеличения её размера, может приводить к компрессионному синдрому с интенсивными болями [15, 16].

sarcoma, which may remain asymptomatic for many years [4, 11, 12]. Given the size of the tumor, puncture/biopsy is also of limited significance; aspirates may contain normal adipocytes.

Considering all the above-mentioned factors, both preoperatively and intraoperatively, one should not exclude the possibility of a well-differentiated liposarcoma, and the intervention should be performed in accordance with all principles of oncologic surgery. It must be remembered that the operation may be combined in nature, given the size and localization of the tumor process [9].

Large retroperitoneal lipomas in adult patients are relatively rare; since 1980, 17 cases have been reported in the medical literature [1, 9]. Hypercholesterolemia, trauma, obesity, diabetes, radiation, and chromosomal abnormalities may underlie the formation of subcutaneous lipomas [2, 13].

The most important element of surgical management is the preoperative assessment of the extent of the tumor process. Adequate preoperative evaluation of tumor spread enables the surgeon to determine the patient's position on the operating table, the surgical approach, and the extent of resection. Therefore, a comprehensive examination is necessary: contrast-enhanced abdominal CT with visualization of tubular anatomical structures. Each of these examinations has significant clinical and prognostic value. The primary radical treatment for non-organ retroperitoneal tumors is surgical, since the prospects for such patients depend mainly on the possibility of maximally complete removal of the neoplasm without violation of the tumor capsule and without injury to adjacent organs and anatomical structures.

In this article, we describe a case of a giant retroperitoneal lipoma arising from the left retroperitoneal space. Having reviewed more than 25 reports of retroperitoneal lipomas by both European and Asian authors, we ascertained that our clinical case – resected tumor with a 37,500-gram weight – exceeded all previously described cases. Retroperitoneal lipomas are relatively rare neoplasms of mesenchymal origin. In 1947, Cattell RB first reported successful excision of a retroperitoneal lipoma [4].

Retroperitoneal lipomas are most often encountered at 40-60 years of age, with no identified sex predilection. Various classifications exist depending on localization, size, and involvement of tissues and organs.

By morphological features, lipomas are subdivided into the following variants: conventional lipomas, fibrolipomas, angioliipomas, spindle cell lipomas, pleomorphic lipomas, and myeloliipomas. Myeloliipomas are often located within the adrenal parenchyma – about 50 such cases have been described; in 6 cases, myeloliipomas have been identified in extra-adrenal sites such as the retroperitoneum and pelvis [14].

Para- or perineural lipoma, localized near or adjacent to neural structures, may, as it enlarges, lead to a compression syndrome with severe pain [15, 16].

Lumbosacral lipomas are localized in the prevertebral space and, in rare cases, within the spinal canal. Articular lipomas are situated in the joint capsule, with involvement of joint elements. Intermuscular lipomas grow between the fibers of striated skeletal muscle [2]. The etiology of retroperitoneal lipomas, as with other neoplasms, is not fully understood. Genetic factors are considered to play a substantial role, particularly regarding adipocyte proliferation.

The first information on retroperitoneal lipomas dates to 1947, and since then, a total of 22 cases in adults have been reported sporadically [4, 6, 9, 17] (Table).

Таблица Информация о случаях удаления липом забрюшинной локализации у взрослых больных (период наблюдения 1947-2020 гг., данные взяты из работы Chen ZY et al [4])

Table Information on cases of retroperitoneal lipoma excision in adult patients (observation period 1947-2020; data from Chen ZY et al [4])

Авторы Authors	Возраст Age	Пол Sex	Жалобы Presenting complaints	Диагностика Imaging/Diagnostics	Размер опухоли, см Tumor size, cm	Масса опухоли, г Tumor mass, g
Cattel et al, 1947	55	Ж F	Нет данных Not available	Нет данных Not available	10 см в диаметре 10 cm in diameter	Нет данных Not available
Cattel et al, 1947	61	Ж F	Эпигастральный дискомфорт и вздутие живота Epigastric discomfort and abdominal bloating	Нет данных Not available	Нет данных Not available	12700
Deppeeta et al, 1985	24	Ж F	Нет данных Not available	КТ с контрастированием CT with contrast	11×8×3	Нет данных Not available
Zhang et al, 1987	65	М M	Увеличение веса, отёки ног Weight gain, leg edema	Нет данных Not available	50×38	19500
Acheson et al, 1997	76	Ж F	Опухшая нога Swollen leg	MPT, КТ MRI, CT	20×20×12	572
Matsubara et al, 2000	65	М M	Нет данных Not available	Нет данных Not available	12×13	Нет данных Not available
Marshall et al, 2001	47	М M	Нет данных Not available	КТ CT	Нет данных Not available	4990
Forte et al, 2002	61	М M	Частое мочеиспускание, императивные позывы и никтурия Frequent urination, urgency, and nocturia	КТ CT	Нет данных Not available	Нет данных Not available
Foa et al, 2002	52	М M	Нет данных Not available	Нет данных Not available	10.5×9.5×2	145
Raftopoulos et al, 2002	62	М	Боль в животе Abdominal pain	КТ CT	20×15×10	790
Martinez et al, 2003	32	Ж F	Боль в животе Abdominal pain	КТ с контрастированием CT with contrast	20×13×10	3400
Drop et al, 2003	60	Ж F	Боль в животе, желудочно-кишечные симптомы Abdominal pain, gastrointestinal symptoms	УЗ, КТ Ultrasound, CT	13×12	Нет данных Not available
Drop et al., 2003	72	Ж F	Боль в животе, тошнота Abdominal pain, nausea	УЗ, КТ Ultrasound, CT	12×9×4	Нет данных Not available
Ida et al, 2008	65	М M	Безболезненная припухлость в левой паховой области Painless swelling in the left inguinal region	Нет данных Not available	22×14×5	Нет данных Not available
Ukita et al, 2009	61	Ж F	Боль в ягодичной области Pain in the gluteal region	MPT MRI	25×15	Нет данных Not available
Singh et al, 2011	65	М M	Боль в паховой области Groin pain	Нет данных Not available	15,6 см в диаметре 15.6 cm in diameter	Нет данных Not available
Chander et al, 2012	36	Ж F	Нет данных Not available	Нет данных Not available	13.6×11.2×9.1	1300
Wei et al, 2013	25	Ж F	Нет данных Not available	УЗ Ultrasound	20×12×10	1650
Saito et al, 2013	65	М M	Боль в боку Flank pain	УЗ, КТ Ultrasound, CT	30 см в диаметре 30 cm in diameter	Нет данных Not available
Weniger et al, 2015	73	Ж F	Вздутие живота, боль и запор Abdominal bloating, pain, and constipation	КТ CT	55×40×10	8950
Al-Ali et al, 2019	34	Ж F	Вздутие живота и боль в спине Abdominal bloating and back pain	УЗ, КТ Ultrasound, CT	45×48×13	1200
Mitchell et al, 2020	29	Ж F	Боль в животе, вздутие живота Abdominal pain, abdominal bloating	MPT MRI	28×14×6	Нет данных Not available
Yuldoshev et al, 2020	55	М M	Увеличение живота, запор Abdominal enlargement, constipation	УЗ, КТ Ultrasound, CT	76×60×54	37500

Липомы люмбосакральные локализуются в предпозвоночном пространстве, в редких случаях в канале спинного мозга. Суставные липомы располагаются в суставной сумке с вовлечением в опухолевый процесс элементов сустава. Рост межмышечных липом происходит между волокнами поперечнополосатой мускулатуры [2]. Этиология забрюшинных липом, как и всех других новообразований, не до конца изучена. Считается, что в развитии липом роль генетических факторов достаточно высока, особенно в плане пролиферации адипоцитов.

Первая информация о липомах забрюшинного пространства относится к 1947 году, и с тех пор у взрослых спорадически было зарегистрировано в общей сложности 22 случая [4, 6, 9, 17] (табл.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным радикальным методом лечения неорганных забрюшинных опухолей является хирургический, поскольку положительный прогноз таких пациентов зависит, главным образом, от возможности максимально радикального удаления новообразования. Важнейшим моментом хирургического лечения является дооперационная оценка распространённости опухолевого процесса, что позволяет хирургу планировать хирургический доступ и объём операции. Исходя из вышеизложенного, необходимо полноценное обследование пациента с использованием по показаниям КТ, УЗИ, ангиографии, МРТ. Каждый из этих диагностических методов имеет предел разрешающих возможностей. Таким пациентам необходимо обследоваться и лечиться в специализированных, высококвалифицированных онкологических центрах, где функционирует морфологическая лаборатория для детального анализа удалённого новообразования.

CONCLUSION

The principal radical method of treatment for non-organ retroperitoneal tumors is a surgical one, since a favorable prognosis for such patients depends primarily on the possibility of achieving complete (maximally radical) resection of the neoplasm. A key element of surgical management is the preoperative assessment of the extent of the tumor process, which allows the surgeon to plan the surgical approach and the scope of resection. Accordingly, a comprehensive evaluation is required, employing, as indicated, CT, ultrasound, angiography, and MRI. Each of these diagnostic methods has limitations in resolving power. Such patients should be evaluated and treated in specialized, highly qualified oncologic centers where a pathology laboratory operates to perform a detailed analysis of the resected specimen.

ЛИТЕРАТУРА

- Сагымбаева АА, Турсунов КТ, Джусупбеков ЕА, Каптагаев МЕ, Сагымбаева АА. Гигантская липома забрюшинного пространства у ребёнка: клинический случай. *Клиническая практика*. 2019;10(3):102-5. <https://doi.org/10.17816/clinpract103102-105>
- Огнерубов НА, Иванников АА, Чанг ВЛ. Гигантская липома грудной стенки: описание случая и литературный обзор. *Вестник Тамбовского университета. Серия естественные и технические науки. Медицина*. 2016;21(2):551-6.
- Saha M. Giant retroperitoneal lipoma in an infant. *APSP J Case Rep*. 2014;5(3):33.
- Chen ZY, Chen XL, Yu Q, Fan QB. Giant retroperitoneal lipoma presenting with abdominal distention: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases*. 2022;10(5):1675-83. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i5.1675>
- Афанасьев СГ, Добродеев АЮ, Волков МЮ. Результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей. *Сибирский онкологический журнал*. 2015;3:51-4.
- Al-Ali MHM, Salih AM, Ahmed OF, Kakamad FH, Mohammed SH, Hassan MN, et al. Retroperitoneal lipoma; a benign condition with frightening presentation. *Int J Surg Case Rep*. 2019;57:63-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.02.044>
- Pires Botelho da Costa JS, Reis JC, Valença-Filipe R. Giant atypical lipoma of the thigh. *Dermatol Surg*. 2014;40:213-4. <https://doi.org/10.1111/dsu.12397>
- Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous soft-tissue tumors. *J Am Acad Orthop Surg*. 2018;26:779-88. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-17-00045>
- Weniger M, D'Haese JG, Kunz W, Pratschke S, Guba M, Werner J, et al. En-bloc resection of a giant retroperitoneal lipoma: A case report and review of the literature. *BMC Res Notes*. 2015;8:75. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1038-7>
- Aghaa RA, Borrelli MR, Farwanac R, Koshyd K, Fowlere AJ, Orgill DP; SCARE Group. The SCARE 2018 statement: Updating consensus surgical case report

REFERENCES

- Sagymbayeva AA, Tursunov KT, Dzhusupbekov EA, Kaptagayev ME, Sagymbayeva AA. Gigantskaya lipoma zabryushinnogo prostranstva u rebyonka: klinicheskiy sluchay [Giant lipoma of the retroperitoneal space in a child: A clinical case]. *Klinicheskaya praktika*. 2019;10(3):102-5. <https://doi.org/10.17816/clinpract103102-105>
- Ognerubov NA, Ivannikov AA, Chang VL. Gigantskaya lipoma grudnoy stenki: opisanie sluchaya i literaturnyy obzor [Giant lipoma of the chest wall: Case report and literature review]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya estestvennyye i tekhnicheskiye nauki. Meditsina*. 2016;21(2):551-6.
- Saha M. Giant retroperitoneal lipoma in an infant. *APSP J Case Rep*. 2014;5(3):33.
- Chen ZY, Chen XL, Yu Q, Fan QB. Giant retroperitoneal lipoma presenting with abdominal distention: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases*. 2022;10(5):1675-83. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i5.1675>
- Afanasyev SG, Dobrodeev AYU, Volkov MYU. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya neorgannyykh zabryushinnyykh opukholey [Results of surgical treatment of non-organ retroperitoneal tumors]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2015;3:51-4.
- Al-Ali MHM, Salih AM, Ahmed OF, Kakamad FH, Mohammed SH, Hassan MN, et al. Retroperitoneal lipoma; a benign condition with frightening presentation. *Int J Surg Case Rep*. 2019;57:63-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.02.044>
- Pires Botelho da Costa JS, Reis JC, Valença-Filipe R. Giant atypical lipoma of the thigh. *Dermatol Surg*. 2014;40:213-4. <https://doi.org/10.1111/dsu.12397>
- Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous soft-tissue tumors. *J Am Acad Orthop Surg*. 2018;26:779-88. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-17-00045>
- Weniger M, D'Haese JG, Kunz W, Pratschke S, Guba M, Werner J, et al. En-bloc resection of a giant retroperitoneal lipoma: A case report and review of the literature. *BMC Res Notes*. 2015;8:75. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1038-7>
- Aghaa RA, Borrelli MR, Farwanac R, Koshyd K, Fowlere AJ, Orgill DP; SCARE Group. The SCARE 2018 statement: Updating consensus surgical case report

- (SCARE) guidelines. *Int J Surg.* 2018;60:132-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.10.028>
11. Shaaban AM, Rezvani M, Tubay M, Elsayes KM, Woodward PJ, Menias CO. Fat-containing retroperitoneal lesions: Imaging characteristics, localization, and differential diagnosis. *Radiographics.* 2016;36:710-34. <https://doi.org/10.1148/rg.2016150149>
 12. Vijay A, Ram L. Retroperitoneal liposarcoma: A comprehensive review. *Am J Clin Oncol.* 2015;38:213-9. <https://doi.org/10.1097/COC.0b013e31829b566>
 13. Kshirsagar AY, Nangare NR, Gupta V, Vekariya MA, Patankar R, Mahna A, et al. Multiple giant intraabdominal lipomas: A rare presentation. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(7):399-402.
 14. Cho J, Kinsey D, Kimchi ET, O'Carroll KS, Nguyen V, Alsabbagh M, et al. Retroperitoneal extra-adrenal myelolipoma misdiagnosed as liposarcoma: A case report. *Radiol Case Rep.* 2021;16:364-8. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2020.11.045>
 15. Степанова ЮА, Гришанков СА, Карельская НА, Калинин ДВ, Глотов АВ. Неорганный забрюшинный шваннома (клиническое наблюдение). *Клиническая практика.* 2016;7(2):58-66.
 16. Тищенко АМ, Скорый ДИ, Смачило РМ, Писецкая МЭ, Протсенко ЕС, Ремнева НА. Шваннома забрюшинного пространства – диагностическая загадка для хирурга. *Клиническая онкология.* 2016;1:3-5.
 17. Mitchell K, Fuller K, Thomay A, Shapiro R. Diagnosis and surgical management of a retroperitoneal lipoma in pregnancy. *Case Rep Obstet Gynec.* 2020;1:6309417. <https://doi.org/10.1155/2020/6309417>
 18. (SCARE) guidelines. *Int J Surg.* 2018;60:132-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2018.10.028>
 19. Shaaban AM, Rezvani M, Tubay M, Elsayes KM, Woodward PJ, Menias CO. Fat-containing retroperitoneal lesions: Imaging characteristics, localization, and differential diagnosis. *Radiographics.* 2016;36:710-34. <https://doi.org/10.1148/rg.2016150149>
 20. Vijay A, Ram L. Retroperitoneal liposarcoma: A comprehensive review. *Am J Clin Oncol.* 2015;38:213-9. <https://doi.org/10.1097/COC.0b013e31829b566>
 21. Kshirsagar AY, Nangare NR, Gupta V, Vekariya MA, Patankar R, Mahna A, et al. Multiple giant intraabdominal lipomas: A rare presentation. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(7):399-402.
 22. Cho J, Kinsey D, Kimchi ET, O'Carroll KS, Nguyen V, Alsabbagh M, et al. Retroperitoneal extra-adrenal myelolipoma misdiagnosed as liposarcoma: A case report. *Radiol Case Rep.* 2021;16:364-8. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2020.11.045>
 23. Stepanova YuA, Grishankov SA, Karelskaya NA, Kalinin DV, Glotov AV. Neorgannaya zabryushinnaya shwannoma (klinicheskoe nablyudenie) [Non-organ retroperitoneal schwannoma (clinical observation)]. *Klinicheskaya praktika.* 2016;7(2):58-66.
 24. Tishchenko AM, Skoryy DI, Smachilo RM, Pisetskaya ME, Protsenko ES, Remneva NA. Shwannoma zabryushinnogo prostranstva – diagnosticheskaya zagadka dlya khirurga [Retroperitoneal schwannoma – a diagnostic mystery for a surgeon]. *Klinicheskaya onkologiya.* 2016;1:3-5.
 25. Mitchell K, Fuller K, Thomay A, Shapiro R. Diagnosis and surgical management of a retroperitoneal lipoma in pregnancy. *Case Rep Obstet Gynec.* 2020;1:6309417. <https://doi.org/10.1155/2020/6309417>

❗ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юлдошев Равшан Зокидович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ORCID ID: 0009-0005-0161-376X
E-mail: uravshan@mail.ru

Зикирхонжаев Дильшод Зукирович, доктор медицинских наук, профессор, вице-президент по международным связям Ассоциации директоров центров и институтов онкологии и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии
Researcher ID: KHX-4304-2024
ORCID ID: 0009-0006-0402-911X
SPIN-код: 8347-6047
Author ID: 1242743
E-mail: firuzik49@mail.ru

Рахимов Нурмакхмат Гульмакхматович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ORCID ID: 0000-0002-2989-3872
E-mail: nurmukhamad@list.ru

Муродзода Акбар Исмаилов, кандидат медицинских наук, директор Республиканского онкологического научного центра
ORCID ID: 0000-0003-4166-800X
E-mail: hurshed852@mail.ru

Юлдошев Улугбек Равшанович, аспирант кафедры онкологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ORCID ID: 0009-0006-8269-713X
E-mail: mr.bound@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует

❗ AUTHORS' INFORMATION

Yuldoshev Ravshan Zokhidovich, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0009-0005-0161-376X
E-mail: uravshan@mail.ru

Zikiryakhodzaev Dilshod Zukirovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Vice President for International Relations, Association of Directors of Oncology and Radiology Centers and Institutes of the CIS

Researcher ID: KHX-4304-2024
ORCID ID: 0009-0006-0402-911X
SPIN: 8347-6047
Author ID: 1242743
E-mail: firuzik49@mail.ru

Rakhimov Nurmakhmad Gulmakhmadovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Avicenna Tajik State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-2989-3872
E-mail: nurmukhamad@list.ru

Murodzoda Akbar Ismatullo, Candidate of Medical Sciences, Director of Republican Oncology Research Center
ORCID ID: 0000-0003-4166-800X
E-mail: hurshed852@mail.ru

Yuldoshev Ulugbek Ravshanovich, Postgraduate Student, Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University
ORCID ID: 0009-0006-8269-713X
E-mail: mr.bound@mail.ru

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**Юлдошев Равшан Зокидович**

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31

Тел.: +992 (918) 679399

E-mail: uravshan@mail.ru

 ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:**Yuldoshev Ravshan Zokhidovich**

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sino str., 29-31

Tel.: +992 (918) 679399

E-mail: uravshan@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ЮРЗ, РНГ

Сбор материала: ЮРЗ, РНГ, ЮУР

Анализ полученных данных: ЮРЗ, РНГ, ЗДЗ, МАИ

Подготовка текста: РНГ, МАИ, ЮУР

Редактирование: ЮРЗ, ЗДЗ

Общая ответственность: ЮРЗ

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: YuRZ, RNG

Data collection: YuRZ, RNG, YuUR

Analysis and interpretation: YuRZ, RNG, ZDZ, MAI

Writing the article: RNG, MAI, YuUR

Critical revision of the article: YuRZ, ZDZ

Overall responsibility: YuRZ

Поступила 19.11.24

Принята в печать 28.08.25

Submitted 19.11.24

Accepted 28.08.25