

В. В. Бойко, **В. П. Далавурак**,  
С. А. Савви, В. Н. Лыхман,  
И. А. Тарабан,  
Ф. П. Воробьев,  
В. Ф. Омельченко,  
А. Б. Старикова

*Харьковский национальный  
медицинский университет*

© Коллектив авторов

## НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Резюме.** В работе изложены вопросы учения о неорганных опухолях забрюшинного пространства, их разновидностях, эмбриогенезе, классификации, диагностике и методах лечения. Учитывая то, что данная патология является весьма редкой и, по данным литературы, составляет 0,3% всех онкологических заболеваний, авторами накоплен собственный большой опыт лечения 90 больных с забрюшинными опухолями, из которых 72 — оперированы. Хирургическая активность составила 80%, а в 95,8% случаях удалось выполнить радикальные операции без летальных исходов.

**Ключевые слова:** *неорганные опухоли забрюшинного пространства, хирургическое лечение, радикальные операции.*

### Введение

Особую группу заболеваний человека составляют неорганные опухоли забрюшинного пространства. По данным литературы, первичные неорганные опухоли забрюшинного пространства встречаются довольно редко и составляют 0,05—0,4% всех онкологических заболеваний, поражают одинаково часто лиц обоего пола и могут возникнуть в любом возрасте [2, 3, 4, 6].

Первичные неорганные забрюшинные опухоли представляют собой, как правило, многокомпонентные по происхождению и морфологическому строению новообразования, развивающиеся из жировой и рыхлой несформированной соединительной тканей, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, фасций, нервов и их влагалищ, гладких и поперечно-полосатых мышц, тканей коры надпочечника и хромоаффинных тканей, эмбриональных элементов, а также метастазы в забрюшинные лимфатические узлы. В единую самостоятельную нозологическую форму их объединяют локализация патологического процесса в забрюшинном пространстве, сходные клинические проявления, общие принципы диагностики, хирургических доступов и техники оперативных вмешательств. В большинстве случаев это новообразования мезодермального происхождения. Согласно эмбриогенезу, опухоли забрюшинного пространства делят на четыре группы: мезенхимальные, нейрогенные, тератомы и кисты. В группу мезенхимальных опухолей входят: мезенхимомы, липомы, липосаркомы; лимфомы, лимфосаркомы и лимфогранулемы; фибромы, фибросаркомы; лейомиомы, лейомиосаркомы; рабдомиомы, рабдомиосаркомы; ангиомы, миксомы, синовиальные саркомы.

Нейрогенные опухоли чаще исходят из нервных элементов надпочечников, оболочек периферических нервов — неврилемомы, нейрофибромы или из симпатической нервной системы — параганглиомы, нейробластомы, ганглионевромы.

Тератомы состоят из ткани трех зародышевых листков. Хордомы возникают из остатков спинной струны и являются производными мезодермы. Из эмбриональных остатков могут развиваться хорионэпителиомы, семиномы, гермиомы, внепочечная гипернефрома [1, 2, 6, 9].

Киста забрюшинного пространства — это патологическая полость в тканях, имеющая стенку и жидкое содержимое. Размер кисты, содержимое и строение стенки бывают различными в зависимости от механизма и давности образования, локализации и др. Различают истинные кисты и ложные. Истинные выстланы эпителием или реже эндотелием. Ложные кисты специальной выстилки не имеют. Кисты бывают врожденными и приобретенными, возникающими при порочном формировании тканей. В забрюшинном пространстве кисты бывают ретенционные, травматические, дизонтогенетические и опухолевые [1, 9, 10].

Из всех перечисленных опухолей наиболее часто встречаются липоматозные [2, 4].

Деление неорганных забрюшинных опухолей на доброкачественные и злокачественные, как это представлено в гистогенетической классификации Аккермана (Ackerman, 1954), весьма условно как с клинической, так и с морфологической точки зрения. Доброкачественные новообразования нередко обладают выраженным инфильтративным ростом, большой склонностью к быстрым рецидивам и малигнизации опухоли, указывая на потенциальную злокачественность большинства неорганных забрюшинных опухолей. Злокачественные по микроскопическому строению опухоли данной локализации нередко заключены в капсулу и сравнительно редко дают метастазы [2, 5, 12, 13].

Многочисленные морфологические варианты неорганных забрюшинных опухолей наиболее полно представлены в разработанной ВОЗ классификации гистологических типов и форм опу-



холой мягких тканей. Сокращенный вариант этой классификации с учетом форм опухолей, встречающихся в забрюшинном пространстве, представлен ниже.

I. Опухоли и опухолеподобные образования фиброзной ткани: а) фиброма (плотная и фибролипوما); б) фиброматоз (врожденный, рубцующийся, лучевой и агрессивный — экстраабдоминальный десмоид).

II. Опухоли и опухолеподобные образования жировой ткани: а) доброкачественные (липوما, внутримышечная липома, гипернома, ангиомиолипوما, фетальная липома и диффузный липоматоз); б) злокачественные (липосаркома — высокодифференцированная, миксоидная, круглоклеточная и малодифференцированная — полиморфная, смешанный тип).

III. Опухоли мышечной ткани: а) из гладкой: доброкачественные — лейомиома, ангиомиома, эпителиальная лейомиобластома; злокачественная — лейомиосаркома; б) из поперечно-полосатых мышц: доброкачественная — рабдомиома. злокачественные — рабдомиосаркома (эмбриональная, альвеолярная, полиморфная, смешанная).

IV. Опухоли и опухолевидные образования кровеносных сосудов: а) доброкачественные — гемангиома, гемангиэндотелиома, ювенильная гемангиома, кавернозная, венозная, гроздьевидная и интрамукулярная гемангиома, гемангиоматоз, гемангиоперицитомы доброкачественная, гломангиома и ангиомиома); б) злокачественные — ангиосаркома и злокачественная гемангиоперицитомы.

V. Опухоли и опухолевидные образования лимфатических сосудов: а) доброкачественные (лимфангиома — капиллярная, кавернозная, кистозная, лимфангиомиома. системный лимфангитоз); б) злокачественные — лимфангиосаркома.

VI. Опухоли синовиальной ткани: а) доброкачественные — доброкачественная синовиома; б) злокачественные (синовиальная саркома — веретенчатая или эпителиоидная бифазная или монофазная).

VII. Опухоли и опухолевидные поражения периферических нервов: а) доброкачественные — нейрофиброма, неврилеммома, нейрофиброматоз; б) злокачественные — нейрофибросаркома, опухоли первичной нейроэктодермы.

VIII. Опухоли симпатических ганглиев: а) доброкачественные — ганглионеврома; б) злокачественные — нейробластома, ганглионейробластома.

IX. Опухоли параганглионарных структур: а) феохромоцитомы (доброкачественная, злокачественная); б) хемодектомы (добро- и злокачественная); в) параганглиома неклассифицируемая.

X. Опухоли и опухолевидные образования плюрипотентной мезенхимы: мезенхимомы (доброкачественная, злокачественная).

XI. Опухоли экстраорганных герминативно-клеточного происхождения: а) доброкачественная (тератома — дермоидная киста); б) злокачественные (тератокарцинома, эмбриональная карцинома, хорионкарцинома).

XII. Опухоли опорных эмбриональных структур: хордома (доброкачественная, злокачественная).

XIII. Опухоли неопределенного гистогенеза: а) доброкачественные — зернисто-клеточная «миобластома», хондрома и остеома мягких тканей, миксома, ганглиоглиома; б) злокачественные — органоидная и неорганноидная зернисто-клеточная «миобластомы», фиброксантома и гигантоклеточная опухоль мягких тканей, хондросаркома и остеосаркома мягких тканей, саркома Капоши.

XIV. Неопухолевые или сомнительные опухолевые поражения мягких тканей, сходные с истинными неоплазмами: а) группа ксантом (фиброксантома — гистоцитомы и атипичная ксантома, невоксантоэндотелиома, ксантогранулема);

XV. Неклассифицируемые опухоли мягких тканей [2, 7, 8].

В клинической практике необходимо учитывать, что основная масса гистоструктурных вариантов забрюшинных опухолей составляют новообразования мезодермальной (до 70% это опухоли жировой, мышечной, соединительной тканей, кровеносных и лимфатических сосудов и первичной мезенхимы) и нейрогенной (до 26%) природы [2, 5, 8].

### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 90 больных с неорганическими опухолями забрюшинного пространства, из которых 72 оперированы. Таким образом, хирургическая активность, по данным нашей клиники, при указанной патологии составляет 80%.

Неорганические забрюшинные опухоли возникают чаще у женщин в пожилом возрасте с длительным периодом бессимптомного течения и нередко диагностируются случайно во время профилактических осмотров или нащупываются самим больным. Клинические проявления забрюшинных опухолей очень неоднородны. Больные часто жалуются на дискомфорт желудочно-кишечного тракта, чувство тяжести и боли в животе, пояснице и ногах с симптомами поражения различных органов и нервных стволов, вовлекаемых в процесс вторично, общую слабость, потерю массы тела.

Забрюшинные опухоли растут в сторону наименьшего сопротивления — в сторону брюшной полости, отодвигая и сдавливая находящиеся в ней органы.

Клинические симптомы забрюшинных опухолей обусловлены давлением опухоли на органы брюшной полости. Возможны также дизурические расстройства, связанные со сдавливанием



мочеточников и др. Иногда опухоли достигают значительных размеров прежде, чем их обнаруживают.

При осмотре больного обращают на себя внимание нарушение конфигурации живота с увеличением его объема и асимметрией, расширение подкожных вен на боковых поверхностях живота, половых губах и мошонке, отеки одной или обеих ног. При пальпации живота нередко определяется ограниченно подвижная, неоднородной консистенции, слабо болезненная опухоль, которая при распространении на полость малого таза пальпируется ректально, вагинально или бимануально.

Диагноз первичной забрюшинной опухоли обычно ставят путем исключения, что требует всестороннего обследования больного. Основным методом, уточняющим диагностику, до недавнего времени был рентгенологический. Уже при поступлении больного обзорная рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки и брюшной полости позволяют выявить высокое стояние и ограничение подвижности купола диафрагмы, нечеткость контура и расширение тени поясничных мышц, мягкотканую тень с очагами обызвествления и повышенной прозрачности, деструкцию позвоночника и метастазы в легкие и средостении.

Несомненно, рентгеноконтрастные исследования органов желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы по изменениям формы и топографии контрастированных органов позволяют, прежде всего, ответить на вопрос: внутри- или внеоргано протекает опухолевый процесс, определить степень смещения, сдавления, ротации и деформации органов, нарушается ли их функция. Улучшало диагностику забрюшинных опухолей рентгенисследование на фоне ретропневмоперитонеума.

Широкое внедрение в клиническую практику в 60—70 годах прошлого века методов ангиографии (трансфеморальная абдоминальная аорто- и селективная по Селдингеру) и каваграфии, а также лимфографии значительно расширили диапазон как в диагностике самого опухолевого процесса и путей его кровоснабжения, так и возможности, объем оперативного вмешательства [4, 5, 7].

Выявленные изменения со стороны артериальных и венозных сосудистых стволов, расширение питающих опухоль артерий и наличие «патологических» сосудов, а также сращение, смещение и сдавление магистральных сосудов (аорты и нижней полой вены) позволяют в плане последующей операции быть готовыми к резекции, пластике или протезированию указанных сосудов, что повышает операбельность и улучшает результаты лечения неорганных забрюшинных опухолей [4, 5, 7, 11].

Инструментальные методы диагностики (лапароскопия, ретроперитонеоскопия) с прицельной

пункционно-аспирационной биопсией опухоли дают возможность установить морфологическую структуру новообразования. Однако их применение ограничено, так как лишь многофокусная биопсия (в 6—8 зонах) позволяет надеяться на достоверную верификацию диагноза.

В последние два десятилетия развитие аппаратуры и методов лучевой диагностики значительно облегчило и повысило достоверность диагностики неорганных опухолей забрюшинного пространства. Современные аппараты и методы ультразвукового сканирования (УЗИ), включая и доплеровское исследование магистрального и внутриопухолевого кровотока, позволяют уже на этапе первичного неинвазивного обследования больного определить локализацию, размеры и структуру опухоли, взаимоотношения с окружающими органами, тканями и крупными сосудистыми стволами, выраженность и зональность патологической васкуляризации. УЗИ дает возможность предположить характер опухолевого процесса и наметить пути необходимого дообследования, а также лечебную и хирургическую тактику [2, 4, 6].

Несомненно, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет, прежде всего, определить характер (доброкачественный или злокачественный) опухолевого роста, размер опухоли, состояние окружающих тканей и предлежащих органов. Для доброкачественных неорганных забрюшинных опухолей на МСКТ характерны четкость контуров, наличие в опухоли кальцинатов и капсулы, а при злокачественных новообразованиях отмечаются неомогенность и нечеткость контуров опухоли, наличие нескольких опухолевых узлов, врастание в соседние органы [2, 4, 14].

Наиболее исчерпывающую информацию за счет многоплоскостных изображений с высоким разрешением, что позволяет получить морфологическую и функциональную характеристику забрюшинно расположенных органов, тканей и всех видов сосудов, дает метод магнитно-резонансной томографии (МРТ). С помощью применяемых при МРТ магнитного поля и радиоволн можно отличить здоровые ткани от пораженных, четко определить распространенность и локализацию опухолевого процесса, исключить дополнительные очаги, что важно при планировании объема и хода операции. Качество изображения значительно повышается при выполнении брюшной МР-ангиографии после болюсного введения в высоких концентрациях контрастных средств нового поколения для МР-исследований. При этом отсутствует лучевая нагрузка на организм больного и нет необходимости в его специальной подготовке [4, 7, 11, 14].

Основным и единственно радикальным методом лечения неорганных опухолей забрюшинного пространства является хирургический. К лучевому воздействию, химио- и иммунотерапии преобладающее большинство этих ново-



образований малочувствительны. Исключение составляют лимфосаркомы и веретенчатые саркомы, комбинированное лечение которых уменьшает их в размерах с возможностью оперативного удаления [2, 7, 8].

Операции как при злокачественных, так и при доброкачественных неорганных забрюшинных опухолях относятся к технически трудным. Для обеспечения радикальности вмешательства нередко требуется одновременно произвести адrenaлэктомию, нефрэктомия, спленэктомию, резекцию нижней полой вены и аорты, мочевого пузыря, разных отделов кишечника, желудка, печени, поджелудочной железы — то есть требуются расширенные, комбинированные операции. Поэтому радикальные операции при рассматриваемой патологии не превышают 60—70% [2, 7, 8, 12, 13].

Позволим себе напомнить читателям, что в забрюшинном пространстве различают три отдела: срединный, или «средостение живота» по Н.И. Пирогову, и два латеральных, располагающихся по сторонам от позвоночника и ограниченных с боков линией перехода брюшины на заднюю боковую стенку. Срединный отдел забрюшинного пространства соответствует телам поясничных позвонков и простирается от ножек диафрагмы до мыса крестца. Для более четкой идентификации топике и распространенности опухолевой ткани все забрюшинное пространство мы, как и ряд других авторов, разделяем на верхний забрюшинный отдел (1 — правое забрюшинное поддиафрагмальное пространство, 2 — среднее забрюшинное поддиафрагмальное пространство, 3 — левое забрюшинное поддиафрагмальное пространство); средний забрюшинный отдел (4 — левый забрюшинный латеральный канал, 5 — срединное забрюшинное пространство, 6 — правый забрюшинный латеральный канал); нижний (тазовый) забрюшинный отдел (7 — правое подвздошно-тазовое забрюшинное пространство, 8 — срединное тазовое забрюшинное пространство, 9 — левое подвздошно-тазовое забрюшинное пространство). Схематическое изображение изложенного выше представлено на рис. 1.

Для выполнения оперативных вмешательств при больших опухолях целесообразно выделение таких забрюшинных пространств: правый вертикальный канал (1, 6, 7), левый вертикальный канал (3, 4, 9), тазовое пространство (7, 8, 9), правое (1) и левое (3) поддиафрагмальное пространства [3, 6, 9, 10].

**Результаты исследования и их обсуждение**

Как правило, большинство неорганных забрюшинных опухолей имеют четкую капсулу и довольно легко поддаются мобилизации и удалению. Следует всегда стараться как можно более радикально удалить ножку опухоли во избежание рецидивов. Для удаления забрюшинных опухолей используем широкую срединную лапаротомию.

После ревизии органов брюшной полости и убедившись в том, что имеет место забрюшинная опухоль на стороне поражения, по латеральному фланку рассекаем париетальную брюшину, нисходящую или восходящую ободочную кишку, отводим медиально, мобилизуем и удаляем забрюшинную опухоль, после чего дренируем забрюшинное пространство перчаточнo-трубочным дренажем и восстанавливаем париетальную брюшину.

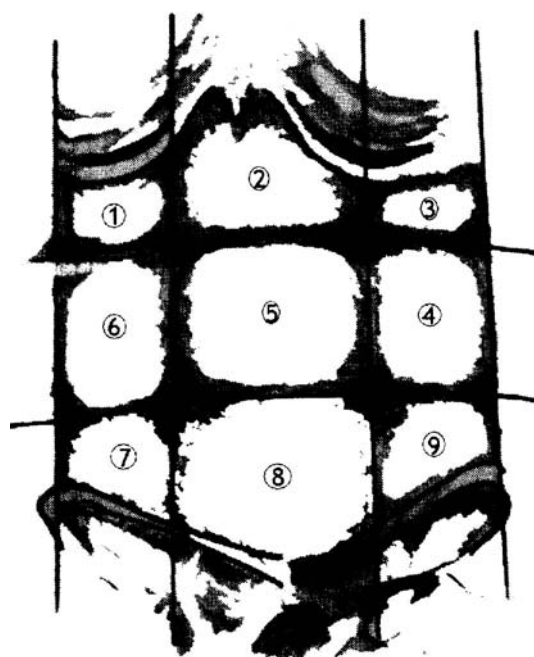


Рис. 1. Схема деления забрюшинного пространства на отделы

Радикальной операцией при забрюшинных опухолях является удаление опухоли с лимфодиссекцией.

Распределение больных по видам операции представлено в таблице.

Таблица

Распределение пациентов в соответствии с операциями

Виды операций	Число больных	%
Пробная лапаротомия	3	4,2
Удаление забрюшинной опухоли	60	83,3
Удаление кисты забрюшинного пространства	9	12,5
Итого:	72	100

У одного больного при удалении забрюшинной опухоли потребовались резекция и пластика левого мочеточника, у трех — резекция сегмента тонкой кишки — у всех наступило выздоровление. У двух — выполнена вынужденная спленэктомия, из них у одного развился поддиафрагмальный абсцесс, который вскрыт и дренирован по Клермону (выздоровление). У двух больных дренирована левая плевральная полость в связи с пневмотораксом, возникшим при операции — выздоровление.

Мы располагаем одним печальным, но весьма поучительным наблюдением, касающимся диа-



Рис. 2, 3. Макропрепараты удаленных забрюшинных опухолей

гностической ошибки. Больной К., 55 лет, госпитализирован в клинику 23.06.1976 г. с подозрением на рак пищевода. При обследовании диагноз не подтвержден. Установлен диагноз постнекротической кисты поджелудочной железы, по поводу чего больной оперирован. Произведена панкреатоцистоеюностомия с брауновским соустьем и заглушкой приводящей петли по А.А. Шалимову.

В послеоперационном периоде возникла ранняя спаечная кишечная непроходимость, что потребовало релапаротомии, разъединения спаек и интубации тонкой кишки.

Состояние прогрессивно ухудшалось, и 10.09.1976 г. больной умер. Патологоанатомический диагноз: гемангиоперицитомы забрюшинного пространства. Несостоятельность швов анастомоза, кишечный свищ. Пневмония, истощение. Левосторонний верхушечный заживший фиброзноочаговый туберкулез легких. Имеет место несовпадение диагнозов по основному заболеванию, что обусловило неправильный выбор оперативного пособия.

Следует подчеркнуть, что неорганные забрюшинные кисты требуют их удаления, а не попыток внутреннего дренирования.

Все остальные больные, которым выполнена адекватная операция по поводу забрюшинной опухоли, выздоровели.

На рис. 2 и 3 представлены макропрепараты удаленных забрюшинных опухолей.

Последние 10 лет при установлении диагноза различных сарком забрюшинного пространства после удаления опухоли мы проводим курсы химиотерапии препаратами платины.

### Выводы

Подводя итог изложенному, следует подчеркнуть, что хирургическое лечение неорганных опухолей забрюшинного пространства является высокоэффективным. У 95,8% оперированных удалось выполнить радикальные операции без летальных исходов. Проведение послеоперационной химиотерапии препаратами платины делает этот метод более перспективным. Все это позволяет спасти многих больных от грозного недуга.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия; под ред. Б.В. Петровского. — М., 1978. — Т. 8. — С. 274—278.
2. Вашакмадзе Л.А. Неорганные забрюшинные опухоли / Вашакмадзе Л.А., Черемисов В.В., Бутенко А.В. // Онкология: национальное руководство; под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 — С. 739—748.
3. Дурнов Л.А. Опухоли забрюшинного пространства и брюшной полости у детей / Л.А. Дурнов, А.Ф. Бухны, В.Н. Лебедев. — М., 1972.
4. Клименков А.А. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики / А.А. Клименков, Г.И. Губина // Практическая онкология. 2004. — Т. 5, № 4 — С. 285—290.
5. Наврузов С.Н. Хирургическое лечение первичных неорганных опухолей / С.Н. Наврузов, А.А. Юсупбеков, М.Д. Джураев // Российский онкологический журнал. — 2006 — № 2 — С. 38—41.
6. Ратнер Ю.Н. Забрюшинные опухоли / Ю.Н. Ратнер. — Казань, 1965.
7. Хирургическое и комбинированное лечение мезенхимальных неорганных забрюшинных опухолей / В.П. Харченко, В.Д. Чхиквадзе, А.М. Сдвижков [и др.] // Вестник РНЦРР МЗ РФ — 2011 — № 11. — С. 67—71.
8. Черемисов В.В. Результаты хирургического лечения первичных и рецидивных неорганных опухолей забрюшинного пространства / В.В. Черемисов, Л.А. Вашакмадзе, В.М. Хомяков // XII Российский онкологический конгресс: Сборник материалов. — М., 2008 — С. 187—188.
9. Черкес В.Л. Внеорганные забрюшинные опухоли / В.Л. Черкес, Е.О. Коналевский, Ю.Н. Соловьев. — М., 1976.
10. Шанин А.Н. Забрюшинные опухоли / Шанин А.Н. — Ленинград, 1962.
11. Diagnostik radiologique des tumeurs retroperitoneales / Debray Ch. [et al.] // Ann. Radiol. — 1971. — Vol. 14. — P. 721.



12. *Erzen D.* Retroperitoneal sarcoma: 25 years of experience with aggressive surgical treatment at Institute of Oncology, Ljubljana / *D. Erzen, M. Sencar, J. Novak* // *J. Surg. Oncol.* — 2005. — Vol. 91(1). — P. 1—9.

13. *Retroperitoneal Soft Tissue Sarcomas. Patterns of Recurrence in 167 Patients Treated at a Single Institution* / *A. Gronchi,*

*P.G. Casali, M. Fiore* [et al.] // *Cancer.* — 2004. — Vol. 100. — №11. — P. 2448—2455.

14. *Wirhats W.* Diagnostik der Tumoren des Retroperitonealraums / *W. Wirhats, B. Mateev* // *Radiol. diagn.* — 1966. — Vol. 7. — S. 87.

ПОЗАОРГАННІ ПУХЛИНИ  
ЗАОЧЕРЕВИННОГО  
ПРОСТОРУ, ДІАГНОСТИКА  
ТА ХІРУРГІЧНЕ  
ЛІКУВАННЯ

*В.В. Бойко, В.П. Далавурак,*  
*С.О. Савві, В.М. Лихман,*  
*І.А. Тарабан,*  
*Ф.П. Воробйов,*  
*В.Ф. Омельченко,*  
*А.Б. Старикова*

**Резюме.** У роботі викладено питання вчення про позаорганні пухлини заочеревинного простору, їх різновиди, ембріогенез, класифікації, діагностика та методи лікування. Ураховуючи те, що дана патологія є досить рідкою і, за даними літератури, становить 0,3% усіх онкологічних захворювань, авторами накопленний великий особистий досвід лікування 90 хворих із заочеревинними пухлинами, з яких 72 пацієнта оперовані. Хірургічна активність — 80%, а в 95,8% випадків вдалося виконати радикальні операції без летального кінця.

**Ключові слова:** позаорганні пухлини заочеревинного простору, хірургічне лікування, радикальні операції.

NON-ORGAN  
RETROPERITONEAL  
TUMORS, DIAGNOSIS AND  
SURGICAL TREATMENT

*V. V. Boyko, V. P. Dalavurak,*  
*S. A. Savvi, V. N. Lykhman,*  
*I. A. Taraban, F. P. Vorob'ev,*  
*V. F. Omelchenko,*  
*A. B. Starikova*

**Summary.** The paper outlines the issues of study of non-organ retroperitoneal tumors, their variety, embryogenesis, classification, diagnosis and treatment methods. Considering that this pathology is very rare and according to the literature is 0.3% of all cancers, the authors have accumulated considerable personal experience in treating 90 patients with retroperitoneal tumors, of which 72 were operated. Surgical activity was 80% and in 95.8% of operated radical surgery without any fatalities.

**Key words:** non-organ retroperitoneal tumor, surgical treatment, radical surgery.