

УДК 616.282.85-006-089.87

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-3-127-136>

Хирургическое лечение опухоли эндолимфатического мешка из комбинированного доступа: клиническое наблюдение и обзор литературы

Х. М. Диаб^{1,2}, Н. А. Дайхес¹, С. А. Чобулов¹, О. А. Пашчина¹, О. С. Панина¹, А. А. Бахтин¹, О. А. Сапегина¹, В. А. Сайдулаев¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Москва, 123182, Россия

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, 117997, Россия

В статье приведено описание клинического наблюдения 17-летней пациентки с распространенной опухолью эндолимфатического мешка в направлении средней и задней черепных ямок, внутреннего слухового прохода, а также мостомозжечкового угла. После селективной эмболизации приводящих сосудов опухоли, использован комбинированный трансмастоидальный, транслабиринтный и расширенный доступ через среднюю черепную ямку. Лицевой нерв сохранен на всем его протяжении. Нижние черепные нервы оставались интактными при удалении образования из области яремного отверстия. Резекция нижней части опухоли вместе с сигмовидным синусом, эндолимфатическим мешком и луковичей яремной вены осуществлена после тампонады поперечного и нижнего каменистого синуса. В структуру верхней части образования входили: сосцевидный отросток, антрум и крыша барабанной полости, которые резецированы после коагуляции средней менингеальной артерии. Каменистая часть опухоли удалена после сохранения и мобилизации внутренней сонной артерии и визуализации III ветви тройничного нерва. Реконструкция костей основания средней черепной ямки осуществлена с использованием материала «Медпор». Послеоперационная полость облитерирована абдоминальным жиром и наружный слуховой проход наглухо ушит по технике слепого мешка.

Ключевые слова: опухоль эндолимфатического мешка, болезнь Гиппеля–Линдау, блок резекция, основание черепа, хирургическое лечение.

Для цитирования: Диаб Х. М., Дайхес Н. А., Чобулов С. А., Пашчина О. А., Панина О. С., Бахтин А. А., Сапегина О. А., Сайдулаев В. А. Хирургическое лечение опухоли эндолимфатического мешка из комбинированного доступа: клиническое наблюдение и обзор литературы. *Российская оториноларингология*. 2022;21(3):127–136. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-3-127-136>

Combined approach surgery of endolymphatic sac tumor: case report and literature review

Kh. M. Diab^{1,2}, N. A. Daikhes¹, S. A. Chobulov¹, O. A. Pashchinina¹, O. S. Panina¹, A. A. Bakhtin¹, O. A. Sapagina¹, V. A. Saidulaev¹

¹ National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow, 123182, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russia

The article describes a clinical observation of a 17-year-old patient with an advanced tumor of the endolymphatic sac in the direction of the middle and posterior cranial fossae, the internal auditory meatus, and the cerebellopontine angle. After selective embolization of tumor afferent vessels, a combined transmastoid, translabyrinthine, and extended approach through the middle cranial fossa was used. The facial nerve is preserved along its entire length. The inferior cranial nerves remained intact when the mass was removed from the jugular foramen. Resection of the lower part of the tumor together with the sigmoid sinus, endolymphatic sac, and bulb of the jugular vein was performed after tamponade of the transverse and inferior petrosal sinus. The structure of the upper part of the tumor included: mastoid process, antrum, and tegmen tympani, which were resected after coagulation of the middle meningeal artery. The petrous part of the tumor was removed after preservation and mobilization of the internal carotid artery and visualization of the third (mandibular) branch of the trigeminal nerve. Repair of the bones of the base of the middle cranial fossa was carried out using

© Коллектив авторов, 2022