**Г.Б. АДильБАЕВ¹, М.Е. КАЙБАРОВ¹, Г.Ж. КЫДЫРБАЕВА¹,
Б.Т. МУХАМАДИЕВ¹, Н.В. СЛОНЕВА¹**

¹АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан

Случай лечения первично-множественного рака щитовидной железы в сочетании со злокачественной параганглиомой шеи, с осложнением в послеоперационном периоде в виде острого нарушения мозгового кровообращения

Актуальность: Параганглиома – опухоль с богатой сетью новообразованных сосудов. Источник параганглиомы (ПГ) – нервные ганглии вдоль а. carotis, ганглии n. vagus и нервные сплетения вокруг сигмовидного синуса. Параганглиомы составляют 0,8% от всех опухолей ЦНС, пик встречаемости – в 40-60 лет. Опухоль каротидного тельца (хемодектома) расположена в зоне бифуркации общей сонной артерии и составляет 2/3 всех гломусных опухолей.

Цель: В статье представлен клинический случай лечения первично-множественного рака щитовидной железы в сочетании со злокачественной параганглиомой шеи, с осложнением в послеоперационном периоде в виде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), в условиях Центра опухолей головы и шеи Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии (КазНИИОуР).

Результаты: Представленный клинический случай демонстрирует результат лечения первично-множественного рака с послеоперационным периодом, осложненным ОНМК. Квалификация врачей, адекватная диагностика помогли своевременно определить тактику лечения ОНМК с учетом всех особенностей пациента, локализации опухоли и возможных послеоперационных осложнений. В результате было достигнуто восстановление пациента после перенесенного ОНМК (отсутствие парезов и параличей). На сегодняшний день достигнута ремиссия опухолевого процесса, пациентка находится под динамическим наблюдением.

Заключение: Представленный клинический случай подтверждает имеющиеся данные об эффективности и необходимости проведения всех диагностических манипуляций для оценки распространенности процесса и вовлечения в процесс прилежащих анатомических структур при подозрении на наличие хемодектомы во избежание послеоперационных последствий, приводящих к инвалидизации и летальному исходу. Погрешности в выборе тактики объема оперативного вмешательства могут привести к серьезным послеоперационным осложнениям. Своевременная диагностика и знание клинического течения, в нашем случае – ОНМК, помогли восстановить общее состояние пациентки и купировать признаки ишемии головного мозга. Успешное восстановление пациента зависят от квалификации врачей и распространенности опухолевого процесса. Адекватная симптоматическая терапия оказывает огромное влияние на течение осложненного послеоперационного периода.

Ключевые слова: клинический случай, злокачественная параганглиома, хемодектома, нервные ганглии, первично-множественный рак.

Введение: На сегодняшний день параганглиомы (ПГ) остаются достаточно редкими опухолями, составляя 0,016% среди всех злокачественных новообразований головы и шеи в Казахстане. По различным данным, в мире регистрируется от 2 до 8 случаев на 1 млн. человек в год. Пик встречаемости – в 40-60 лет. По данным Е.Г. Матякина и соавт., 5-летняя выживаемость после хирургического лечения каротидных и вагальных параганглиом (ПГ) составляет 92–98%, атипичных – 50–60% [1, 2]. Нерадикально оперированные больные с ПГ погибают от генерализации процесса преимущественно в течение первых 3 лет, реже переживают 5-летний период [2, 3].

Большинство авторов отмечают преобладание правосторонней локализации каротидной параганглиомы шеи [4, 5]. Одной из особенностей каротидных параган-

глиом является их плотное прилегание к кровеносным сосудам и экспансивный рост. Без прорастания в сосуды шеи, они лишь сдавливают магистральные сосуды. В процессе роста опухоль сдавливает близлежащие органы (боковая стенка глотки, трахея, щитовидная железа) и приходит в соприкосновение с языкоглоточными нервами, внутренней яремной веной.

С учетом различных топографо-анатомических взаимоотношений между опухолью и сонными артериями, были разработаны классификации клинических вариантов каротидных параганглиом. На основании отношения каротидных параганглиом к сонным артериям, выделяют 3 типа: 1) инкапсулированная опухоль находится в развилке сонных артерий и не прорастает стенки сонной артерии; 2) опухоли прорастают только наружную сонную артерию (НСА); 3) опухоль прорастает

внутреннюю сонную артерию (BCA) [5]. На основании ретроспективной оценки вариантов взаимоотношения опухоли с магистральными сосудами, шеи выделяют 3 типа и несколько анатомических вариантов, учет которых важен для проведения хирургического вмешательства: 1) опухоль не имеет тесной связи с сонными артериями (51,5%); 2) опухоль частично окружает BCA и спаяна с ее стенкой (30,5%); 3) опухоль циркулярно

обрастает BCA и/или OCA (18%) [5]. В советской и постсоветской медицине получила широкое распространение классификация по Атанасян [4], которая выделяет 4 варианта (рисунок 1): 1) вариант I – опухоль раздвигает в стороны HCA и BCA (40%); 2) вариант II – опухоль муфтообразно охватывает HCA (15%); 3) вариант III – опухоль охватывает BCA (5%); 4) вариант IV – опухоль охватывает бифуркацию OCA и обе ее ветви (40%).

Рисунок 1 – Схема вариантов роста каротидных параганглиом по Л.А. Атанасян [4]

Из современных методов диагностики, широкое применение при параганглиоме шеи получили высокоинформативные неинвазивные (ультразвуковое сканирование с цветным доплеровским картированием) и рентгенологические методы (компьютерная томография с динамическим контрастным усилением, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография). Предложен алгоритм обследования этой группы больных [6]. Ангиографические исследования, включая радионуклидную ангиографию сонных артерий с пертехнетатом ^{99m}Tc , селективную каротидную ангиографию, полипозиционную рентгенконтрастную ангиографию, являются наиболее информативными при обследовании больного с подозрением на параганглиому шеи. В литературе достаточно подробно описаны типичные признаки ангиографической семиотики, отмечен характерный симптомокомплекс морфологических и функциональных ангиографических признаков [1, 7, 8]. Каротидная ангиография позволяет поставить правильный диагноз при каротидной параганглиоме в 93,8% случаев [3].

Полное хирургическое иссечение опухоли каротидного тельца является методом выбора, так как результаты лучевой и химиотерапии не являются удовлетворительными [6, 9, 10].

Описанный клинический случай представляет интерес по нескольким причинам. Во-первых, он описывает сочетание злокачественной внеорганической опухоли шеи, в данном случае, злокачественной параганглиомы, на долю которой приходится всего лишь 0,8%, с дифференцированным раком щитовидной железы [1]. Во-вторых, у данной пациентки в осложненном послеоперационном периоде имело место острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), исход которого в большинстве слу-

чаев заканчивается инвалидизацией пациентов. Так, у 60% пациентов сохраняются перманентные неврологические расстройства, 20% пациентов нуждаются в постоянном постороннем уходе, примерно 35% умирают в остром периоде заболевания [6, 7, 11]. В данном случае была достигнута ремиссия благодаря адекватно проведенной комбинированной терапии. Адекватная реабилитация помогла пациентке восстановиться на 85%.

Информация о пациенте: Пациентка А., 1982 г.р., 19.11.2018 г. обратилась в Центр опухолей головы и шеи АО «КазНИИОиР» с направительным диагнозом «рак щитовидной железы StI(T1N0M0), состояние после хирургического лечения, мтс в лимфоузлы шеи справа (?)».

Клинические данные:

Анамнез заболевания: Со слов пациентки, болен с 2015 г., когда появилось образование в нижней трети шеи, чувство дискомфорта в указанной области. В декабре 2017 г. обратилась в АОЦ, где была произведена пункция из образования щитовидной железы. Цитология №18249-182-54: эпителиальные клетки с выраженной гиперплазией. Рекомендовано наблюдение в динамике. Образование в динамике увеличилось. Повторно обратилась в АОЦ, где была дообследована. УЗИ щитовидной железы от 13.06.2018 г. показало: в структуре правой доли лоцируются два узловых образования, кистозно-солидного характера – размеры 4,9х9,7 мм и 12,2х19,8 мм; в структуре левой доли лоцируются 2 аналогичных образования размером 8,4х15,9 мм и 11,8х15,5 мм. Рекомендовано оперативное лечение.

21.06.18 г. произведена операция «тиреоидэктомия. Инцизионная биопсия опухолевого образования шеи справа» в условиях АОЦ. П/о гистология №26929-55 от 30.06.2018 г.: 1) в правой доле ЩЖ фол-

ликулярная аденома. 2) в левой доле - фолликулярная карцинома с инвазией в капсулу образования. ИГХ №604/18 от 19.07.2018 г.: в левой доле ЩЖ минимально инвазивный вариант фолликулярной карциномы, G1 с фокусом инвазии в прилежащую ткань ЩЖ. В правой доле фолликулярная аденома на фоне макро-микрофолликулярного коллоидного зоба. Гиалинизированная фиброзная ткань, элементов опухоли не выявлено. Лимфатические узлы с реактивной гиперплазией, элементов опухоли не обнаружено.

Пациентка отмечает прогрессивный рост образования на шее в течение месяца после операции. Далее по данным КТ от 20.07.18 г.

(рисунок 2): На серии КТ-сканов в проекции подчелюстной области справа определяется дополнительное образование размерами 4,6х5,0х6,7 см с четкими, неровными контурами неомогенной структурой за счет участков некроза в структуре, данное образование неинтенсивно накапливает контрастное вещество. Ближайшие сосуды оттеснены, имеется инвазия к стенке сосудов общей сонной артерии (ОСА), её ветвей. При анализе костных структур определяется литическая деструкция угла нижней челюсти справа с тканевым компонентом в структуре, размерами около – 3,5х4,0 см с перифокальной инфильтрацией (мтс).

Рисунок 2 – Пациентка А., 1982 г.р.: КТ головы и шеи от 20.07.18 г.
КТ-картина мтс-образования подчелюстной области справа с инвазией к стенке общей сонной артерии

Ангиография дуги аорты, проведенная в частном медцентре «Mediterra» 08.08.2018 г., показала: Грудная аорта и ветви дуги – без ангиографических признаков поражения. Справа: Брахиоцефальный ствол, ОСА, подключичная артерия, позвоночная артерии проходимы. От НСА отходят множественные патологические ветви, ведущие к образованию округлой формы, с накоплением контрастного вещества в венозную фазу, выраженным сбросом в наружную и внутреннюю яремные вены. Заключение: Ангиографические признаки хемодектомы справа.

Ангиография из ветвей дуги аорты от 10.09.18 г. показала наличие округлого гиперваскулярного образования в проекции НСА округлой формы, с ранним венозным сбросом. Источником являются афферентные

артерии НСА справа. Далее выполнена рентгеноэндоваскулярная окклюзия гломусного образования шеи справа с использованием эмбол embogold 500-700. Контрольная ангиография выявила снижение артериовенозного сброса до 90%, полную проходимость магистральных артерий. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пациентка направлена на оперативное лечение в КазНИИОиР, где произведён пересмотр привезенных препаратов и блоков. Пересмотр готовых препаратов № 26920-55/18 (27 шт.): в левой доле щитовидной железы минимально инвазивный вариант фолликулярной карциномы, G1(ICD–Ocode 8335/3) с фокусами инвазии в прилежащую ткань щитовидной железы. В правой доле щитовидной железы фолликулярная аде-

нома. Гиалинизированная фиброзная ткань, элементов опухоли не выявлено. Случай обсужден на заседании мультидисциплинарной группы (МДГ). С учетом данных КТ-исследований инвазии опухоли в стенки арте-

рии шеи и ее ветвей, рекомендовано оперативное лечение совместно с сосудистыми хирургами.

Временная шкала данного клинического случая представлена на рисунке 3.

Рисунок 3 – Временная шкала эпизода медицинской помощи

Диагностика:

Общее состояние при поступлении: Состояние больной при поступлении – относительно удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Телосложение – нормальное. Видимые кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка и мышечная система развиты равномерно. Костно-суставной аппарат – без деформации. Грудная клетка правильной формы. В легких дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. Границы сердца соответствуют норме. Сердечные тоны – приглушенные, ритмичные. АД – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 72 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез – регулярные.

Локально: Лицо ассиметрично за счет опухолевого образования в проекции нижней челюсти в справа, плотной консистенции, неподвижное, болезненное размером 5,0х3,0 см. В верхне-задней части шеи справа – опухолевый конгломерат плотной консистенции размером до 7,0 см в диаметре.

Данные исследований при поступлении:

В предоперационном периоде было проведено дуплексное сканирование шеи для оценки состояния главных сосудов и КТ шеи для оценки распространенности процесса.

26.10.2018 г. на серии КТ-сканов состояния после хирургического лечения по поводу с-ч щитовидной железы: в мягких тканях шеи слева, в проекции бифуркации ОСА, визуализируется дополнительное образование 6,7х5,3х4,9 см с неровными, достаточно четкими конту-

рами, широким основанием прилежащей ОСА ниже и выше бифуркации. Определяется патологическая костная структурная перестройка альвеолярного отростка и ветви нижней челюсти справа, протяженностью 3,8 см, с очагами литической деструкции. В зоне костных изменений – корни зубов. Имеется мягкотканый компонент размерами 3,6х3,3х2,7 см, распространяющийся в

скуловую область. Контурируются единичные, увеличенные до 1,4 см в диаметре лимфоузлы подбородочной области справа, до 1,6 см в диаметре – лимфоузлы мягких тканей шеи слева. Образование интенсивно и негетогенно накапливает контраст. На ограниченном участке просвет ОСА, НСА и ВСА проходит через толщу образования (рисунок 4).

Рисунок 4 – Пациентка А., 1982 г.р.: КТ головы и шеи от 26.10.2018 г. Внеорганный солидный процесс на шее справа. Деструктивный процесс н/челюсти справа. МТС (?)

Дуплексное сканирование БЦА с режимами цветного картирования, ангио- спектрального анализа от 21.11.2018 г.: ВСА и НСА проходит в толще образования, стенозическое сдавление образованием, не исключается прорастание ВСА и НСА.

Лечение:

Проведенное оперативное лечение: Совместно с сосудистым хирургом было проведено оперативное лечение в объеме: Удаление опухоли шеи справа с резекцией ОСА, резекцией нижней челюсти с 4 зуба по угол н/челюсти справа. Операция 22.11.2018 г.: Интраоперационно при ревизии в средней, верхней трети шеи справа обнаружен опухолевый конгломерат, муфтообразно охватывающий и прорастающий ОСА, размером 6,0 х 5,0 см. При попытке мобилизовать опухоль от ОСА произведен разрыв стенки. ОСА взята на сосудистый зажим. Далее произведена попытка мобилизации ВСА (диаметр – 0,3 мм), которая также муфтообразно охвачена опухолью. Решено резецировать ОСА и ВСА. Взяты на зажим и резецированы. Опухоль удалена единым блоком. Далее вторым этапом в асептических

условиях произведена резекция фрагмента нижней челюсти. Пилой Джигли тело нижней челюсти перепилено в проекции / 4 зуба справа в пределах здоровой ткани с оголением тела нижней челюсти до угла нижней челюсти справа и удалена единым блоком. Послойное ушивание раны.

В послеоперационном периоде на первые сутки в связи с перевязкой ОСА появилась клиника острого инсульта головного мозга. На серии МР-томограмм головного мозга от 23.11.2018 г. получены изображения суб-, супратенториальные отделы головного мозга в сагиттальной, аксиальной и коронарной плоскостях. Определяется цитотоксический отек коры и субкортикального белого вещества правой лобной, теменной и височной долей, с ограничением диффузии на DWI участками геморрагического пропитывания. Срединные структуры смещены влево на 0,6 см, правый боковой желудочек и III желудочек сдавлены. IV желудочек не изменен. Мозолистое тело развито правильно. Турецкое седло – обычной формы, гипофиз однородный. Краниовертебральный переход – без особенно-

стей. Миндалины мозжечка расположены выше линии Чемберлена. Заключение: МР- картина острого ишемического инфаркта в правом большом полушарии мозга (бассейн правой средней мозговой артерии), с геморрагическим пропитыванием. Состояние после перевяз-

ки правой ВСА (рисунок 5). В связи с переводом пациентки на ИВЛ 23.11.2018 г. была наложена трахеостома. Отслеживалось состояние ОГК. По рентген данным от 26.11.2018 г.: рентген-картина гипостатических изменений в легких (рисунок 6).

Рисунок 5 – Пациентка А., 1982 г.р.: МРТ головного мозга от 23.11.2018 г. МР-картина острого ишемического инфаркта в правом большом полушарии мозга (бассейн правой средней мозговой артерии), с геморрагическим пропитыванием. Состояние после перевязки правой внутренней сонной артерии

Рисунок 6 – Пациентка А., 1982 г.р.: Рентгенограмма ОГК от 26.11.2018 г. Картина гипостатических изменений в легких

Решением ежедневно проводимого консилиума пациентка с 23.11.18 г. по 29.11.2018 г. находилась в отделении реанимации на интенсивной терапии. Для оценки динамики процесса в головном мозге проводилось МРТ, по данным которого отслеживалась положительная динамика: 27.11.2018 г. получена МР-картина острого ишемического инфаркта в правом большом полушарии мозга, с геморрагическим пропитыванием, с тенденцией к положительной динамике. Данных за МТС-поражение головного мозга не выявлено (рисунок 7). Рентген ОГК от 28.11.2018 г.: рентген-картина гипостатических изменений в легких. В динамике: стабильная рентген-картина (рисунок 8).

В связи с относительно положительной динамикой (уменьшение дислокации срединных структур до 0,8 см; предыдущие данные – 1,0 см), по решению консилиума пациентка переводится из отделения реанимации в профильное отделение для продолжения лечения:

продолжить антибиотикотерапию, противогрибковую терапию. Проведена активизация больного. Послеоперационная рана в подчелюстной области справа зажила первичным натяжением. После 18 дней пребывания в Центре опухолей головы и шеи КазНИИОиР пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом на основании послеоперационной гистологии №0.65997-07 от 22.11.2018 г.: «Первично-множественный метакронный с-ч: С-г щитовидной железы StI(T1N0M0). Состояние после тиреоидэктомии. Злокачественная параганглиома шеи справа с прорастанием нижней челюсти справа StIII(T3N0M0). Состояние после хирургического лечения». Данная гистологическая картина может наблюдаться при злокачественной параганглиоме с прорастанием в нижнюю челюсть. С учетом послеоперационной гистологии, рекомендовано проведение курса лучевой терапии.

Рисунок 7 – Пациентка А., 1982 г.р.: МРТ головного мозга от 27.11.2018 г.

МР-картина острого ишемического инфаркта в правом большом полушарии мозга, с геморрагическим пропитыванием, с тенденцией к положительной динамике

Рисунок 8 – Пациентка А., 1982 г.р.: Рентгенограмма ОГК от 28.11.2018 г.

Картина гипостатических изменений в легких. В динамике: стабильная рентген-картина

С 18.02.19 г. пациентка получала ДЛТ на область лимфоузлов шеи и ложа образования нижней челюсти РОД 2 Гр 5 фракций в неделю до СОД 40 Гр. Лечение перенесла удовлетворительно. Отмечена стандартная лучевая реакция 1 степени по RTOG.

При контрольном осмотре ровно через 1 год по данным КТ от 31.10.2019 г. на серии КТ-сканов выявлено: состояние после хирургического лечения по пово-

ду С-щитовидной железы, после комбинированного лечения по поводу злокачественной параганглиомы шеи справа. В мягких тканях шеи справа на фоне умеренно выраженных рубцовых изменений, определяется образование размером 2,5x1,6x3,2 см, с четкими ровными контурами, повышенной плотности, без перифокальной инфильтрации прилежащих тканей. По нижнему контуру образования отмечается локальное

скопление жидкости размером 0,9х0,6 см. Контрастного накопления не выявлено. По краю резекции альвеолярного отростка нижней челюсти справа определяется тканевой компонент размером 0,9х0,8 см, который интенсивно гомогенно накапливает контраст. Заключение: образование мягких тканей шеи справа. Мтс-поражение альвеолярного отростка нижней челюсти справа (рисунок 9).

Рисунок 9 – Пациентка А., 1982 г.р.: КТ головы и шеи от 31.10.2019 г.

Образование мягких тканей шеи справа. Мтс-поражение альвеолярного отростка нижней челюсти справа

По данным рентгенографии ОГК от 05.11.2019 г., данных за очаговые и инфильтративные изменения в легких нет (рисунок 10).

Рисунок 10 – Пациентка А., 1982 г.р.: Рентгенограмма ОГК от 05.11.2019 г.

Отсутствие очаговых и инфильтративных изменений

Операция 19.11.2019 г.: Удаление рецидивной опухоли шеи справа с перевязкой ВЯВ справа. Послеоперационный период протекал без особенностей. П/операционная гистология №О.70675-77 от 19.11.19 г.: в операционном материале клеток опухоли не обнаружено. По данным КТ при контрольном осмотре от 04.02.2020 г.: определяются постоперационные фиброзные изменения мягкой ткани в проекции подчелюстной области справа, без убедительных КТ-признаков за дополнительные очаговые образования на

этом уровне. Также имеются постоперационные изменения в зоне частичной резекции нижней челюсти справа, без выраженной литической деструкции кости на этом уровне. Данных за рецидив и мтс не отмечается (рисунок 11). На данный момент пациентка находится под наблюдением онколога, проходит этапы реабилитации.

Рисунок 11 – Пациентка А., 1982 г.р.: КТ головы и шеи от 04.02.2020 г.

Данных за рецидив и мтс не отмечается

Результаты и обсуждение:

Представленный клинический случай показывает результат лечения как первично-множественного рака, так и результаты лечения послеоперационного осложнения в виде ОНМК. Данный клинический случай демонстрирует, что консервативная терапия ОНМК, включающая контроль ишемии головного мозга посредством МРТ, рентгенографию органов грудной клетки, раннюю активизацию пациента, сохранение стабильного гомеостаза на фоне адекватной инфузионной терапии, позволяет достичь положительного эффекта и восстановления пациента. Выбор тактики лечения следует проводить индивидуально, с учетом всех особенностей пациента, локализации опухоли и возможных послеоперационных осложнений. На сегодняшний день достигнута стабилизация основного процесса после проведенного комбинированного лечения, пациентка находится под динамическим наблюдением, проходя каждые 6 месяцев контрольные обследования (КТ головы и шеи, УЗИ щитовидной железы), реабилитацию с целью возможности полного восстановления.

Список использованных источников:

1. Матякин Е.Г., Дан В.Н., Шубин А.Д. и др. Параганглиомы шеи (хемодектомы). – М.: Вердана, 2005;
2. Boedeker C.C., Ridder G.J., Schipper Paragangliomas of the head and neck: diagnosis and treatment // *Familial Cancer*. – 2005. – Vol. 4. – P. 55–59.
3. Константинов Б.А., Гавриленко А.В., Скрылев С.И., Степанов Р.Р. Хирургическое лечение больных каротидной хемодектомой // *Хирургия*. – 2000. – №2. – С. 4–8;
4. Атанасян Л.А. Хемодектомы. – М.: Медицина, 1967. – 92 с;

5. Фалилеев Г.В. Опухоли шеи. — М.: Медицина, 2006. — С. 30–34;

6. Lee J.H., Barich F., Karnell L.H., Robinson R.A., Zhen W.K., Gantz B.J., Hoffman H.T.; American College of Surgeons Commission on Cancer; American Cancer Society. National Cancer Data Base report on malignant paragangliomas of the head and neck // *Cancer*. — 2002. — Vol. 94 (3). — P. 730–737;

7. Бородулин Ю.В., Долгушин Б.И., Колесникова Е.К., Подвизников С.О. Современные методы диагностики в распознавании и оценке распространенности каротидных хемодектом // *Советская медицина*. — 1991. — № 8. — С. 74–77;

8. Власов Е.А. Опухоли мозга – КТ, МРТ диагностика. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. – 242с;

9. Газимагомедов З.И. Параганглиомы шеи // *Креативная кардиология*. — 2015. — № 9(1). — С. 56;

10. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Яковлев С.Б., Арустамян С.Р., Шмигельский А.В. Хирургическое лечение стенозирующих пораженных магистральных артерий головного мозга. Рекомендательный протокол. – Москва: НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, 2012. — С. 1–2.

11. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Репета О.Р. Параганглиомы шеи // *Сибирский медицинский журнал*. — 2009. — № 2. — С. 12.

ТҰЖЫРЫМ

**Г.Б. Әділбаев¹, М.Е. Қайбаров¹, Г.Ж. Қыдырбаева¹,
Б.Т. Мұхамдиев¹, Н.В. Слонева¹**

¹«Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты» АҚ,
Алматы, Қазақстан Республикасы

Ми қан айналымының жіті бұзылуы түрінде отадан кейінгі асқыну кезіндегі мойынның қатерлі параганглиомасымен ұштасқан қалқанша безінің алғашқы-көпше обырын емдеу жағдайы

Өзектілігі: Параганглиома – жаңа пайда болған тамырлардың бай желісі бар ісік. Параганглиоманың көзі болып жүйке ганглий бойындағы а. carotis, n. vagus ганглий және сигма түріндегі синус айналасындағы жүйке өрімі табылады. Параганглиомалар орталық жүйке жүйесіндегі барлық ісіктердің 0,8%-ын құрайды, кездесу шыңы – 40-60 жаста. Каротидті тельцтің ісігі (хемодектома) жалпы ұйқы артериясының бифуркациясы аймағында орналасқан және барлық гломусты ісіктердің 2/3 құрайды.

Мақсаты: Мақалада Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтының бас және мойын ісіктері бөлімшесі жағдайында ми қан айналымының жіті бұзылуы түрінде отадан кейінгі асқыну кезіндегі мойынның қатерлі параганглиомасымен ұштасқан қалқанша безінің алғашқы-көпше обырын емдеудің клиникалық жағдайы көрсетілген.

Нәтижелері: Ұсынылған клиникалық жағдай ми қан айналымының жіті бұзылуының асқынған операциядан кейінгі кезеңімен баспақы-көпше обырды емдеу нәтижесін көрсетеді. Дәрігерлердің біліктілігі, адекватты диагностика пациенттің барлық ерекшеліктерін ескере отырып, ми қан айналымының жіті бұзылысын емдеу әдісін, ісіктің орналасуын және операциядан кейінгі мүмкін болатын асқынуларды дер кезінде анықтауға көмектесті. Нәтижесінде ми қан айналымының жіті бұзылуынан кейін емделушіні қалпына келтіруге қол жеткізілді (парездер мен салдың болмауы). Бүгінгі күні ісік процесінің ремиссиясына қол жеткізілді, науқас динамикалық бақылауда.

Қорытынды: ұсынылған клиникалық жағдай процестің таралуын бағалау үшін барлық диагностикалық манипуляцияларды жүргізудің тиімділігі мен қажеттілігі туралы қолда бар деректерді растайды және мүгедектік пен өлімге әкелетін отадан кейінгі салдарды болдырмау үшін хемодектоманың болуына күдік болған кезде іргелес анатомиялық құрылымдарды процеске тарту отадан кейінгі күрделі асқынуларға әкелуі мүмкін. Біздің жағдайда ми қан айналымының жіті бұзылуы пациенттің жалпы жағдайын қалпына келтіруге және ми ишемиясының белгілерін тоқтатуға көмектесті. Пациентті сәтті қалпына келтіру дәрігерлердің біліктілігіне және ісік процесінің таралуына байланысты. Адекватты белгілер терапиясы асқынған отадан кейінгі кезеңде үлкен әсер етеді.

Түйінді сөздер: клиникалық жағдай, қатерлі параганглиома, хемодектома, жүйке ганглий, бастапқы-көпше обыр.

ABSTRACT

**G.B. Adilbayev¹, M.E. Kaibarov¹,
G.Z. Kydyrbayeva¹, B.T. Mykhamadiev¹,
N.V. Sloneva¹**

¹Kazakh Institute of Oncology and Radiology, Almaty, Republic of
Kazakhstan

Multiple Primary Thyroid Cancer in combination with Malignant Paraganglioma of the Neck complicated by Acute Cerebrovascular Event in the Postoperative Period: Clinical Case

Actuality: Paraganglioma originates from the nerve ganglia along a.carotis, the ganglion of n.vagus, and the nerve plexuses around the sigmoid sinus, and has a rich tumor vasculature. Paraganglioma accounts for 0.8% of all CNS tumors and occurs most often at 40-60 years. Chemodectoma is located in the common carotid artery bifurcation zone and accounts for 2/3 of all glomus tumors.

Purpose: The article describes a clinical case of multiple primary thyroid cancer in combination with malignant paraganglioma of the neck complicated by acute cerebrovascular event (ACE) in the postoperative period treated at the Head and Neck Tumor Center of the Kazakh Institute of Oncology and Radiology.

Results: The presented clinical case demonstrates the results of the treatment of multiple primary cancer complicated by an ACE in the postoperative period. The qualification of doctors, adequate diagnostics contributed to choosing the right ACE treatment tactics taking into account all the patient-specific features, the tumor localization, and possible postoperative complications.

Conclusion: The presented clinical case confirms the available data on the necessity of all diagnostic procedures and their effectiveness in the assessment of the prevalence of the process and the involvement of the adjacent anatomical structures in the suspected chemodectoma to avoid postoperative consequences that can lead to disability and fatal outcome. A wrong choice of the volume of surgical intervention can result in severe postoperative complications. Timely diagnosis and knowledge of the clinical course of the ACE helped restore the patient's general condition and stop signs of cerebral ischemia. Successful recovery of a patient depends on the qualifications of the doctors and the prevalence of the tumor process. Adequate symptomatic therapy has a huge impact on the course of a complicated postoperative period.

Keywords: clinical case, malignant paraganglioma, chemodectoma, nerve ganglia, multiple primary cancer.