

ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАМИ ВЕНЫ ГАЛЕНА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Иванов Алексей Юрьевич., Комиссаров Михаил Игоревич., Алешин Иван Юрьевич.,
Усенко Иван Николаевич, Тризна Евгений Владимирович., Зеленин Назар Мартович,
Милашенко Татьяна Владимировна, Яковлев Алексей Владимирович, Купатадзе
Дмитрий Дмитриевич, Иванов Дмитрий Олегович.*

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2

alexey-iv@yandex.ru

Ключевые слова: новорожденные; сосудистые пороки развития; вена Галена; аневризма вены Галена

Введение. название «аневризма вены Галена» у новорожденных, как правило подразумевает большую группу сосудистых шунтирующих пороков головного мозга (ШПГМ), которые приводят к дилатации вены Галена. Это состояние сопровождается высокой степенью артериовенозного шунтирования, что приводит к выраженной легочной гипертензии, правожелудочковой недостаточности и, зачастую, к гибели пациента.

Цель исследования. оценить эффективность эндоваскулярной эмболизации артериовенозных фистул у пациентов с аневризмами вены Галена в перинатальном периоде

Материалы и методы. по жизненным показаниям эндоваскулярно прооперировано 27 пациентов в раннем перинатальном периоде с различными шунтирующими пороками развития сосудов мозга, с наличием аневризмы вены Галена. Пациентам осуществлялась эмболизация клеевыми или неадгезивными композициями, иногда с ассистирующей эмболизацией спиралями

Результаты. Во всех наблюдениях удалось достичь существенного снижения степени артерио-венозного шунтирования, что приводило к клинической стабилизации состояния и позволяло провести последующие этапы эмболизации в более позднем возрасте, когда возможности хирургии значительно возрастают. Результативность операции напрямую зависела от типа порока, количества приводящих сосудов и состояния ребенка. Погибло три пациента, перенесших кровоизлияние интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде, а также от развившейся полиорганной недостаточности.

Выводы.

1. ШПГМ с признаками перегрузки правых отделов сердца подлежат экстренной эмболизации в первые дни/часы после рождения
2. Радикальная эмболизация возможна редко, в зависимости от типа сосудистого порока, целью является снижение объема шунтирования для стабилизации состояния.
3. Более радикальное лечение может проводиться через 6 месяцев, когда хирургические возможности существенно возрастают