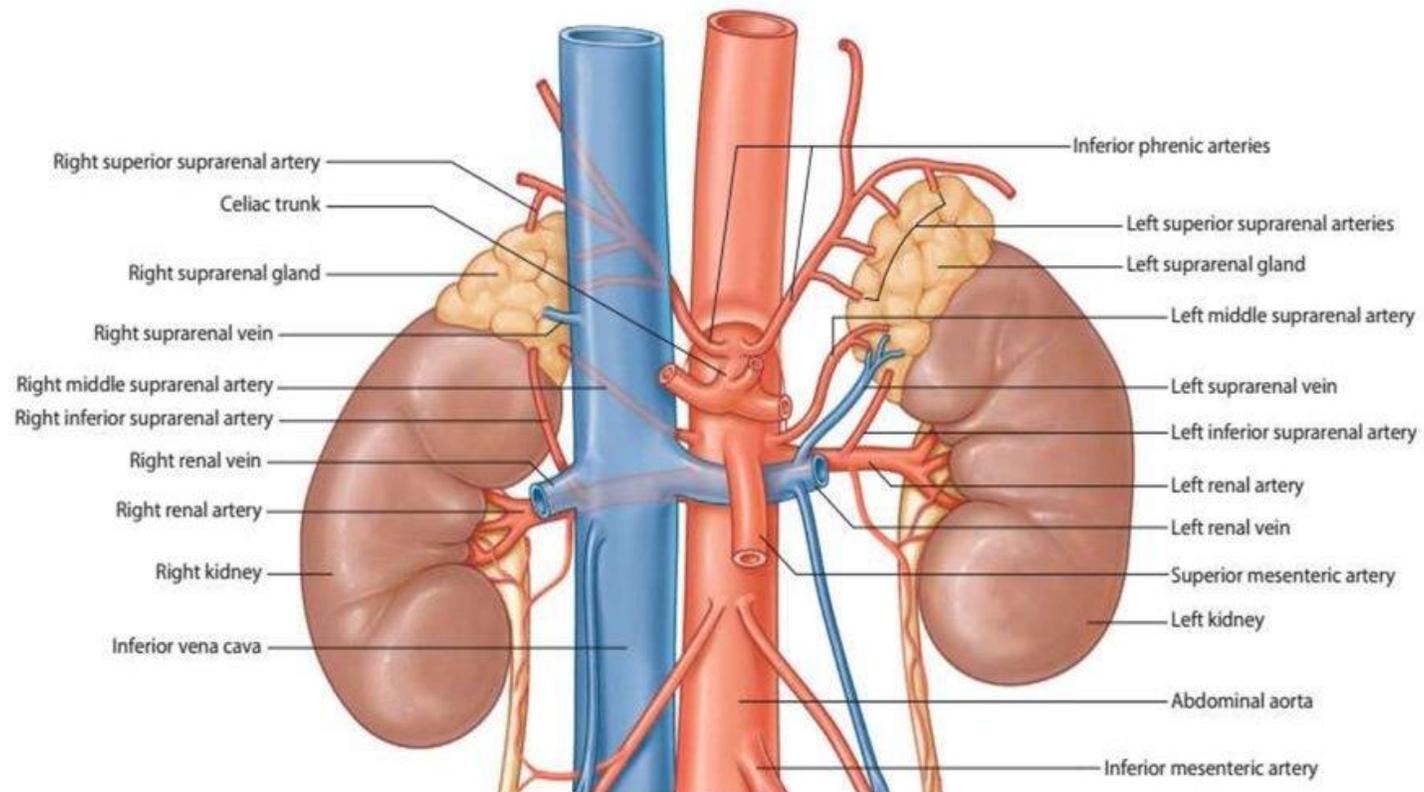
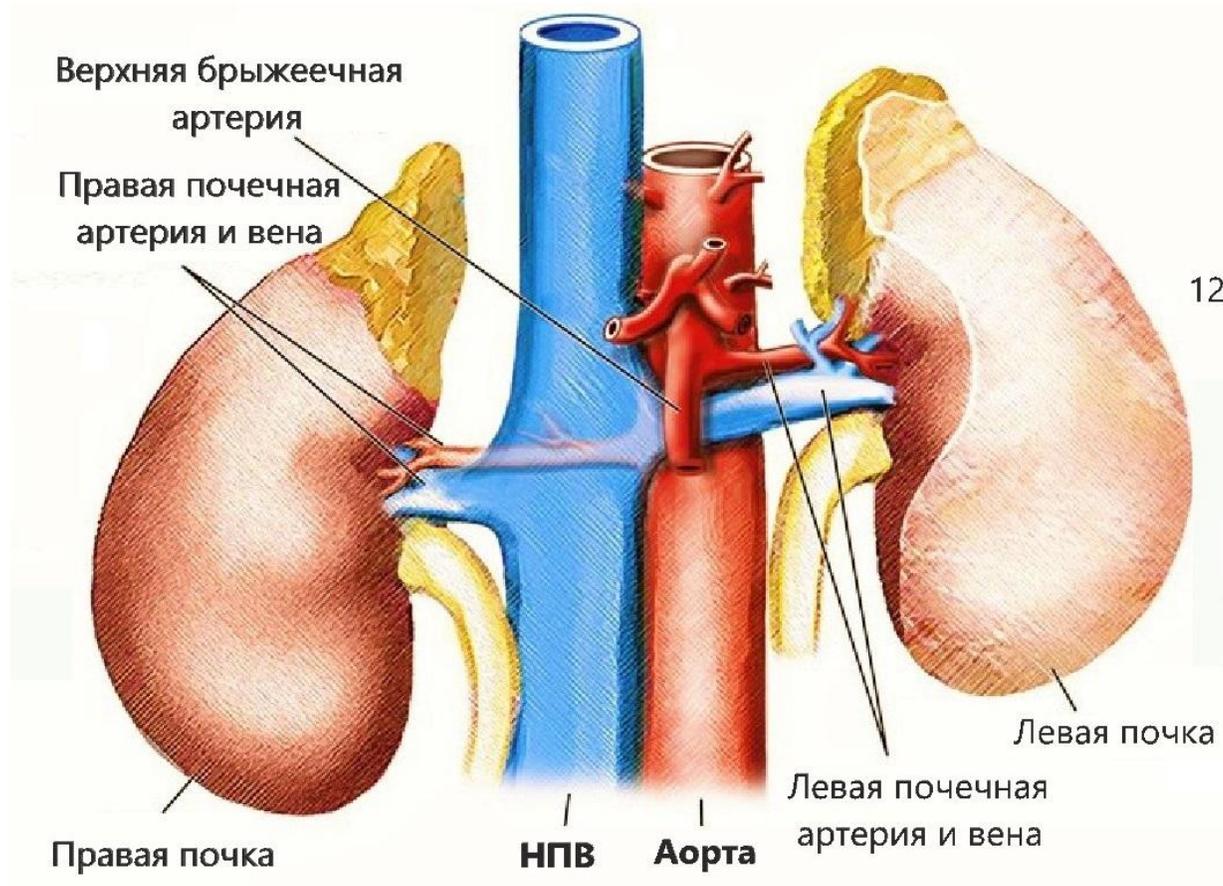
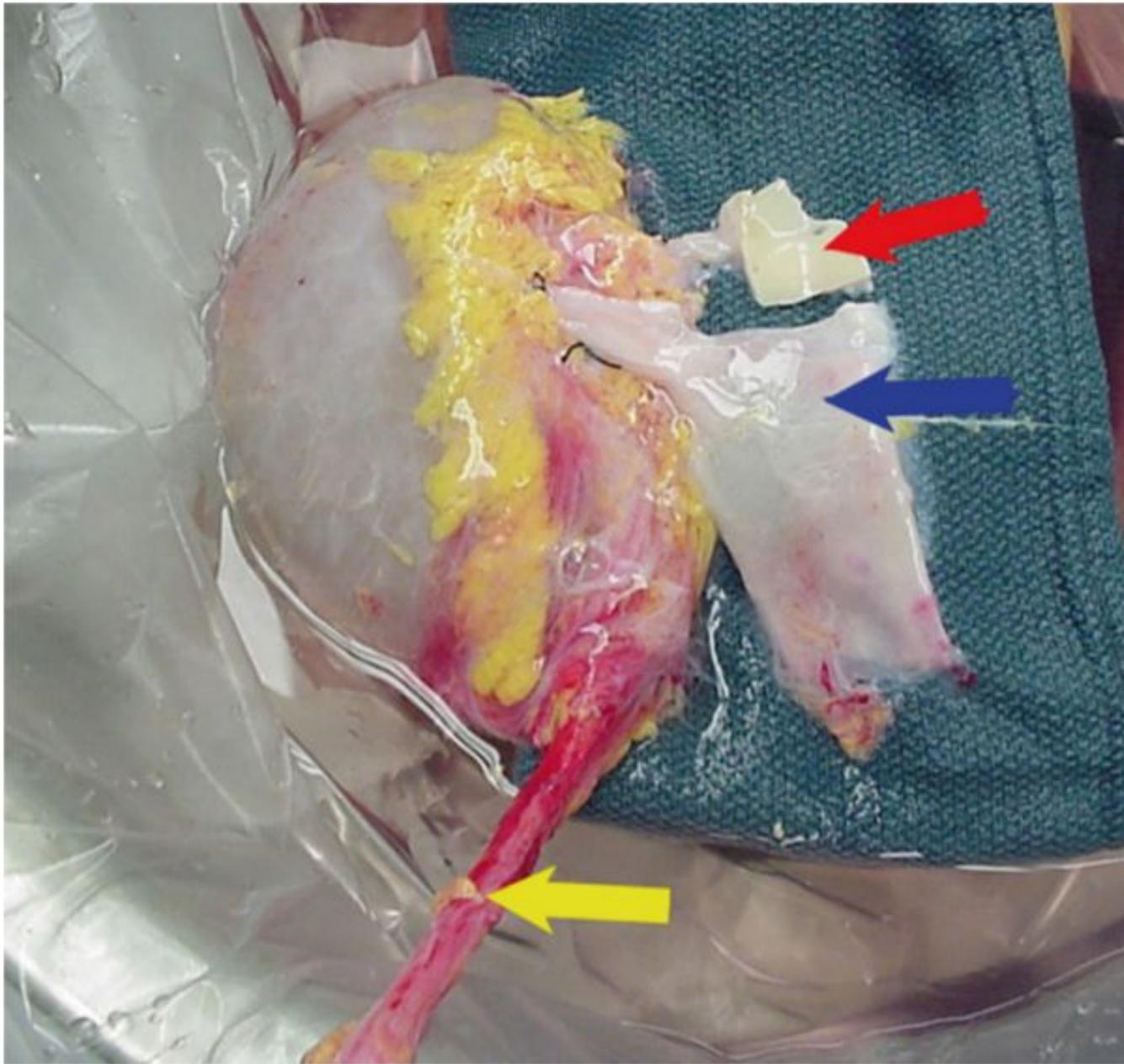


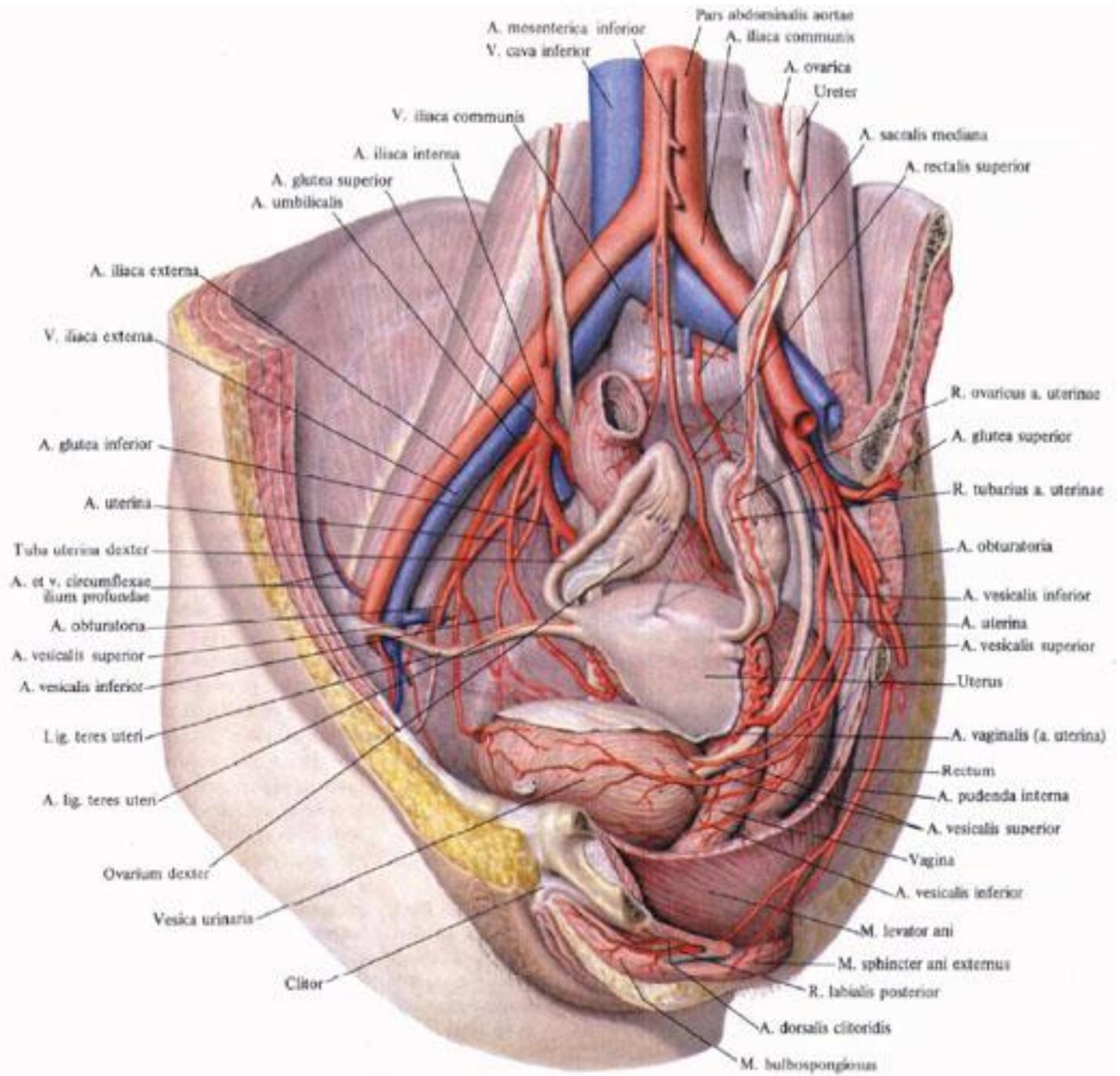
Почечные сосуды







Красная стрелка –
почечная артерия
Синяя стрелка –
почечная вена
Желтая стрелка –
мочеточник



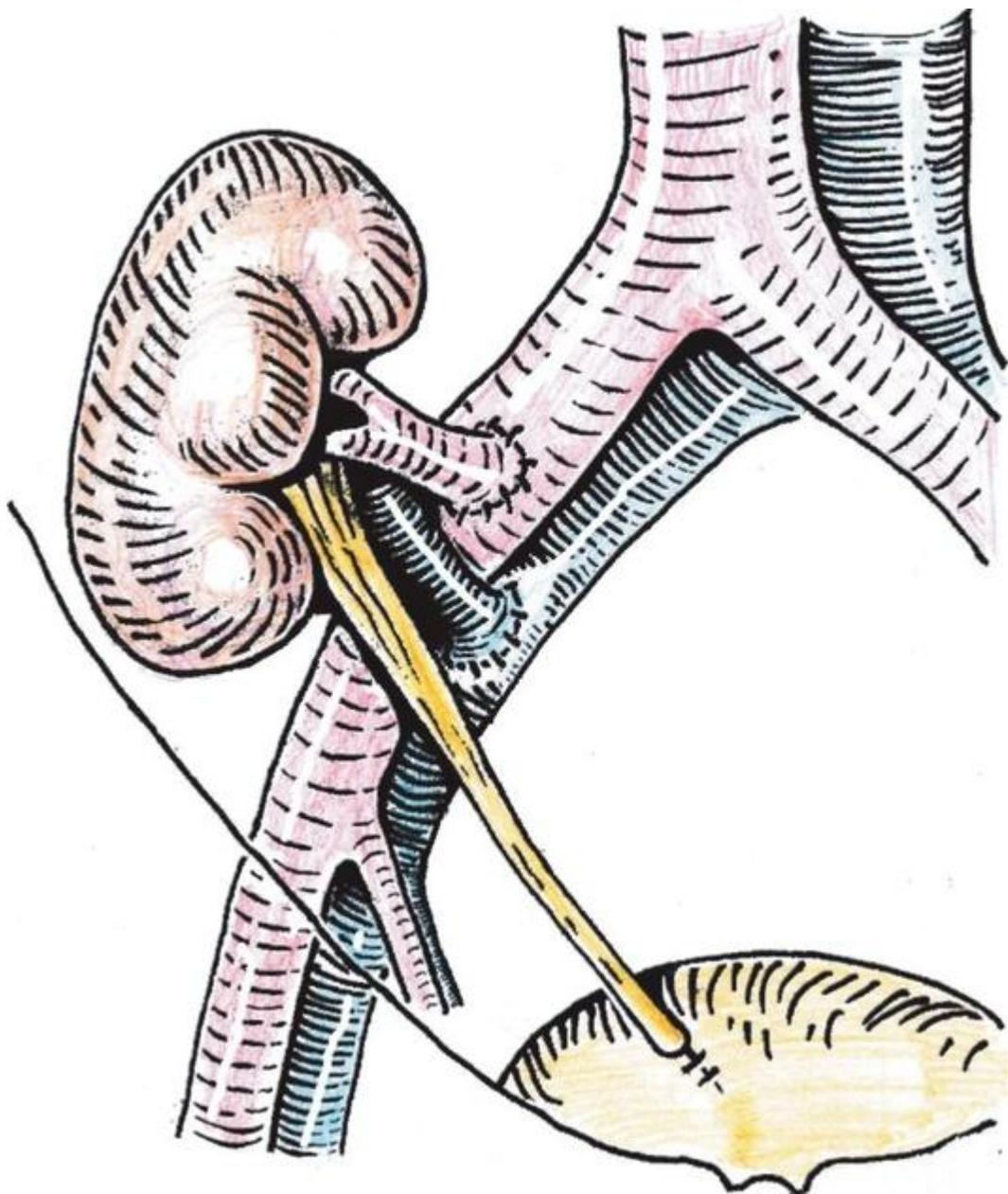
Если трансплантация выполняется впервые, то доступ может быть осуществлен как справа, так и слева.

Существуют различные подходы к выбору стороны операции:

1. Один из них предполагает выполнение доступа только справа, независимо от того правая или левая почка донора будет пересажена. В этом случае большая доступность правой подвздошной вены, по сравнению с левой облегчает выполнение операции

2. Другой вариант – это выполнение доступа со стороны, противоположной той, с которой получен трансплантат, то есть правая почка размещается слева, и наоборот.

Эта техника обычно применяется, когда для анастомоза используется внутренняя подвздошная артерия, так как сосуды находятся в удобной для этого позиции и лоханка обращена к передней брюшной стенке, что делает возможным последующие реконструкции при показаниях, в том числе и на мочеточнике.



Третий подход предполагает осуществление доступа на стороне, ипсилатеральной донорской почке: при этом правая почка донора помещается в правой подвздошной области, а левая — слева.

Этот способ предпочтителен, если для артериального анастомоза выбирается наружная подвздошная артерия. При этом, когда трансплантат «уложен» в нужную позицию, сосуды лежат без избыточного изгиба.

При повторной трансплантации для выполнения доступа обычно выбирается сторона, противоположная стороне предыдущей операции.

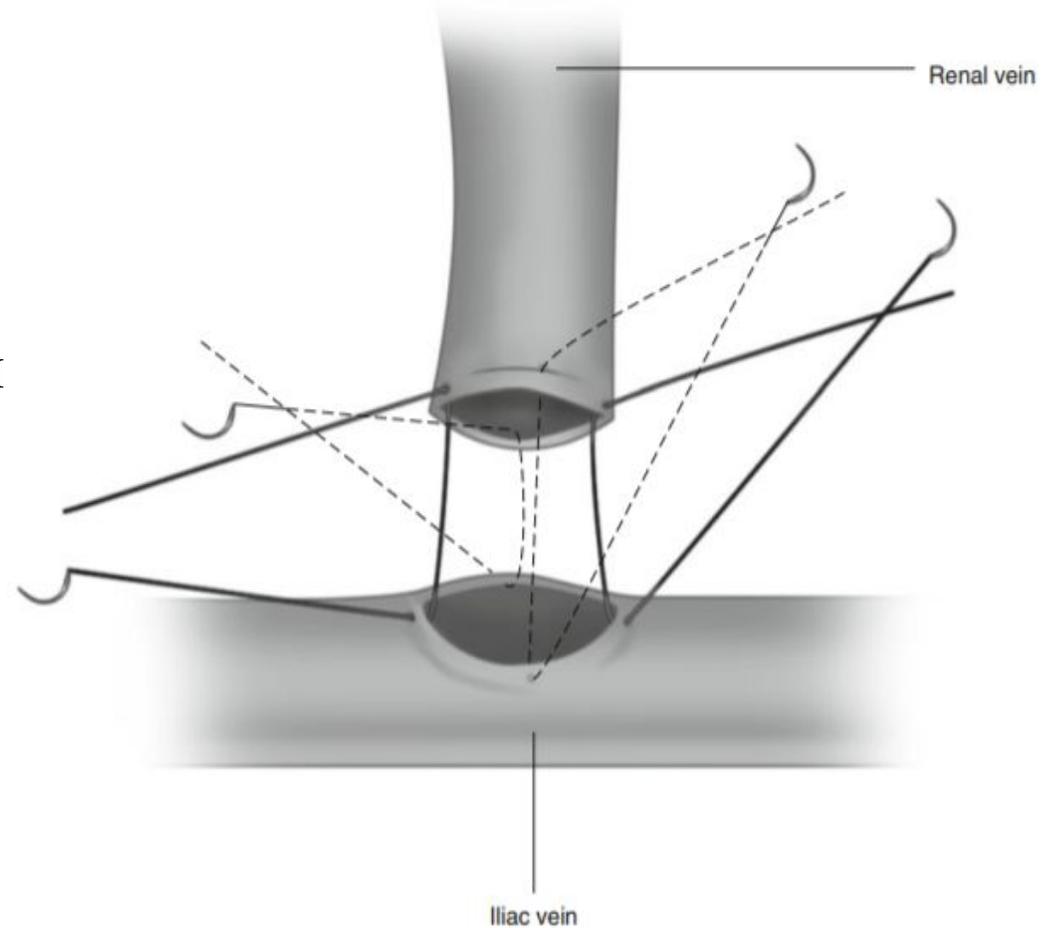


Венозный анастомоз

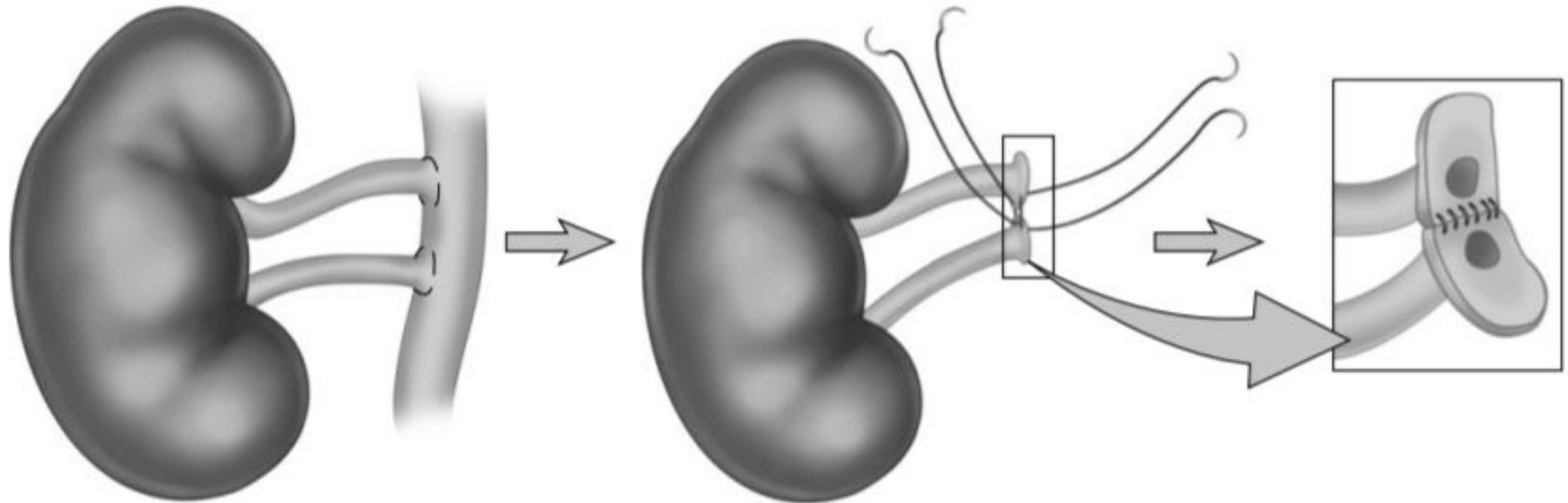
С целью сокращения ишемии нижней конечности венозный анастомоз обычно накладывают в первую очередь.

Почечную вену донорской почки обычно анастомозируют с наружной подвздошной веней реципиента по типу «конец в бок».

При наличии нескольких почечных вен для анастомоза обычно выбирают наибольшую; остальные вены могут быть безопасно перевязаны, так как внутривенная сеть венозного оттока имеет множество коллатералей.

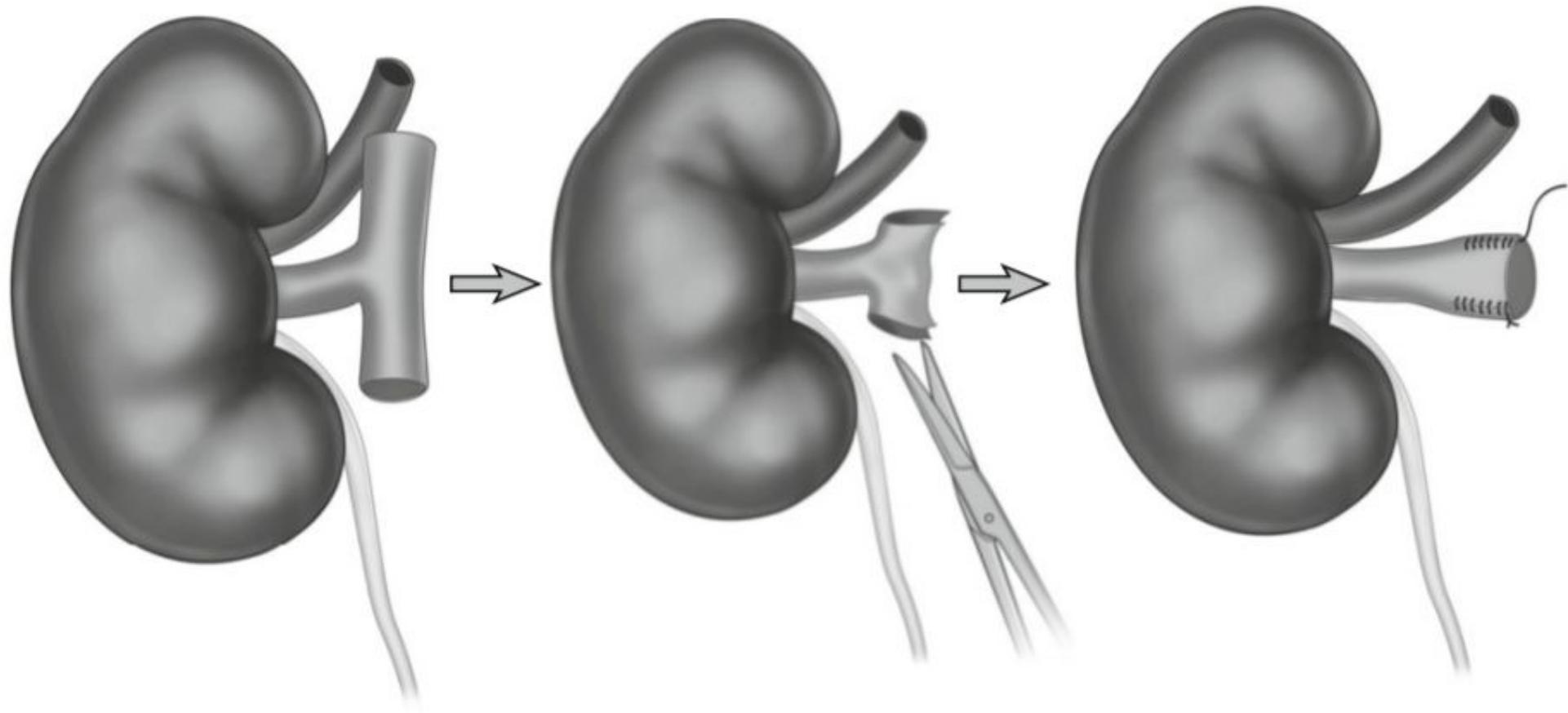


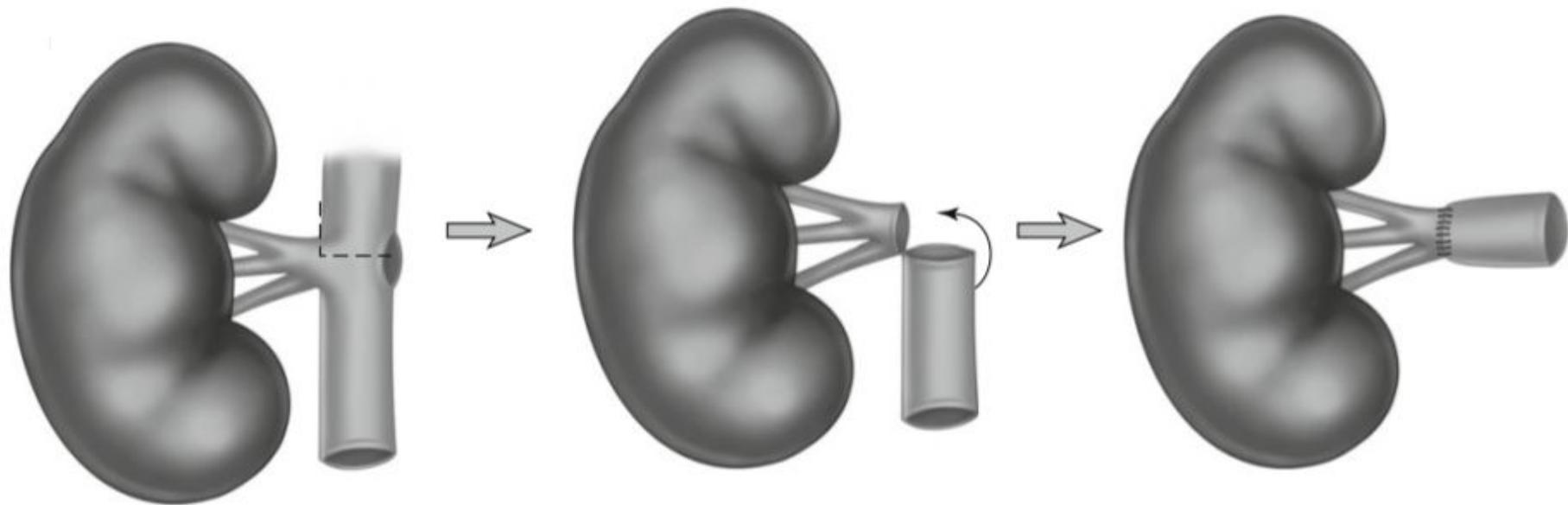
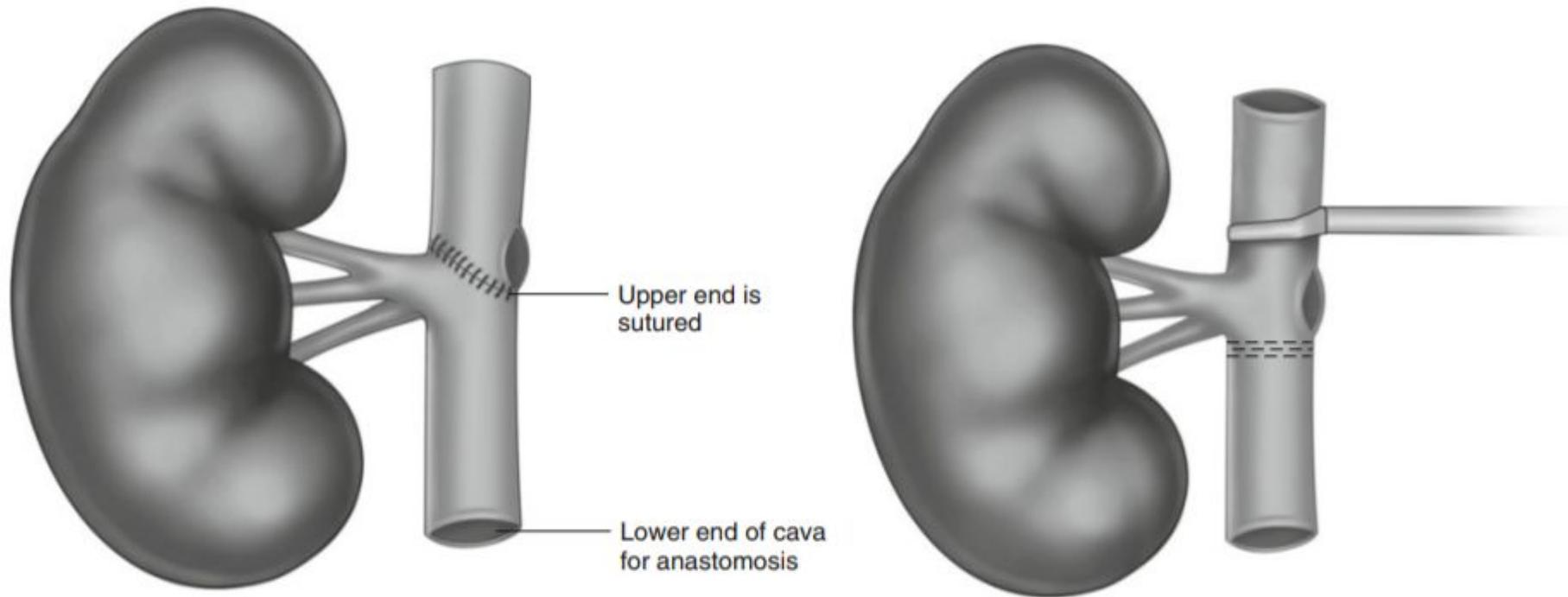
Если трансплантат имеет две равнозначные вены, они могут быть сшиты между собой по типу «штанов» и далее, одним устьем анастомозированы с подвздошной веней реципиента.



Так же возможен вариант, когда две равнозначные почечные вены анастомозируются с наружной подвздошной веней по отдельности.

В случае, если трансплантат забран от умершего донора, то короткая правая почечная вена может быть удлинена за счет участка нижней поллой вены донора.





Почечную артерию трансплантата обычно анастомозируют с наружной подвздошной артерией по типу «конец в бок» (возможен вариант и с общей подвздошной артерией)

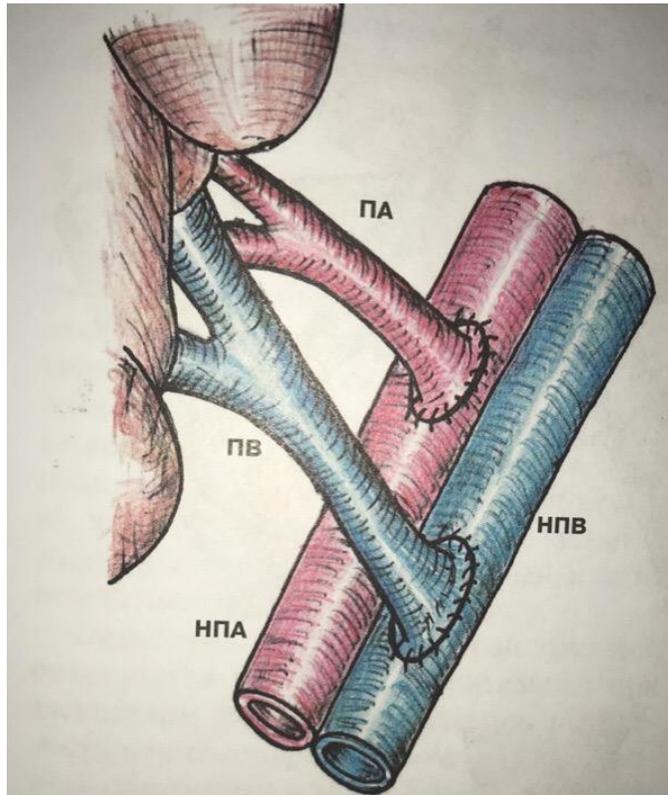


Рис. 8.8. Создание артериального анастомоза «конец в бок». НПА — наружная подвздошная артерия; НПВ — наружная подвздошная вена; ПА — почечная артерия трансплантата; ПВ — почечная вена трансплантата

Возможно также анастомозирование по типу «конец в конец» с внутренней подвздошной артерией.

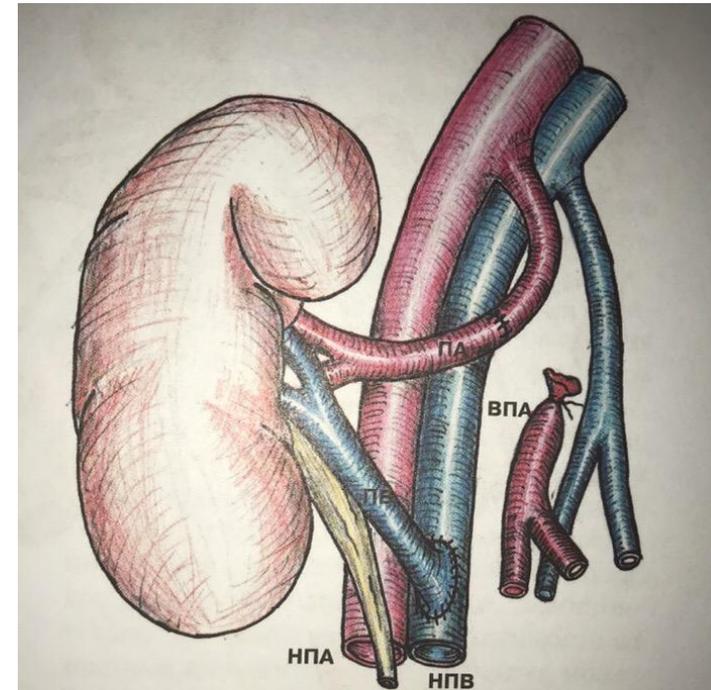
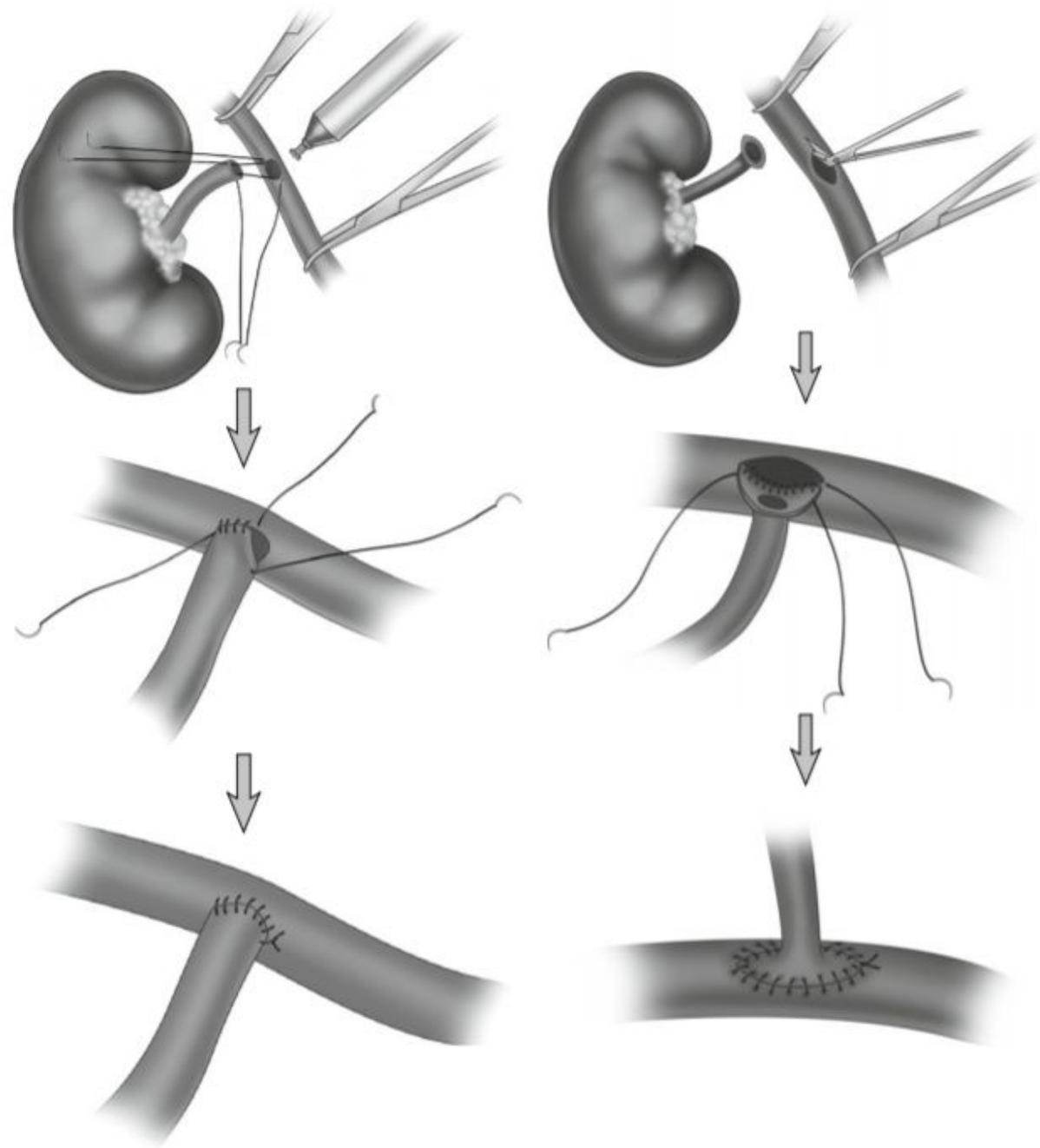


Рис. 8.9. Создание артериального анастомоза «конец в конец». ВПА — внутренняя подвздошная артерия; НПА — наружная подвздошная артерия; НПВ — наружная подвздошная вена; ПА — почечная артерия трансплантата; ПВ — почечная вена трансплантата

При трупной трансплантации трансплантаты с почечной артерией или артериями берутся на протяжении с участком аорты – так называемой **площадкой Карреля**, наличие которой делает выполнение анастомоза по типу «конец в бок» более легким и безопасным и особенно облегчает анастомозирование в случае множественных артерий.

При трансплантации от живого донора формирование аортальной площадки невозможно, и к артерии реципиента пришивается собственно почечная артерия трансплантата



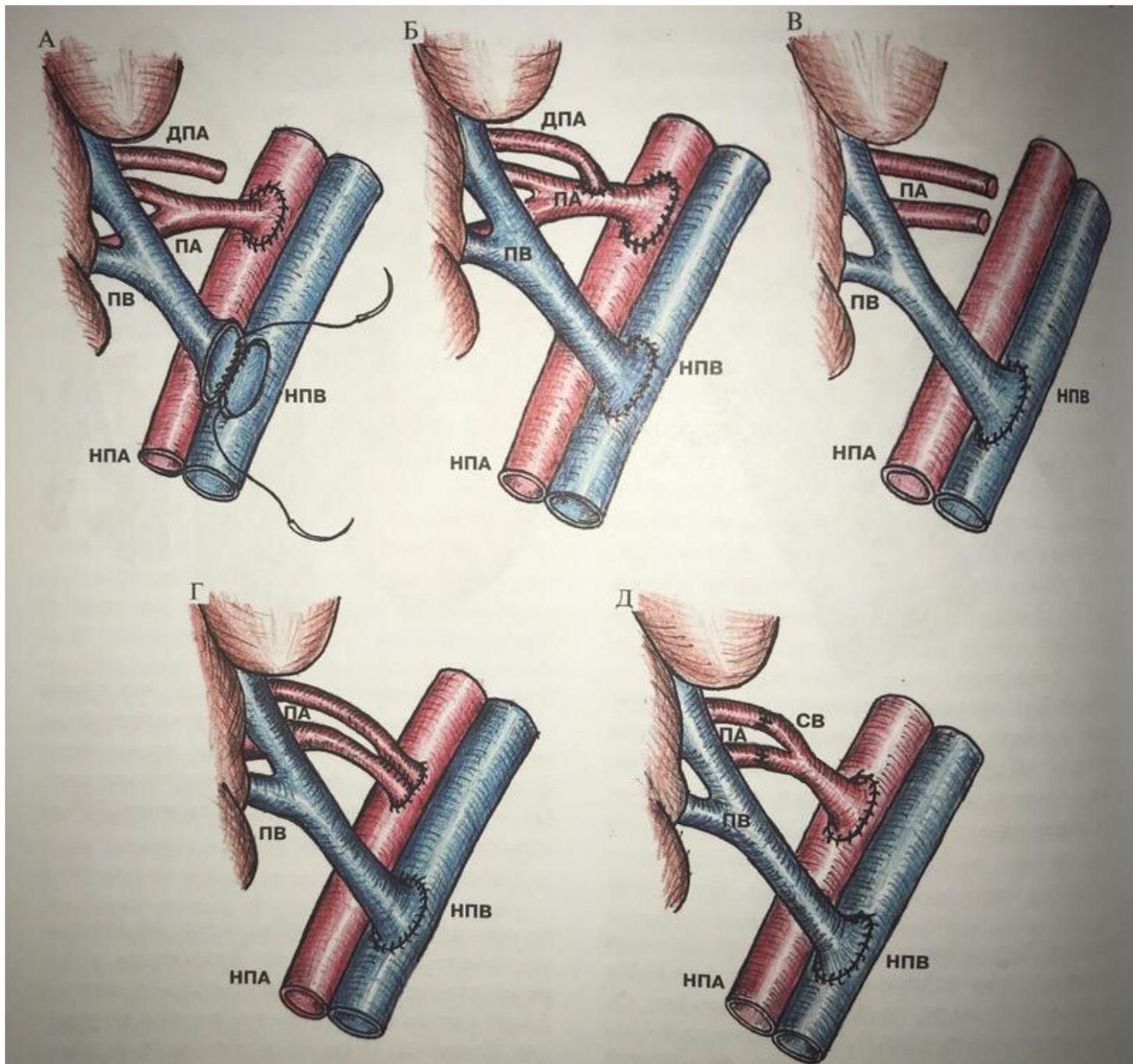
В любом случае недопустима перевязка нижнеполюсной артерии – это может привести к некрозу мочеточника.

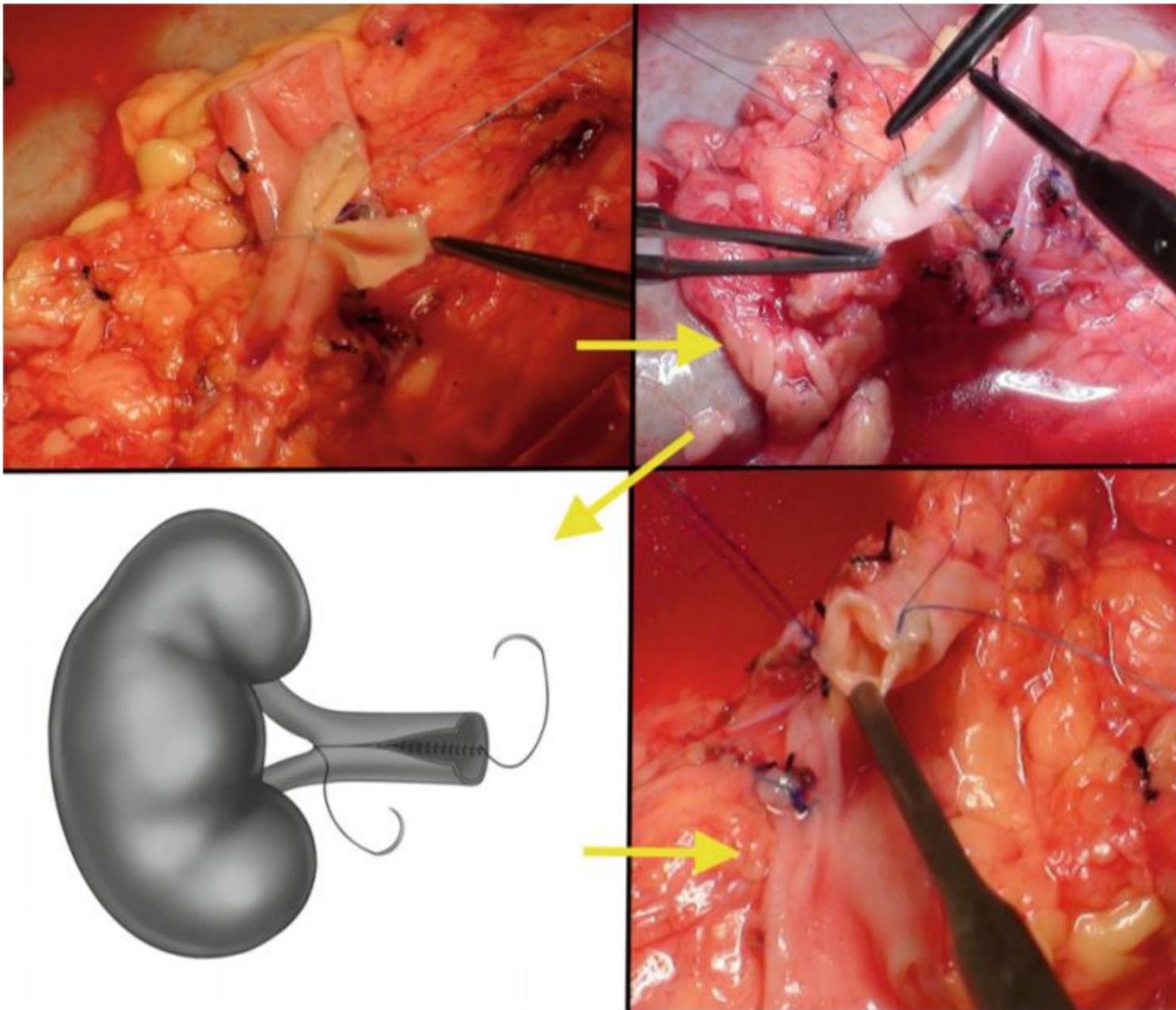
Иногда могут быть обнаружены маленькие артерии, идущие к почечной капсуле. Эти сосуды можно безопасно перевязать - в результате на капсуле почки могут появиться незначительные участки ишемии.

В случае трансплантации от трупного донора оптимальный вариант – это сохранить все почечные артерии на аортальной площадке и вшить ее в артерию реципиента.

Если выполняется трансплантация почки от живого донора или по каким-то причинам площадка Карреля отсутствует почечные артерии трансплантата могут быть анастомозированы последовательно, раздельно с сосудами реципиента или между собой перед формированием анастомоза с сосудами реципиента.

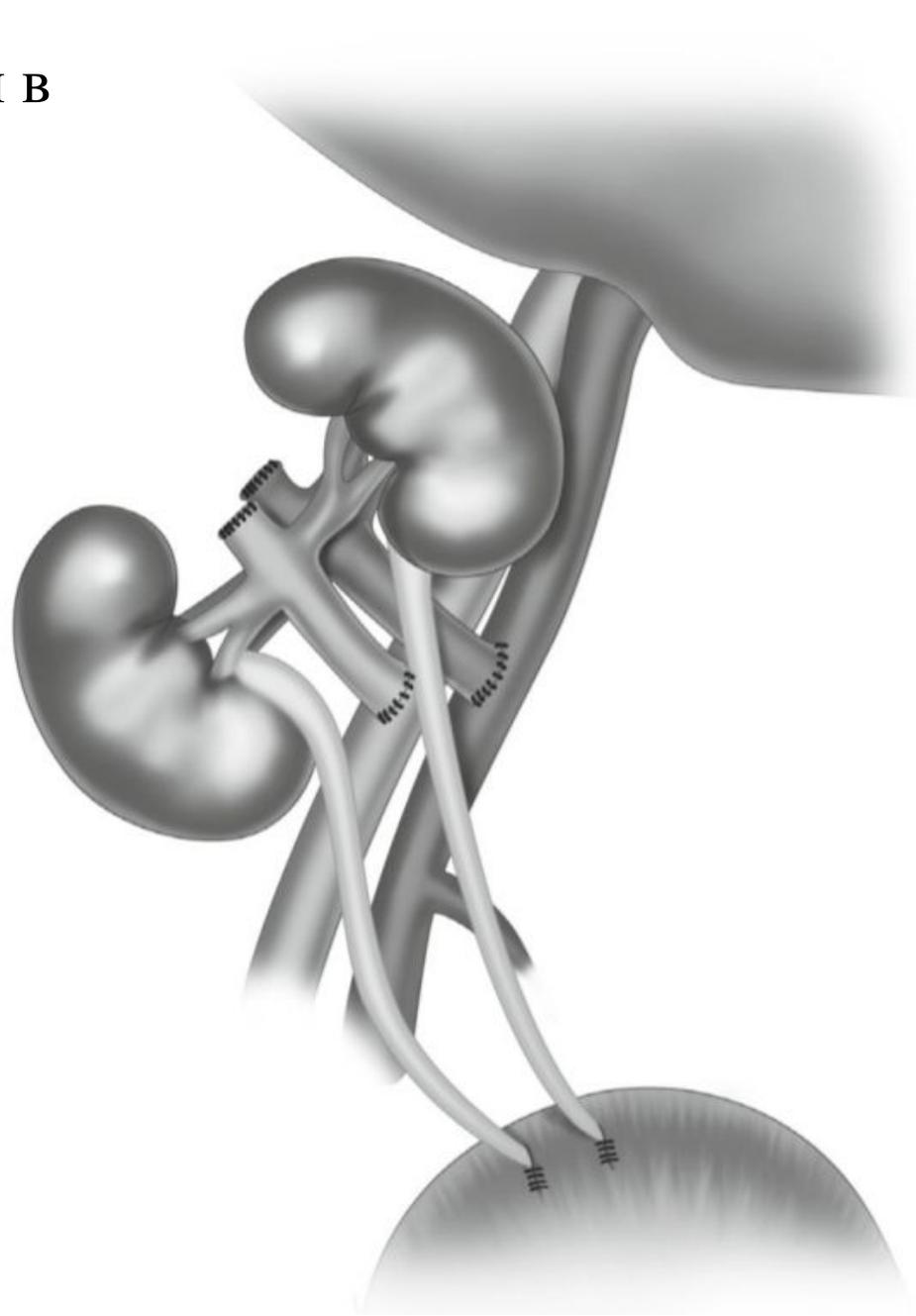
В некоторых случаях может быть выполнен анастомоз по типу «конец в конец» между небольшой нижнеполюсной артерией трансплантата и нижней надчревной артерией

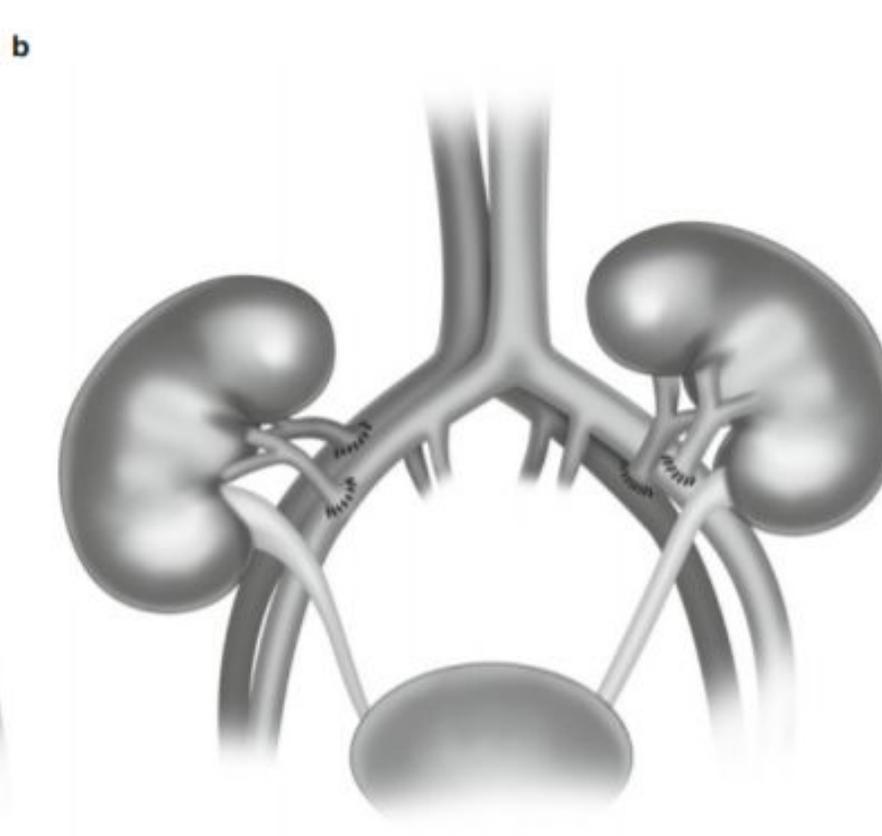
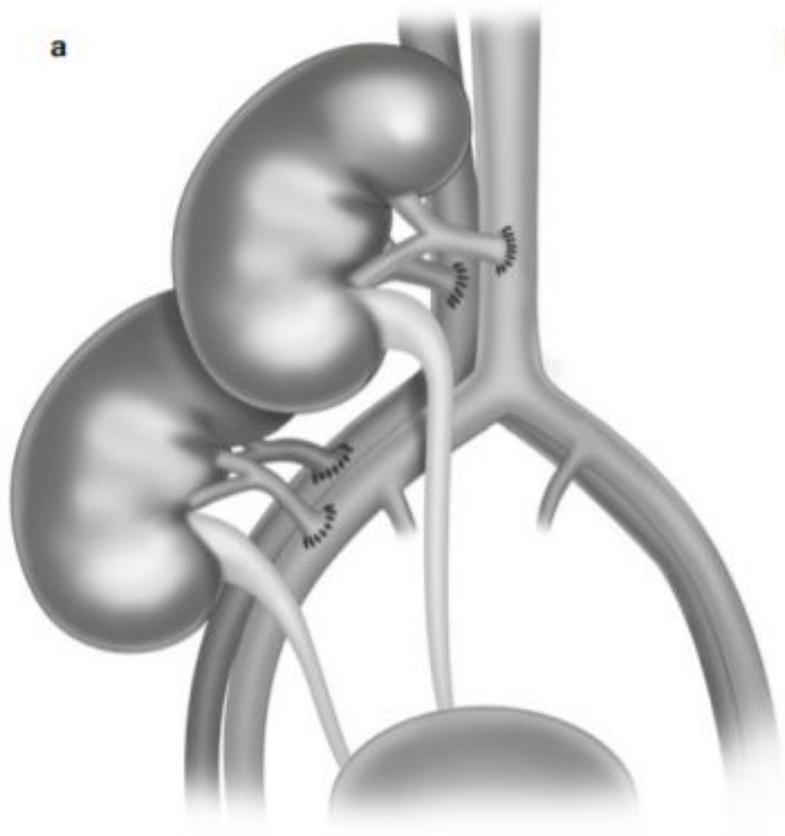




V-пластика
(панталоны
)

В основном используется в
детской трансплантации





У пожилых и пациентов с ожирением