



---

**Original Article: IL PROBLEMA DELLA SCELTA NELLA DOMANDA SUTURA  
INTESTINALE IN CHIRURGIA ADDOMINALE**

**Citation**

Vasilenya E.S., Dyabkin E.V. Il problema della scelta nella domanda sutura intestinale in chirurgia addominale. *Italian Science Review*. 2015; 11(32). PP. 94-96.  
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2015/november/Vasilenya2.pdf>

**Authors**

Ekaterina S. Vasilenya, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia.  
Evgeniy V. Dyabkin, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia.

Submitted: November 05, 2015; Accepted: November 25, 2015; Published: November 30, 2015

Il vero test per qualsiasi tecnica chirurgica è il suo impiego in condizioni di emergenza e in chirurgia coloretale. Confronto della resezione emergenza dello stomaco e dell'intestino tenue, eseguita con un continuo fila e due corone articolazioni hanno mostrato vantaggi significativi del primo [1, 2, 3]. Basso tasso di complicanze quando si utilizza una sola riga sutura continua (RSC) in chirurgia colon e del retto ed è una forte prova della sua affidabilità. La storia del problema, tipi e metodi di suture intestinali con mono sintetici e materiali riassorbibili polifilamento non ha menzionato il insolvente. Studi sperimentali condotti su animali, ampiamente spiegati i risultati dell'applicazione del RSC per trovare il minimo disturbo della microcircolazione, inespreso infiammatori e cicatrici nella zona di anastomosi con questo metodo.

Nonostante i significativi progressi della chirurgia addominale moderna, una delle più gravi complicazioni nel periodo postoperatorio dopo le operazioni di resezione e ricostruttiva su organi cavi della cavità addominale è un fallimento di suture anastomotici. Secondo diversi autori, da 3 a

32.1% con un tasso di mortalità fino al 5.7 al 89.0% [4, 5]. In presenza di infezione intraperitoneale di suture intestinali aumenta la frequenza di errore di 2 volte. Le cause principali di questa serie complicanze post-operatorie sono: alta pressione endoluminale, la microcircolazione compromessa e parete intestinale bioenergia, la sua ipossia tissutale, infezione della cavità addominale e la colonizzazione del lume intestinale microflora altamente virulenti [6, 7, 8].

Nonostante gli sviluppi della questione fino ad oggi, una serie di disposizioni non sono ancora stati studiati a sufficienza. Non è chiaro impatto sulla qualità delle suture intestinali strati trauma della parete intestinale e la circolazione del sangue nello stato in diversi spigoli della ferita durante le legature nella zona di saldatura.

A questo proposito, solo il metodo di miglioramento della sovrapposizione saldare o anastomosi intestinale non è l'unica condizione per raggiungere il successo nel risolvere questo problema complesso.

Tuttavia, è noto che una differenza significativa nella prevenzione del

fallimento della anastomosi intestinale sono: una corretta scelta del materiale di sutura e un metodo per aumentare la resistenza meccanica e l'integrità biologica di anastomosi, l'uso di un efficace lavaggio, metodi di decompressione e scarico non solo il lume intestinale nel suo complesso, ma anche selettiva decompressione e decontaminazione anastomotica, linea di sutura, pur continuando la terapia enterale e trattamento intensivo di peritonite [9, 10, 11].

Oggi, il problema delle suture intestinali in un gran numero di studi (principalmente nella chirurgia medica). La diversità di sutura intestinale - 450 (V.N. Egiev, 2002), e l'emergere di nuovi metodi di sovrapposizione (cucitura hardware, dispositivi di compressione che utilizzano, composizioni adesive, ecc), che indica insoddisfazione nota ai chirurghi risultati raggiunti.

A.V. Shott, A.A. Zaporozhets et al. (1994) ritiene che "ogni chirurgo con esperienza pratica di grandi e medie dimensioni di scegliere per se stessi un certo tipo di sutura intestinale, masterizzato e applica una certa soddisfazione." In tali circostanze, il chirurgo non vede e non sa cosa sta succedendo nella zona ha imposto loro di sutura intestinale e non può valutare criticamente le loro azioni, mentre i risultati positivi sono spesso raggiunti solo attraverso i meccanismi di difesa del corpo. Pertanto, l'essenza di sutura intestinale deve essere valutata non solo pratico, ma anche posizioni teoriche [8, 9].

Attualmente, in chirurgia addominale è ancora dominato dalla varietà di cucitura manuale. Allo stesso tempo, i chirurghi utilizzano un numero crescente di sostenitori di una variante sola riga stessa. Essi ritengono che l'aumento del numero di righe del giunto non riduce il rischio di suo fallimento [2, 6, 8, 9].

Pertanto, per migliorare in modo significativo i risultati breve e lungo termine è necessario non solo l'acquisizione e il miglioramento delle abilità manuali, ma anche l'uso di più regimi moderni,

"fisiologiche" e le modalità di un intervento chirurgico.

La stessa regola dovrebbe essere seguito quando le ferite di sutura laparotomiche, complicanze nella guarigione di quella (eventration, ernia post-operatoria e così via. D.), Nella maggior parte dei casi relativi alle omissioni di sutura, e la scelta del materiale di sutura. Punti insolvenza nella parete addominale possono non solo complicare la condizione del paziente, ma anche di "negare" il successo di qualsiasi operazione.

La scelta è determinata dal piano materiale di sutura chirurgica e, di conseguenza, deve soddisfare determinati requisiti. Attualmente, il mercato globale ha una vasta gamma di moderni materiali di sutura, fino ai filati specializzati, progettati per le procedure chirurgiche specifiche. Purtroppo, i chirurghi non sono ben informati sulle tipologie di materiale di sutura e la loro applicazione.

Dati della letteratura diversi e spesso contrastanti sui vantaggi e gli svantaggi dei vari punti e suture, mostrano un interesse costante e continua dei chirurghi al problema [2, 8].

#### **References:**

1. Abdulzhalilov M.K. 2000. Compression junctions tissues in experimental and clinical. Abstracts of the All-Russian conference of surgeons dedicated to the 80th anniversary of Askerhanov R.P. P. 261-262.
2. Teplikov A.V., Sandakov P.Ya., Shadrin V.V. et. al. 2001. The choice of suture material in gastrointestinal surgery. Modern approaches to the development and clinical application of efficient bandages, sutures and polymeric implants. P. 203-204.
3. Bontsevich D.N. 2005. Surgical suture. 118 p.
4. Egiev V.N. 1998. Suture. Surgery. P. 33-38.
5. Mokhov E.M. 2000. Intraoperative prophylaxis of purulent complications in the treatment of acute surgical diseases and injuries of the abdominal cavity. Theory

and Practice of Regional Medicine. P. 171-172.

5. Ulyanov V.I., Bashilov V.P., Kornev I.I. et al. 2002. The reliability of the sterilization of medical products. Surgery. P. 55-57.

6. Vasilenya E.S. et al. 2014. On the selection of the suture to form different types of fistulae interintestinal. Basic research. P. 174-176.

7. Buyanov V.M., Egiev V.N., Egorov V.I. et al. 2000. Single row continuous suture in abdominal surgery. Surgery. Pp. 13-18.

8. Mokhov E.M., Velikov P.G. et al. 2007. Development and Application in surgery of the gastrointestinal tract of new biologically

active suture materials. Surgical Gastroenterology. P. 122.

9. Gladyshev M.I., Sushchik N.N., Gubanenko G.A. et al. 2007. Effect of boiling and frying on the content of essential polyunsaturated fatty acids in muscle tissue of four fish species. Food Chem. V. 101. P. 1694-1700.

10. Lankin Yu.P. 2006. Assessment of the human impact on the aquatic ecosystem of Lake Shira using neural network methods. Optical Memory Neural Networks (Inform. Optics). V. 15. P. 65-73.

11. Nichols R.L. 2001. Clinical presentations of soft-tissue and surgical site infection. V. 33. P. 84-93.