Iako se te greške očituju i za radove/časopise objavljene nakon državnoga i jezičnoga osamostaljenja, prepoznavanje hrvatskoga jezika u bazi podataka Medline čini nam se ipak važnim korakom u stjecanju međunarodnoga jezičnoga identiteta. Usprkos činjenici da se najveći broj relevantnih medicinskih informacija objavljuje na engleskome jeziku!

Marijan Šember, prof.
doc. dr. sc. Jelka Petrak
Medicinski fakultet u Zagrebu
Središnja medicinska knjižnica

LITERATURA

1. *National Center for Biotechnology Information*. PubMed overview [last updated December 29, 2005; pristupljeno 28. ožujka 2006]. Dostupno na url: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/overview.html
2. *National Center for Biotechnology Information*. Databases and tools. PubMed searches [Revised: November 8, 2005; pristupljeno 28. ožujka 2006]. Dostupno na url: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/About/tools/restable_stat_pubmed.html
3. *National Library of Medicine*. MEDLINE® Language Definitions Change to Croatian and Serbian. NLM Technical Bulletin. 2003 Sept [pristupljeno 28. ožujka 2006.];334. Dostupno na url: http://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/so03/so03_technote.html#lang_codes

LAPAROSKOPSKA KOLOREKTALNA KIRURGIJA

LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

Poštovani gospodine glavni uredniče!

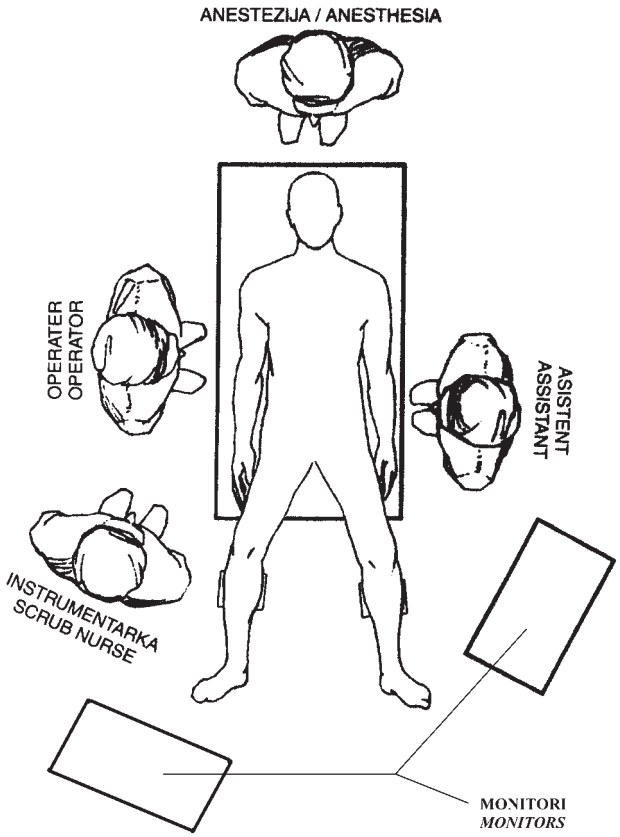
S velikim sam zanimanjem pročitao članak kolege Mate Štegre i sur.: Laparoskopska kolorektalna kirurgija,[1] kao što sam pratio i njihovo izlaganje na kongresu endoskopske kirurgije u Šibeniku, 2004. godine,[2] gdje je bio prikazan isti broj bolesnika.

Držim da je neke detalje iz spomenutog članka potrebno dodatno razjasniti, osobito radi kolega koji se spremaju početi ili su neposredno započeli s izvođenjem ovih operacija.

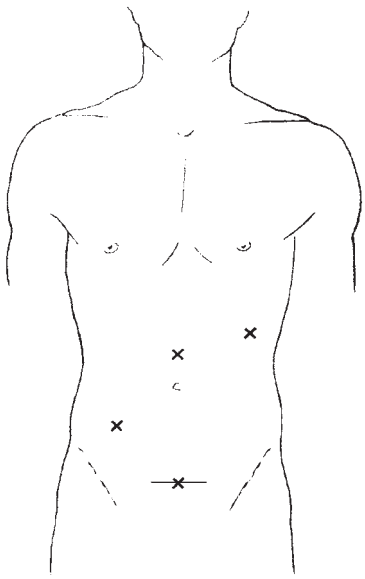
Tako je na slici 1. spomenutog članka prikazan položaj bolesnika i članova operacijskog tima koji se razlikuje od uobičajenog rasporeda, a kojim se koristimo kod izvođenja ovakvih operacija i u svojoj kirurškoj klinici. Naime, s obzirom na to da se obično radi tek s 4 troakara, nepotreban je drugi asistent, makar u većem dijelu operacije. Instrumentarka bi trebala stajati bliže operateru, s njegove desne strane. Tako je lakše dodavati instrumente izravno operateru i sudjelovati u njihovoj izmjeni. Također, lakše je raditi s dva monitora, kako bi asistent s lijeve strane bolesnika lakše mogao pratiti tijek operacije i u njoj sudjelovati (slika 1.). Drugi asistent je koristan pri izvođenju otvorenog dijela operacije, a nužan je za transanalno uvođenje cirkularnog samošivača.

Na slici 2. prikazan je raspored troakara koji je drugačije opisan u tekstu, odnosno položaj troakara i ucrtano mjesto incizije za odstranjivanje preparata su krivi. Prvi troakar za laparoskop trebalo bi postaviti u medijanoj crti, oko 4 poprečna prsta iznad pupka. Drugi, obično radni troakar, postavlja se u desnoj medioklavikularnoj crti ili malo lateralnije, nisko u donjem dijelu trbuha. Treći troakar postavlja se u lijevoj medioklavikularnoj crti ili malo lateralnije, nešto iznad visine pupka. Naposljetku, četvrti troakar postavlja se u medijanoj crti, neposredno suprapubično, a na tom mjestu se, nakon incizije, preparat i odstranjuje (slika 2.). Navedeni raspored troakara omogućuje operiranje s dvije ruke, a također je osiguran i položaj instrumenata u odnosu na laparoskop u »obliku dijamanta«, kako se to i inače preporučuje u endoskopskoj kirurgiji. Osobito je važno uočiti grešku na slici, gdje se vidi da je mjesto incizije nacrtano u području desnoga medioklavikularnog troakara. Kroz tako postavljenu inciziju bilo bi znatno teže izvući preparat, a resekcijska linija bi kod resekcije rektosigmoida bila preblizu tumoru. Tako bi radikalitet zahvata bio manji, kao što bi i krvna opskrba preostalog dijela debelog crijeva bila lošija.

Nadalje, u tekstu je navedeno da je »resecirani dio crijeva odstranjen kroz poprečnu suprapubičnu inciziju duljine 40 mm (na mjestu prethodne incizije za radni troakar)«. Kako



Slika 1. *Raspored u operacijskoj dvorani.*
Figure 1. *Operating room setup*



Slika 2. *Raspored troakara*
Figure 2. *Troacars placement*

sam već spomenuo, to je na slici krivo označeno, a ni suprapubični troakar ne mora biti »radni«, nego je to ponajprije medioklavikularni desni troakar. Također se čini da je incizija od 40 mm prekratka, osobito kod krupnijih ljudi. Naime, kroz nju treba izvući debelo crijevo s tumorom, mezokolon i vaskularnu peteljku s limfnim tkivom. Obično je ta incizija duljine do 6 – 7 cm.

U istom su odlomku krivo označeni nazivi instrumenata (Ethicon Endopath – Ref Tr 45W i Ref Tr 45B). Ispravan naziv tog instrumenata je Endopath ETS Flex45 Endoscopic Cutter; Ethicon Endo-Surgery. Ispravne oznake ATW 45 ili ATB 45 su kataloške oznake i označuju punjenje samošivača. Pri tomu slovo »W« označava bijelo punjenje (*white*), a »B« plavo punjenje (*blue*).

Autorima svakako treba čestitati na dobrim rezultatima. Izvrsno je prosječno trajanje ovih operacija od 120 min (2 h), osobito ako je kod jedne bolesnice urađena i kolecistektomija. Naime, mi svoje resekcijske zahvate na kolonu uspijevamo završiti tek za 137,3 (raspon 80–220, SD±39,51) min.[3]

Naposljetku, u pretposljednjem odlomku navedenog članka navedene su bolnice u kojima se vrše ove operacije. Zadovoljstvo mi je obavijestiti Vas da se i u Klinici za kirurgiju KB Split ove operacije izvode od 12. prosinca 2002. godine. Do 28. veljače 2006. godine izvršili smo 87 različitih laparoskopskih operacija na debelom crijevu uključujući desne, lijeve i subtotalne resekcije; resekcije poprečnog debelog crijeva, resekcije sigme, rektosigmoida i rektuma; amputacije rektuma, operacije po Hartmanu i rekonstrukcije nakon ove operacije.[3–7] Unatrag nekoliko tjedana izvršili smo i prvu laparoskopsku resekciju želuca zbog karcinoma.

S poštovanjem,

doc. dr. sc. Zdravko Perko
Klinika za kirurgiju
Klinička bolnica i Medicinski fakultet Split
Spinčićeva 1
21 000 Split
zperko@kbsplit.hr

LITERATURA

1. *Škegro M, Korolija-Marinić D, Vegar-Brozović V, Predrijevac D, Markičević A*. Laparoskopska kolorektalna kirurgija. Liječn Vjesn 2005; 127:298–302.
2. *Škegro M, Korolija D, Romić B, Vegar-Brozović V, Predrijevac D*. Laparoskopske resekcije debelog i tankog crijeva. Zbornik sažetaka 7. hrvatskog kongresa endoskopske kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik: 2004, str. 58.
3. *Perko Z, Kraljević D, Družijanić N i sur*. Laparoskopska kirurgija kolona. Acta Chir Croat 2004;1:23–31.
4. *Perko Z*. Laparoskopska kirurgija kolona. Zbornik sažetaka 1. kongresa Hrvatskog koloproktološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb: 2004, str. 26.
5. *Perko Z, Kraljević D, Družijanić N i sur*. Laparoscopic colon surgery: Our first 50 patients. Zbornik sažetaka 8. kongresa endoskopske kirurgije Slovenije s međunarodnim sudjelovanjem, Portorož, 2005. Endoscopic Rev 2005;10(23):45.
6. *Perko Z, Kraljević D, Družijanić N i sur*. Laparoscopic colon surgery: Our results. 1. kongres Hrvatskog društva za unaprjeđenje beskrvnog liječenja. Zagreb, 2005. Acta Medica Croatica 2005;59(Suppl 1):48.
7. *Perko Z, Kraljević D, Družijanić N i sur*. Laparoscopic colon surgery: A two years at Clinical Hospital Split, Croatia. Zbornik sažetaka 13th EAES Congress. Venecija: 2005, str. 232.

Odgovor autora

Poštovani,

Primio sam Vaš dopis od 14. ožujka 2006. god., u kojem nam šaljete komentar na naš članak objavljen pod naslovom »Laparoskopska kolorektalna kirurgija – početni rezultati«.

Ovo je naš odgovor na zaprimljeni komentar:

Veselim se što je naš članak izazvao toliko zanimanje publike. Ipak, radi Vaših čitatelja treba razjasniti i demantirati određene tvrdnje.

Prvo, autor navedenog komentara sam sebe demantira u tekstu. To se odnosi na treći pasus u kojem kaže: *…nepotreban je drugi asistent*. Dvije rečenice nakon toga slijedi rečenica: *drugi asistent je koristan pri izvođenju otvorenog dijela operacije, a nuždan je za transanalno uvođenje cirkularnog samošivača*. Predlažemo autoru komentara da se odluči za jednu od ove dvije suprotne tvrdnje.

Drugo, postavlja se pitanje rasporeda troakara za laparoskopsku operaciju debelog crijeva. Treba istaći da je osnovno pravilo laparoskopske kirurgije da operater, operacijsko polje i ekran na kojem operater promatra sliku trebaju biti u jednoj liniji. Sve ostalo, od rasporeda osoblja do rasporeda troakara, korištenja različitih vrsta izvora energije za disekciju tkiva i različitih tipova instrumenata ostaje na slobodnu procjenu operateru. Osnovni princip koji treba ispuniti jest kvalitetno izvedena operacija bez nepotrebnih komplikacija.

Kao potvrda ove tvrdnje postoji niz podataka iz literature uključujući i udžbenike iz laparoskopske kirurgije. Franklin ME, u poglavlju o laparoskopskoj kirurgiji debelog crijeva, na strani 302, donosi položaj operacijskog tima i položaj troakara za resekciju sigmoidnog kolona i rektuma (preslik stranice u prilogu).[1] Nadalje, Baća i sur., za operaciju sigmoidnog kolona i rektuma preporučuju položaj operacijskog tima sličan našemu.[2]

Od 16. do 18. veljače 2006. održan je tečaj iz kolorektalne kirurgije u organizaciji Cleveland Clinic Florida.[3] Radi se o