

UDK61

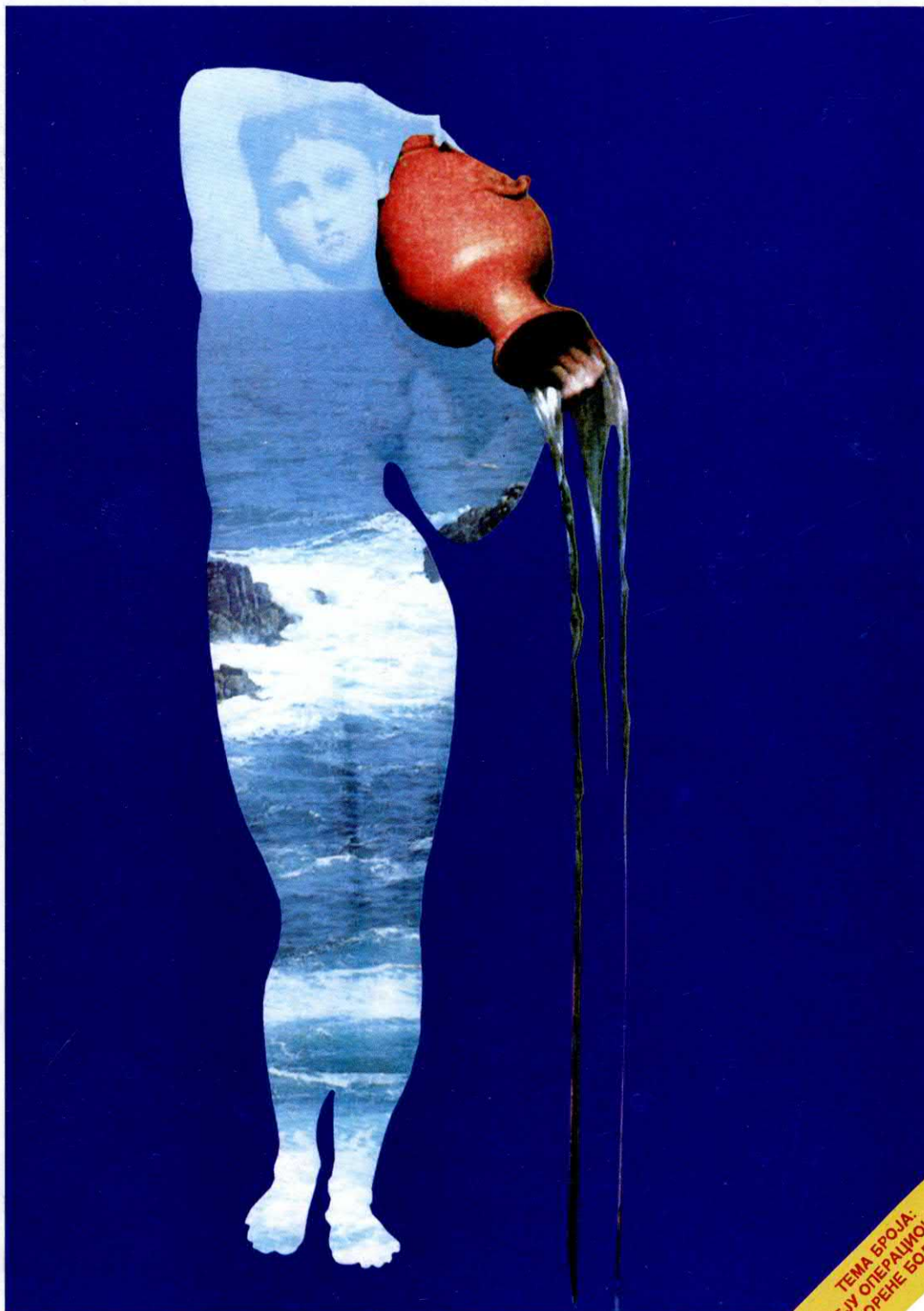


medicus

9

ČASOPIS ZA SAVREMENU MEDICINU

YU ISSN: 0354-8902



ТЕМА БРОЈА:
О ЈУБИЛЕЈУ ОПЕРАЦИОНОГ БЛОКА
ОТВОРЕНЕ БОЛНИЦЕ



VELEFARM

DEONIČARSKO DRUŠTVO ZA PROMET
LEKOVIMA I DRUGOM MEDICINSKOM ROBOM

Beograd, Vojvode Stepe 414a

telefoni: centrala / 444-92-49

komercijalni sektor / 461-530; fax / 237-13-00

poslovna služba / 460-693; fax / 460-422

ekonomsko finansijski i opšti poslovi / 493-367

POSLOVNI CENTRI

BEOGRAD

Vojvode Stepe 414 a,
tel: 011/ 444-92-82, 463-399,
fax: 493-539

UŽICE

Bele zemlje bb,
tel: 031/ 871-123, 871-122,
fax: 871-391

SUBOTICA

Matije Gubca 26
tel: 024/ 24-049, 53-074
fax: 36-193

VRANJE

J. Jankovića Lunge 3e,
tel: 017/ 24-947,
tel/ fax: 32-276

NIŠ

Stanka Paunovića 74,
tel: 018/ 63-628, 61-845
fax: 64-145

VALJEVO

Gorić bb,
tel: 014/ 21-315,
tel/ fax: 22-716

KRAGUJEVAC

Trg topolivaca 4,
tel: 034/ 213-914,
tel/ fax: 210-140

NOVI SAD

Jevrejska 16,
tel: 021/ 26-853, 26-342
fax: 23-757

ZAJEČAR

Karadžićeva 18,
tel: 019/ 21-636,
tel/ fax: 25-353



BROJ 9
OKTOBAR 1999. GODINE
GODINA IZLAŽENJA III

Izdavač:
ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT

Glavni i odgovorni urednik:
BOBAN MITIĆ

Odgovorni urednici za stručna pitanja:
PRIM. DR JOSIF KARTALJEVIĆ
PRIM. DR VELIMIR COLIĆ

Izdavački odbor:
NENAD DR ZDRAVKOVIĆ
BOGOLJUB DR MANIĆ
MILE DR NIKOLIĆ
VASIL DR VELČEV
MR SLAVICA PAVLOVIĆ
ACA DR VACIĆ
PROF. DR MIROSLAV ĐORĐEVIĆ
PROF. DR BRANKO LOVIĆ
DR SCI NINOSLAV GOVEDAROVIĆ
BUDIMIR DR PETROVIĆ

Redakcioni odbor:
MAJA SIMONOVIĆ
MIROSLJUB DR VASIĆ
VESNA DR JANKOVIĆ
ALEKSANDAR DR LILIĆ
VOJKAN DR RANČIĆ
EMILIJA DR JOVANOVIĆ
BOJKA DR ĆIRIĆ - VACIĆ

Naslovna strana:
MR. PETAR ĐORĐEVIĆ

Grafički urednik:
BOBAN MITIĆ

Fotografije:
SINIŠA JELENKOV

Adresa:
ZDRAVSTVENI CENTAR
Pirót, Vojvode Momčila b.b.
telefon: 010 / 331 - 571
telefaks: 010 / 21 - 531

Štampa: PIKOM – PIROT

YU ISSN: 0354-8902

WWW. Bolnica – Pirót ORG. YU



SA TELEKSA:

2

AKTUELNO:

O JUBILEJU OPERACIONOG
BLOKA "OTVORENE BOLNICE"
SVE SE MOŽE
KAD SE HOĆE

3

VREMEPLOV:

VAŽNI DATUMI I DOGAĐAJI IZ
RADA OPERACIONOG BLOKA U
PIROTU
REZULTATI ZA PONOS I
DIKU

4-6

U KORAK S VREMENOM:

TEHNIČKE KARAKTERISTIKE
OPREME OPERACIONOG
BLOKA
OPERACIJA UZ MUZIKU

7

NAŠA TEMA:

SA STRUČNOG SASTANKA
PODRUŽNICE SLD PIROT
NA PUTU KA HIRURŠKOJ
METROPOLI

8

ŠKOLA OPERATIVNE UROLOGIJE

INOVACIJA ZNANJA I VEŠTINA
PRVA I JEDINA
NA BALKANU

10

O RAZVOJU ENDOSKOPSKIH
OPERATIVNIH METODA U
OBLASTI UROLOGIJE
TUNA JEDINO U PIROTU

O REALIZACIJI PROJEKTA
UVOĐENJA TELEHIRURGIJE I
TELEMEDICINE U PIROTSKOJ
BOLNICI
NEOPHODNA REALNOST

12

RADOVI, SAOPŠTENJA,
PRIKAZI IZVEŠTAJI

13-24

DOGODILO SE:

SA SASTANKA HIRURGA SRBIJE
LIVE AND VIDEO SURGERY

25

AKTUELNO

O AKTIVNOSTI OPERACIONOG
BLOKA U RATU
SVE JE BILO SPREMNO I
MOBILNO

26-27

CRNO BELO:

O DOSADAŠNjim ISKUSTVIMA
BAKTERIOLOŠKE KONTROLE
OPERACIONOG BLOKA
BILO JE I PROPUSTA

28

NOVO

IZ RADA SLUŽBE ORTOPEDIJE I
TRAUMATOLOGIJE
ISKUSTVA ARTROSKOPIJE
KOLENA

29

UMESTO LIČNE KARTE

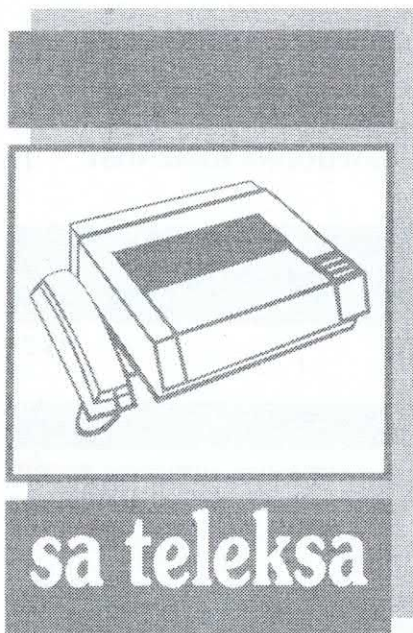
ČLANOVI HIRURŠKIH TIMOVA
OPERACIONOG BLOKA
"OTVORENE BOLNICE"
NAJDRAMATIČNIJA
RADIONICA

30-31

ZANIMLJIVOSTI

DELTA ODRED "SCELETON"
DNEVNA ZAPOVEST ZA
PETAK, 16. 04. 1999.

32



OKTOBAR 1998.

U kabinetu za transfuziju krvi Zdravstvenog Centra u Pirotu očekuje se nabavka nove centrifuge za svakodnevne analize krvi.

Iz sastava Zdravstvenog centra u Pirotu izdvojila se radna jedinica Apotekarska Ustanova. Apotekarska Ustanova je zadržala stare dobavljače, a snabdevanje lekovima i dalje će biti centralizovano.

U Zdravstvenom Centru Pirot u toku su pripreme za početak izgradnje stambenog naselja za potrebe radnika ove zdravstvene ustanove. Za izgradnju 72 individualne kuće idejni projekat je uradio "Niš Projekat" uz saradnju "Progres" i Zavoda za urbanizam.

Za završetak radova na centralnoj vešernici u Bolnici potrebno je 600 000 dinara, da bi se nabavila neophodna oprema za ovaj objekat. Prema planu prioriteta najpre bi trebalo urediti laboratoriju i apoteku pod krovom polikliničkog dela Bolnice.

Komisija za zarazne bolesti Pirotskog okruga analizirajući epidemio- lošku situaciju zaključila je da je u prvom polugodju registrovano 1093 slučaja zaraznih oboljenja. U ovom periodu bilo

je i 150 crevnih zaraza i dve epidemije a prijavljeno je 12 slučajeva zaraznog trovanja.

Iz Berna u Švajcarskoj stigla je humanitarna pošiljka vredna više desetina hiljada maraka. Pomoć sadrži oko 1000 uniformi za bolničko osoblje, krevete, dušeke, instrumentarije, lekove za hirurški blok i dijalizu. Pomoć iz Berna poslali su Petrovka Milivojević, D. Radović i Švajcarinja Rut Sumer.

Snežana Petrović D Antonio poklonila je humanitarnu pošiljku lekova i opreme za bolnicu pirotskom Zdravstvenom Centru. U pratnji gospodje D Antonio bio je i Dr Angelino, specijalista za transplantaciju koštane srži kod dece obolele od leukemije. On je ponudio svoju profesionalnu pomoć bolesnoj deci Pirotu.

Od 27. do 31. oktobra u bolnici Zdravstvenog Centra Pirot održana je Škola Operativne Urologije. U radu Škole učestvovali su najeminentniji stručnjaci iz oblasti urologije, a predavanja i operacije pratilo je dvadesetak specijalizanata. Uradjeno je više od dvestaset operacija abdomena prostate bubrega, mokraćne bešike i mokraćnih puteva. Najmladji pacijent imao je 8, a najstariji 75 godina.

NOVEMBAR 1998.

Rešenjem Ministarstva za zdravlje Republike Srbije u Zdravstvenom Centru Pirot imenovan je nov Upravni odbor. Za predsednika je imenovan Prof. Dr. Miroslav Djordjević redovni profesor Medicinskog fakulteta u Beogradu i predsednik Skupštine fonda zdravstvenog osiguranja Srbije.

U prvom polugodju ove godine na području Pirotskog okruga testirano je 886 osoba na SIDU. Jedan nalaz bio je pozitivan.

Kabinetu za transfuziju krvi Zdravstvenog Centra u Pirotu, obezbeđeno je trinaest ipo hiljada maraka za kupovinu nove centrifuge.

U izdanju Zdravstvenog Centra Pirot pojavila se knjiga Akutna kardiovaskularna oboljenja - prim. dr. Velimira Colića, lekara specijaliste anesteziologa i

reanimatologa. Knjiga je štampana u tiražu od 2000 primeraka.

JANUAR 1999.

U Domu zdravlja Dr. Jovan Ristić u Babušnici započeto je renoviranje stacionara. Ministarstvo zdravlja uložilo je pola miliona dinara. Nabavljen je savremeni analajzer, dva nova terenska vozila i nov inhalator za decu.

Domovi zdravlja u Dimitrovgradu i Babušnici kao i dečje odeljenje Zdravstvenog Centra Pirot dobili su nove aparate vredne 15 000 maraka.

FEBRUAR 1999.

Zdravstveni Centar Pirot kompleti- rao je centar za esvel endourologiju i uro- dinamiku a nabavljen je i litoklist, jedini aparat takve vrste u zemlji. Nabavku je pomogao i pirotski Tigar.

APRIL 1999.

U porodilištu bolnice Zdravstvenog Centra Pirot od početka godine rodjene su 182 bebe. Porodjaji su bili uspešni i u ratnim uslovima.

U toku agresije na našu zemlju Zdravstveni Centar Pirot radio je bez ve- ćih problema. Dobar je bio i odaziv gra- đana za dobrovoljno davanje krvi.

MAJ 1999.

Obeležen 12. maj - dan medicinskih sestara i tehničara. I u ratnim uslovima medicinski radnici pokazali su krajnju mobilnost i spremnost u pružanju pomoći pacijentima.

SEPTEMBAR 1999.

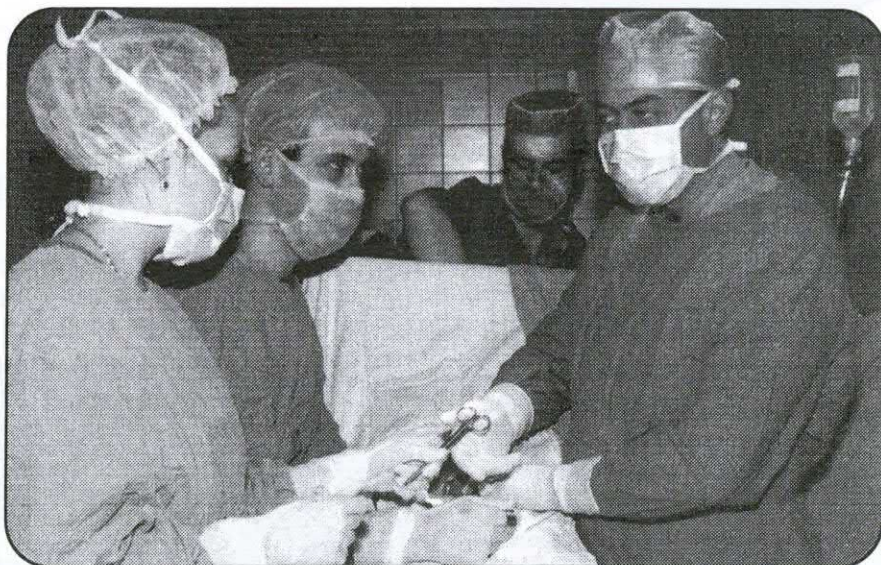
Naši zemljaci na privremenom radu u Australiji prikupili su 4030 maraka i namenili ih Službi opšte medicine za nabavku deficitarnih le- kova. Sredstva su namenski iskoriš- čena a prioritet su imali učesnici rata.

Uz pomoć Ministarstva zdravlja RS, SO Babušnica i Zdravstvenog Centra Pirot, u Babušnici su započeli obimni ra- dovi na obnovi zgrade Doma zdravlja. U nabavku rengen aparata uloženo je 200 000 dinara.



aktuelno

*Sve se
može
kad se
hoće*



- Ni mnogo razvijenije sredine i poznatije ustanove proteklih godina nisu pružale pacijentima takve usluge kao operacioni blok Otvorene bolnice... Pacijenti nisu bili samo Piroćanci...

Operacioni blok naše Otvorene bolnice u Pirotu, proteklih godina na svom primeru je potvrdio onu narodnu: "Sve se može kad se hoće".

Jednostavno, hteli smo da uspemo i pored sveopšte krize i ratova. I u takvim uslovima, naš operacioni blok pružao je i pruža visok nivo zdravstvenih usluga svojim pacijentima, a naša Bolnica postala je jedna od najuglednijih u Srbiji. Posebno je zanimljivo, da su našim pacijentima omogućene sve one pogodnosti koje ni mnogo razvijenije sredine i poznatije ustanove nisu bile u stanju da ponude.

Istina, vreme inflacije, blokade i ratnog stanja su ograničavale mogući broj operacija. Nekad se radilo samo hitno, nekad samo za određene kategorije bolesnika. Bilo je slučajeva da se nije operisalo i zbog očekivanja velikog priliva ranjenika i povređenih.

Poput simboličnog naziva Otvorene bolnice, i naš operacioni blok bio je otvoren za pružanje usluga ne samo građanima Pirotskog okruga, već i pacijentima iz svih krajeva Srbije. Za usluge kako u otvorenoj tako i endoskopskoj (lateroskopskoj) hirurgiji obraćali su se pacijenti iz Vlasotinca, Leskovca, Crne trave, Gnjilana, Kosovske Vitine, Prizrena, Leposavića, Niša, Knjaževca, Minićeva, Zaječara, Majdanpeka, Aleksinca, Paraćina, Kruševca, Trstenika, Vrnjačke Banje, Varvarina, Ljiga, Smedereva, Beograda i Pančeva.

U ovom specijalnom izdanju "Medikusa" sledi kratka priča o operacionom bloku: početku, rezultatima, uspesima, osoblju, instrumentarima, anestetičarima, anesteziolozima, hirurzima i uvaženim konsultantima.

prim. dr. Miomir Marković, hirurg
načelnik Operacionog bloka

**VAŽNI DATUMI I DOGAĐAJI IZ RADA OPERACIONOG
BLOKA U PIROTU**

REZULTATI ZA PONOS I DIKU

Novoizgrađeni operacioni blok deluje impozantno. Savremeno tehnički rešen, moderno opremljen, sa pet operacionih sala i velikim prostorom, izgleda kao svemirski "centar". Ovo je samo hronologija svih dešavanja u operacionom bloku za proteklih pet godina

Deset godina po otvaranju stacionara bolnice završen je i opremljen operacioni blok. Smešten je ispod ambulantno-polikliničkog dela sa svim uslovima za pružanje kompletne hirurške usluge zbog kojih su pacijenti morali da odlaze u Niš, Beograd i druge centre.

Do tada je svako odeljenje imalo adaptirane sale u koje se je ulazilo direktno iz odeljenskih hodnika. Prisećajući se tih uslova novoizgrađeni operacioni blok deluje impozantno. Savremeno tehnički rešen, moderno opremljen sa pet operacionih sala sa velikim prostorom izgleda kao "svemirski" centar.

Da bi sve to bilo u funkciji, direktor Zdravstvenog centra Dr Nenad Zdravković i upravnik bolnice Dr. Miroljub Vasić formirali su operacioni blok kao novu službu sa načelnikom Dr. Miomirom Markovićem, hirurgom i glavnom sestrom Milunkom Grgov. Napravljena je sistematizacija novih radnih mesta, primljeno osoblje, sale numerisane a operacije su počele da se rade zavisno od opreme i sadržaja instrumentarijuma. Uvodi se prijava operativnog programa. Vrlo teško je išlo u početku, a i danas kod nekih službi. Počinje se sa centralizacijom instrumentara, međutim to do današnjeg dana nije okončano. Hronologija svih dešavanja u operacionom bloku išla je ovako:



PRISEĆANJE NA VAŽAN DATUM: Operacioni blok 1. 7. 1994. je otvorila ministar zdravlja Prim. Dr. Leposava Milićević

1. 7. 1994. godine otvoren je operacioni blok. Operacioni blok je otvorila ministar zdravlja Prim. Dr. Leposava Milićević. Po presecanju vrpce mnogobrojni gosti su obišli i razgledali savremeno opremljeni i jedan od najlepših operacionih blokova u Srbiji.

3. 10. 1994. godine posle mnogobrojnih bakterioloških kontrola, sterilizacija i dezinfekcija počinje zvanični rad i funkcionisanje operacionog bloka.

"NAJHRABRIJI" DR. VASIĆ

5. 10. 1994. godine radi se prva operacija u operacionom bloku u sali br. 3. "Najhrabriji" je bio upravnik bolnice Dr. M. Vasić, urolog. Istog dana je uradjena i prva hirurška operacija. Operisao je Dr. Nikifor Jovanov.

13. 10. 1994. godine radi se prva oftalmološka operacija. Operator je Dr. Ranko Djordjević.

18. 10. 1994. godine prvi konsultant koji operiše je DOC. Dr. Milan Višnjić, specijalista plastične i rekonstruktivne hirurgije (Hirurška klinika Niš).

20. 12. 1994. godine uradjena je prva maksilofacijalna operacija. Operisao je Prof. Dr. Zoran Mladenović, maksilofacijalni hirurg.

31. 1. 1995. godine uradjena je prva ortopedska operacija. Trebalo je više od 3-4 meseca da naši ortopedi počnu rad u novom operacionom bloku. Operacija je bila istorijska jer je i to prvi put u našoj ustanovi uradjena ugradnja veštačkog kuka. Operaciju je uradio Dr. Siniša Stojanović, ortoped.

24. 5. 1995. godine u operacionom bloku operiše i otorinolaringolog, Dr. Dragoslav Nešić. Uradjena je operacija na maksimalnom sinusu.

24. 6. 1995. godine operiše i ginekolog Doc. Dr. Žarko Pilić. Prvi put je radjena jedna od najvećih ginekoloških operacija Werthaim.

Nakon ovog prvog početnog nesigurnog hoda i nepoverenja, počinje nagli skok operacija, inovacija i dolaska gostiju konsultanta iz drugih centara. Nižu se uspesi, rade nove operacije, afirmacija Zdravstvenog centra raste.

21. 12. 1995. godine uradjena je u našoj ustanovi prva implantacija očnog sočiva. Uspeh naših oftalmologa, Dr. Ranka Djordjevića i Dr. Vesne Čirić.

26. 12. 1995. godine radi se prva neurohirurška operacija na kičmi. Operaciju radi Dr. Buda Petrović, neurohirurg.

PRAVA ENDOSKOPSKA OPERACIJA

6. 7. 1996. godine se radi prva endoskopska operacija. Uradjena transuretralna resekcija prostate (TURP). Istu radi naš eminentni stručnjak i vodeći urolog Prof. Dr. Jovan Hadži-Djokić.

23. 10. 1996. godine radi se prva laparoscopska eksploracija trbuha. Nju rade Dr. Miodrag Čudomirović, hirurg iz Požarevca i naš hirurg Dr. Miomir Marković.

8. 12. 1996. godine naš hirurg Dr. Miomir Marković, radi prvu laparoscopsku operaciju žučne kese u našoj ustanovi.

10. 12. 1996. godine operacioni blok dobija Diplomu za svoj uspešni rad (na dan Zdravstvenog centra).

3. 3. 1997. godine hirurg Doc. Dr. Dragan Ignjatović radi prvi put

u našoj ustanovi cystectomy totalis et Mainz pouch..

14. 3. 1997. godine radi dedukciju naših mladih hirurga u proktološkoj hirurgiji (sphincterectomy interna lat. i haemorrhoidectomy sec. Miligan Morgan), od kada i počinje rutinski rad u praksi naših hirurga.

18. 4. 1997. godine naša ustanova i hirurg Dr. Miomir Marković, dobijaju licencu zaavljenje laparoscopskom hirurgijom. Predsednik komisije je bio Doc. Radisav Šćepanović, predsednik udruženja jugoslovenskih hirurga (JUEH), Dr. Bojan Radovanović i Dr. Miodrag Čudomirović, hirurzi iz Požarevca, inače instruktori JUEH.

25. 4. 1997. godine na hirurškoj sekciji SLD u Senti istaknuta je i sekciji objavljeno licenciranje naše ustanove zaavljenje endoscopskom hirurgijom.

25. 5. 1997. godine po drugi put u našoj ustanovi Doc. Dr. Ignjatović sa VMA sa Doc. Dr. N. Stankovićem i našim mladim hirurzima, Dr. S. Gligorijevićem, specijalizantom opšte hirurgije i Dr. D. Panić, specijalizantom urologije.

31. 8. 1997. Dr. Miomir Marković u asistenciji Dr. A. Lilića, hirurga rade prvu laparoscopsku suturu perforiranog ulkusa duodenuma.

PRAVA ARTROSKOPIJA

11. 11. 1997. Dr. Miomir Marković sa asistentima Dr. A. Lilić, hirurg i Dr. S. Denčić, radi prvu laparoscopsku operaciju ehinokokne ciste jetre u našoj ustanovi i Jugoslaviji.

26. 11. - 29. 11. 1997. godine u operacionom bloku i u našoj bolnici se održava škola operativne urologije, prvi put tako koncipirana

na prostorima naše zemlje.

Prvi put su u našoj ustanovi uradjene i u živo prenošene polaznicima škole u amfiteatru sledeće operacije:

Prof. Dr. Jovan Hadži-Djokić, radi operaciju Sigma rectum pouch (Mainz pouch II) modifikovana tehnika.

Prim. Dr. V. Smiljanić, urolog iz Sombora TUR i evapoporizaciju adenoma prostate.

Prof. Dr. Sava Perović, radi rekonstruktivnu operaciju induracije penis plastike (plikaciona ili graft tehnika).

Prim. Dr. J. Rundić (KBC Zvezdara Bgd.) - Lihoclast litotripsija unutrašnje kalkuloze.

Ass. Dr. M. Lazić (KBC. Dr. D. Mišović Bgd.) - Intersticijalna laserska terapija adenoma prostate.

Dr. B. Radovanović i M. Čudomirović iz Požarevca - Transabdominalni laparoscopski tretman ingvinalne kile (TAP).

19. 2. 1998. godina uradjena 100-ta laparoscopska operacija žučne kese. Naš hirurg Dr. Miomir Marković, postaje instruktor JUEH a naša ustanova edukativni centar za obuku endoscopskih hirurga.

19. 3. 1998. g. prvi put u našoj ustanovi uradjena holecistoduodenalna fistula laparoscopskim putem.

24. 3. 1998. g. naši hirurzi prvi put rade laparoscopsku hernioplastiku transabdominalnim putem (Dr. Marković, Dr. Lilić, Dr. Denčić)

24. 4. 1998. god. Sastanak hirurške sekcije LIVE AND VIDEO SURGERY.

Doc. Dr. Zoran Krivokapić u živom prenosu demonstrirao hirurzima Srbije i republike Srpske Mezorektotomiju u lečenju karcinoma rektuma.



Doc. Dr. Radisav Šćepanović i Ass. Dr. Perunović demonstriraju laparoskopsku operaciju žučne kese - NEW technology.

U video prezentaciji naši hirurzi prikazuju tri video filma (Dr. Marković, Dr. Lilić, Dr. S. Denčić - Laparoskopske operacije ehinokoka, suture ulkusa i operacije holecistoduodenalne fistule) i Doc. Dr. Radan Džodić, hirurg sa onkološkog instituta u Beogradu prezentuje operaciju karcinoma štitne žlezde.

13. 5. 1998. god. naši hirurzi laparoskopskim putem rešavaju holecistolokičnu fistulu (Dr. Marković, Dr. Lilić, Dr. S. Denčić)

OSNOVANA ŠKOLA OPERATIVNE UROLOGIJE

2. 7. 1998. god. Osnivačka skupština škole operativne urologije

2. 7. 1998. god. Otvoren centar za ESWL, urodinamiku i endourologiju

25. 9. 1998. godine u Somboru u zvaničnom izveštaju JUEH Pirot ubeležen da je u njemu uradjena prva laparoskopska operacija ehinokokne ciste jetre (Dr. Marković, Dr. Lilić, Dr. S. Denčić).

2. 10. 1998. godine pokušaj laparoskopske operacije karcinoma rektuma (Dr. Marković, Dr. Lilić, Dr. S. Denčić, Dr. Gligorijević).

28. 10. 1998. škola operativne urologije

22. 12. 1998. godine uradjena prva neurohirurška otvorena operacija na glavi (Dr. B. Petrović, neurohirurg i Prof. Dr. G. Ignjatović).

5. 1. 1999. godine uradjena prva laparoskopska ekstraperitonealna hernioplastika (Dr. Marković, Dr. Radovanović, Dr. Čudomirović)

25. 6. 1999. godine prvi put u našoj ustanovi uradjena holecistohoskopija sa hidrauličnom litotripsijom ureterorenoskopom (Dr. M. Vasić, urolog, Dr. S. Denčić, hirurg).

14. 8. 1999. god. Prvi put u našoj ustanovi je uradjena torakofrenolaparotomija sa resekcijom donje trećine jednjaka i gastrektomijom - Prof. Dr. D. Ignjatović uz asistenciju naših hirurga.

25. 8. 1999. godine prva urološka laparoskopska eksploracija retroperitoneuma uz rešavanje ingvinalne kile laparoskopskim putem - Dr. M. Vasić, Dr. M. Marković.

28. 8. 1999. godine prvi put u našoj ustanovi uradjena najveća abdominalna operacija WIPLE (Prof. Dr. D. Ignjatović i naši hirurzi).

BROJ I STRUKTURA HIRURGA PO PROFILIMA U 1999 GODINI

	specijalisti	na specijalizaciji	ukupno
OPŠTI HIRURZI	8	1	9
ORTOPEDI	4	3	7
UROLOZI	1	2	3
OFTALMOLOZI	2	1	3
OTORINOLARINGOLOZI	3	1	4

BROJ URAĐENIH OPERACIJA U OPERACIONOM BLOKU U PERIOD OD 5. 10. 1994. DO 31. 8. 1999.

OPŠTA HIRURGIJA	3560
ORTOPEDIJA	954
UROLOGIJA	703
OFTALMOLOGIJA	525
OTORINOLARINGOLOGIJA	23
GINEKOLOŠKE OPERACIJE	7
KONSULTANTI HIRURGIJE	62
KONSULTANTI ORTOPEDIJE	85
KONSULTANTI UROLOGIJE	18
KONSULTANT OFTALMOLOGIJE	1
KONS. MAKSILOFACIJALNE HIRURGIJE	42
KONSULTANTI NEUROHIRURGIJE	35
KONS. PLAST. I REKONSTRUKT. HIRURGIJE	189
UKUPNO:	6204



U
KORAK
S VREMENOM

U KORAK S VREMENOM...

TEHNIČKE KARAKTERISTIKE OPREME
OPERACIONOG BLOKA

OPERACIJA UZ MUZIKU

Svaka od operacionih sala opremljena je stolovima marke "Szhmit", dva izvora hladnog osvetljenja, kao i aparatima za anesteziju marke "Drager". Po želji operatera postoji mogućnost slušanja opuštajuće muzike za vreme operacije

Piše: Srđan dr Gligorijević

Operacioni blok je sagradjen kada i sama bolnica, ali do njegovog otvaranja dolazi tek 1994. god. uz pomoć pirotke privrede, pre svega "Tigra" i to u vreme inflacije. Gradjen je po savremenim principima hirurškog aseptičnog rada.

Prostire se na površini od 800 m² i u okviru njega se nalaze pet operacionih sala, soba za premedikaciju i budjenje pacijenata, veliki magacinski prostor, sobe za odmor lekara, tehničara i osoblja operacionog bloka, kao i centralna sterilizacija.

Svaka od operacionih sala opremljena je stolovima marke "Szhmitz", dva izvora hladnog osvetljenja, kao i aparatima za anesteziju marke "Drager". U celom operacionom bloku, kao i celoj bolnici postoji centralni razvod gasova, a radi prijatnijeg osećaja za rad postoji centralna ventilacija sa dodatnim erkon-dišen sistemima u svakoj sali. Po želji operatera postoji mogućnost slušanja opuštajuće muzike za vreme operacije.

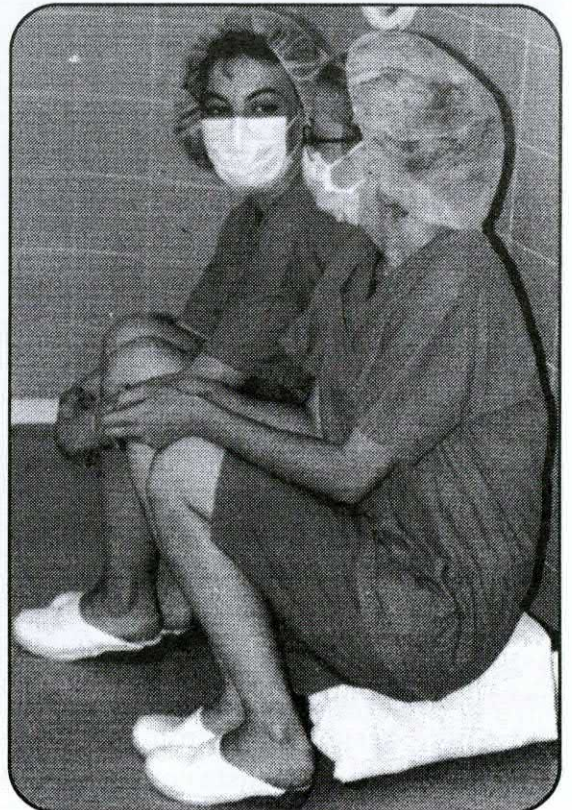
U sastav opreme operacionog bloka pored standardnog instru-

mentarijuma za otvorenu hirurgiju spada i instrumentarij za laparoskopiju, ureteroskopiju i artroskopiju sa tri endokamere, dva kvalitetna izvora svetla, insuflatorom, litoklastom, litotriptorom, opremom za TUR, vazдушnom burgijom, mobilnim Ro-aparatom za skopiju i mnogobrojnim drugim materijalom opremom potrebnim za izvođenje složenih operacija.

Krajem februara 1995. god. razvedeni su kablovi u salama 3 i 4 kojima je omogućen direktan prenos toka operacije do amfiteatra bolnice i interne televizije kao i uzajamne komunikacije operatora i amfiteatra. Novembra 1997. godine usavršena je tehnologija oformljena režija pri bloku i provučen kabal kojim je omogućeno slanje frenovanih fotosa iz sale sa propratnim tekstom preko interneta u svet. U perspektivi je uvođenje sopstvene tehnike i uvođenje jačeg opsičkog modemskog kabla radi prenošenja žive slike putem interneta.

U okviru sterilizacije nalazi se i digitalni suvi sterilizator tipa "Getinge AB" sa mogućnošću sterilizacije 5000 m gaze odjednom u vremenu od 45 min. Sterilizacija je opremljena i dekomatom za UZ pranje instrumenata.

Površina i položaj operacionog bloka omogućavaju još dodatnih mogućnosti koje će se u budućnosti verovatno iskoristiti.



SA STRUČNOG SASTANKA PODRUŽNICE SLD PIROT
**NA PUTU KA HIRURŠKOJ
METROPOLI**

Na sastanku podružnice SLD Pirot, održanom januara 1998. godine brojni učesnici i gosti mogli su da vide najnovija dostignuća endoskopske hirurgije. Zbog aktuelnosti tematike ovaj skup je ostao upamćen kao avangardni



HIRURŠKI TIM PIROTSKE BOLNICE NA DELU: prva značajna iskustva pri laparoskopskim operacijama

Piše: Dr S. Denčić, hirurg

Stručni sastanak podružnice SLD Pirot održan januara 1998. godine, okupio je veliki broj doktora različitih specijalnosti, koji su mogli da vide najnovija dostignuća endoskopske hirurgije, zahvaljujući hirurškom timu pirotske bolnice u sastavu:

Dr. Miomir Marković, Dr. Srdjan Denčić, Dr. Aleksandar Lilić. Prikazana su tri stručna saopštenja - izlaganje je praćeno video prezentacijama.

**PRVA ISKUSTVA
LAPAROSKOPSKIH
OPERACIJA**

Najpre je bilo reči o iskustvima i rezultatima nakon veće serijelaparoskop-

skih holecistektomija (prva operacija u Pirotu je uradjena 08. 12. 1996.), nakon edukacije u Centru za Laparoskopsku hirurgiju KBC "Dr. D. Mišović" u Beogradu i hirurškom odeljenju u Požarevcu i dobijanju sertifikata Škole endoskopske hirurgije JUEH. Više od sto godina nakon stvaranja klasične hirurgije, krajem XX veka stvara se moderna endoskopska hirurgija i u lečenju holecistitisa uvodila laparoskopska tehnika; ona je omogućila da se uz minimalnu traumu izvedeholecistektomija i tako ispoštuje princip koji je postavio Langenbush, a takodje i princip koji su tražile alternativne metode. U našoj sredini laparoskopske operacije još ne zauzimaju ono mesto koje imaju u svetu, jer je njihovo uvođenje u širu hiruršku praksu skopčano sa izvesnim problemima: cena, finansiranje, konzervativizam hirurga, neinformisanost itd.

Laparoskopska holecistektomija sve više zauzima mesto klasične holecistektomije u našoj ustanovi, jer su evidentne njene prednosti: manji postoperativni bolovi, minimalna postoperativnanepokretnost pacijenta, kraće vreme hospitalizacije, kraći rekonvalescentni period, izbegnuti su kozmetički defekti, manji metabolički odgovor na stres, manje postoperativne promene respiratorne funkcije i redukovan postoperativni kardijalni morbiditet, manji broj komplikacija, ekonomičnija je.

TEHNIČKI DETALJI PRIHVATLJIVI

Drugo stručno saopštenje na ovom skupu, bilo je

laparoskopsko repariranje perforativnog ulkusa duodenuma. Prikazani su tehnički detalji operacije i pokazano da su prihvatljivi procenti morbiditeta i mortaliteta u poredjenju sa konvencionalnom hirurgijom. Laparoskopski hirurški tretman je atraktivna alternativa za konzervativni hirurški tretman perforativnog ulkusa, zbog odsustva komplikacija u poredjenju sa konvencionalnom laparotomijom, naročito parijetalnih komplikacija.

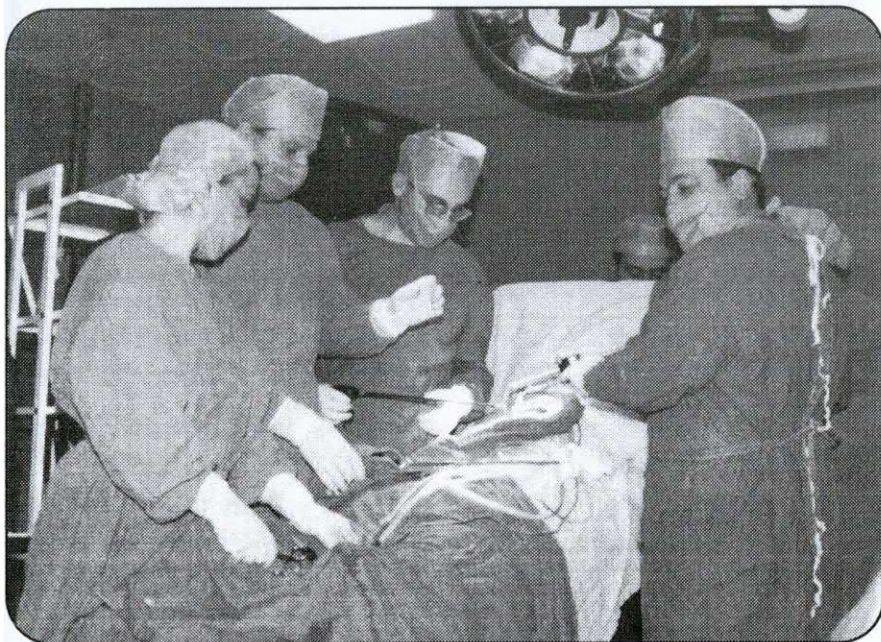
U trećem saopštenju prikazana je laparoskopska operacija parazitarne ciste jetre (ehinokokne ciste), koju je hirurški tim pirotke bolnice izveo zahvaljujući

praćenju trendova u endoskopskoj hirurgiji, samo pet meseci nakon prvih objavljenih radova u oficijalnom časopisu SAGES i EAES "Surgical Endoscopy". To je ujedno i prvi takav zahvat u okviru jugoslovenske hirurgije. Naša skromna iskustva nakon do sada urađenih triendoskopskih pericistektomija, pokazuju da je moguće postići bolje intra i postoperativne rezultate uz manju hiruršku traumu.

OD ODELJENJA DO CENTRA

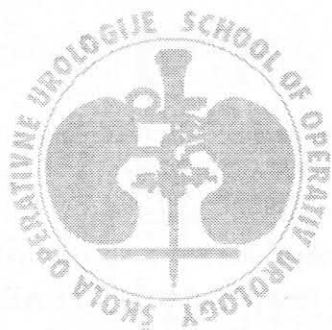
Ako svemu ovome dodamo i laparoskopsko rešavanje fistula između žučne kese i duodenuma i debelog creva, kao i operaciju kile i druge procedure u fazi usvajanja, postaje jasno zašto je hirurško odeljenje pirotke bolnice postalo centar za laparoskopsku obuku i instruktazu. U skladu sa svetским trendom demetropolizacije endoskopske hirurgije, Pirot je na pravom putu da postane hirurška metropola.

Ovo je bio samo jedan od brojnih stručnih sastanaka SLD-podružnice Pirot, održanih u kontinuitetu, ali je zbog aktuelnosti tematike ostao zapamćen kao avangardni.



NA STRUČNOM SASTANKU PRIKAZANI SU TEHNIČKI DETALJI OPERACIJA I PREDNOSTI LAPAROSKOPSKE HIRURGIJE





PRVA I JEDINA NA BALKANU

U otvorenoj bolnici uvođenjem interne televizije i informacionog sistema uz izvanredne tehničke uslove operacionog bloka stvoreni su svi uslovi za organizaciju škole operative urologije, jedine ovakve vrste na Balkanu

Piše: Miroljub dr Vasić

Škola operative urologije je naučna institucija pod pokroviteljstvom Medicinskog fakulteta i Instituta za urologiju i nefrologiju Kliničkog centra Srbije u Beogradu. Osnovana je 02. jula 1998. godine. Suosnivači su Zdravstveni centar Pirot, gde se nalazi sedište Škole i A.D. TIGAR, generalni sponzor.

Inicijalni momenat za osnivanje Škole je obeležavanje 25-godišnjice rada urološkog odeljenja u pirotskoj bolnici od 27. do 29. novembra 1997. godine manifestacijom pod nazivom **DANI OPERATIVNE UROLOGIJE**, kada je prvi put prezentovan najsavre-



SVEČANI TRENUTAK: Prof. Dr. Jovan Hadži Đokić simboličnim presecanjem vrpce pustio u rad Centar za litotripsiju

meniji način edukacije prenosom žive slike iz operacionog bloka u amfiteatar, uz međusobnu audio-komunikaciju.

Već pripremljeni tehnički uslovi u bolnici uvođenjem interne televizije i informacionog sistema i ostvarivanje

projekta telemedicine bili su bazični uslovi za uspešnu organizaciju pomenute manifestacije. Demonstrirane su najsavremenije operative tehnike iz oblasti klasične, rekonstruktivne i endoskopske urologije, a najavljeni su i izazovi



laparoskopske metode. Najeminentniji urolozi naše zemlje bili su operatori tokom dvodnevnog skupa: Prof. J. Hadždžić (Mainz-pouch II), Prof. S. Perović (Plikaciona tehnika operacije kurvature penisa), Prof. J. Nikolić i Prim. V. Smiljanić (Transuretralna resekcija i evaporizacija adenoma prostate), Doc. M. Lazić (ILC), Prim. U. Rundić (LITHOCLAST litotripsija ureteralne kalkuloze). Hirurzi iz Požarevca, Dr B. Radovanović i Dr M. Čudomirović demonstrirali su laparoskopski tretman ingvinalne hernije. Organizovana su i dva okrugla stola sa temama: Adenom prostate i Izazovi laparoskopske urologije.

Uspešna organizacija sastanka inicirala je osnivanje Škole operativne urologije, uz podršku predsedništva Sekcije urologa SLD-a i uz odobrenje Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Učešće u radu Škole postala je obaveza specijalizanata urologije u okviru dvosemestralne nastave Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Četvorodnevni tok Škole, od 27. do 31. oktobra 1998. godine bio je podeljen u dva dela: prva dva dana organizovan je program za specijalizante koji je vodio predsednik naučnog odbora Škole Prof. S. Mičić, a druga dva dana organizovan je program inovacija znanja i veština za specijaliste, sa temom Karcinom prostate,

koji je vodio predsednik Upravnog odbora Škole Prof. J. Hadždžić.

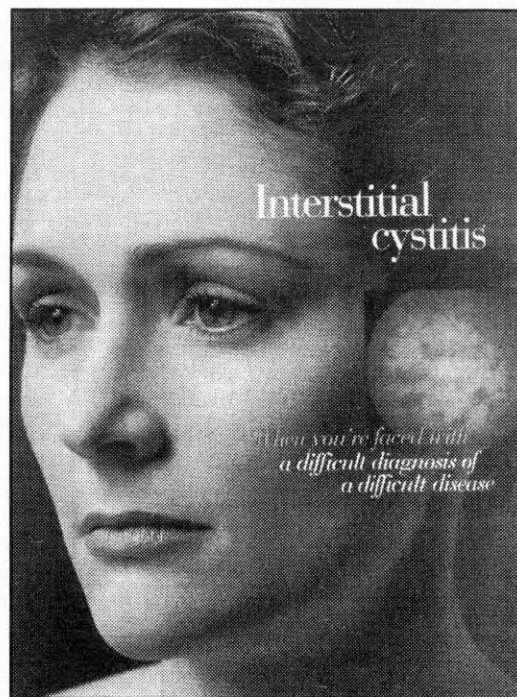
U programu za specijalizante demonstrirane su operacije: transuretralna elektrotresekcija prostate, pijelolitotimija, transvezikalna prostatektomija (Prof. S. Mičić, Prof. J. Nikolić, Dr A. Vuksanović), retropubična prostatektomija (Doc. B. Stijelja) i pijeloplastika kod dece (Prim. D. Tričković).

U programu inovacija znanja i veština za specijaliste urologije uvodna predavanja sa temom operativne tehnike radikalne prostatektomije održali su Prof. J. Hadždžić i Prof. D. Elaković, a nakon toga su demonstrirane tehnike radikalne prostatektomije, radikalne orhiektomije i promovisana termoterapijska metoda TUNA sistemom za karcinom prostate (Prof. J. Hadždžić). Urađena je i heminefrectomija arkuatnog bubrega zbog hidronefroze. Demonstrirana je i PDD tehnika dijagnostike i tretmana karcinoma in situ mokraćne bešike (Doc. M. Lazić). Tokom sastanka organizovane su i mnogobrojne video sesije sa operacijama u oblasti klasične i endourologije. Organizovan je okrugli sto sa temom Karcinom prostate u kome su uzeli učešće, pored predavača,

operatora i moderatora i naši eminentni radiolozi, patolozi i hemoterapeuti (Prof. Lj. Jelić, Dr V. Cerović,...). Moderator u amfiteatru za sve vreme održavanja programa Škole bio je Prof. V. Marković.

Ovogodišnja Škola, koja se održava od 26. do 29. oktobra ima temu: UROGINEKOLOGIJA. Predviđena su predavanja iz oblasti dijagnostike i operativnog tretmana stres inkontinencije i fistula urogenitalnog sistema žene. Predavači i operatori su najeminentniji stručnjaci iz referentnih ustanova urologije i ginekologije Kliničkih centara Beograda, Niša i Novog Sada.

Za sledeću godinu planiran je program Škole sa temom: Minimalno-invazivne radiološke metode u oblasti urologije i endourološke procedure.



O RAZVOJU ENDOSKOPSKIH OPERATIVNIH METODA U OBLASTI UROLOGIJE

TUNA jedino u PIROTU

Od osnivanja urološkog odeljenja 1972. god. postoji trend uvođenja savremene endoskopske opreme, u početku u oblasti dijagnostičkih procedura, a u poslednjih nekoliko godina i u oblasti operativnih procedura.

Paralelno sa realizacijom projekta tretmana kalkuloze urinarnih puteva savremenim aparatom za ekstrakorporalnu litotripsiju, uvode se i endoskopske metode i minimalno invazivne metode za dezobstrukciju urinarnog sistema. Početkom 1995. godine uradjene su prve instalacije ureteralnih stentova, a sredinom iste godine u operativni program uvedene su i perkutane intervencije (punkcije, sklerozacije i instalacije nefrostoma).

Početkom 1996. godine uradjena je prva transuretralna elektroresekcija tumora mokraćne bešike, a sredinom iste godine uradjena je i prva transuretralna elektroresekcija prostate.

Krajem 1997. godine uradjena je prva ureterorenoskopska litotripsija kalkulusa uretera fleksibilnim ureterorenoskopom, a početkom 1998. godine uvedena je LITHOCLAST litotripsija za tretman kalkulusa uretera rigidnim ureterorenoskopom i za tretman kalkulusa mokraćne bešike specijalnim cistoskopom.

Za sada poslednja endoskopska metoda uvedena u repertoar rada urologije u operacionom bloku i centru za litotripsiju, endourologiju i urodinamiku je najsavremeniji termoterapijski tretman adenoma i karcinoma prostate TUNA sistemom, početkom 1999. g.

U perspektivi je uvođenje metode perkutane nefrolitotripsije, sa litolapsijom.

Pojedine od navedenih endoskopskih operativnih metoda (TUNA, LITHOCLAST za kalkulozu mokraćne bešike) za sada se rade jedino u pirotskoj Bolnici.

M. V.

O REALIZACIJI PROJEKTA UVOĐENJA TELEHIRURGIJE I TELEMEDICINE U PIROTSKOJ BOLNICI

Neophodna realnost

Prvni prenos "žive" slike iz operacione sale ostvaren je u ovoj zemlji aprila 1989. g. Tom prilikom održan je sastanak urologa Jugoslavije u amfiteatru Narodne biblioteke Srbije, sa preko 200 učesnika, a kamere RTS-a bile su instalirane u operacionoj sali Urološke klinike u Beogradu. Fascinantnost načina edukacije demonstriran na navedenom sastanku postala je osnova za projekat uvođenja telehirurgije, a kasnije i telemedicine u pirotskoj bolnici.

U početku je to bila ideja koju su skeptici nazivali naučnom fantastikom. Sredinom 1995. godine angažovanjem stručnjaka sa Elektronskog fakulteta u Nišu i firme "POGLED" počinju sa radovima na instalaciji bazične opreme bolničke interne televizije. Krajem iste godine instalirano je preko 80 priključaka interne i satelitske televizije u stacionaru i polikliničkom delu bolnice i istovremeno formirana direktna audio-vizuelna komunikacija između operacionog bloka i amfiteatra bolnice.

Početkom 1996. godine, februara meseca, prezentovana je prva operacija "uživo" pred stručnim kolegijumom bolnice. Uradjena je spoljašnja fiksacija potkolenice, a audio-vizuelni kontakt ostvaren je amaterskom opremom. Usledile su ubrzo operacije iz oblasti neurohirurgije, hirurgije, urologije,...

Sistem je razvijan dodatnom opremom, a stalna tendencija, koja još uvek traje je uvođenje profesionalne TV opreme.

Svoju definitivnu potvrdu projekat uvođenja telehirurgije imao je pri organizaciji manifestacije "DANI OPERATIVNE UROLOGIJE" krajem novembra 1997. godine, zatim pri organizaciji sekcije hirurga aprila 1998. g. i konačno formiranjem "ŠKOLE OPERATIVNE UROLOGIJE" jula meseca i četvorodnevnom "live surgery" sesijom oktobra iste godine.

Pri organizaciji navedenih manifestacija sistem je usavršen dodatnom opremom u realizaciji profesionalnih TV ekipa RTS-a Novi Sad i pirotskog Dopisništva RTS-a.

U planu je usavršavanje sistema uvođenjem prenosa operacija u prostore pogodne za učešće većeg broja učesnika putem link-a.

U toku su završne pripreme za priključenje pirotske bolnice u sistem TELEMEDICINE, povezivanjem postojećeg TV sistema sa informacionim sistemom uglednih referentnih medicinskih institucija modemske linijama većeg kapaciteta, čime bi se ostvarila "real-time konsultativna komunikacija u hirurškim oblastima, kao i u oblasti patologije, radiologije i endoskopske i funkcionalne dijagnostike.

Dosadašnje sesije "hirurgije uživo" mogle su se pratiti putem INTERNET-a, fremovanim slikama, uz propratno objašnjenje.

Uvođenjem sistema TELEMEDICINE, kao i priključenjem postojeće, razvijene mreže informacionog sistema u pirotskoj bolnici, u saradnji sa firmom "MERC" iz Zemuna, postoje uslovi za prenos "real-time" slike putem INTERNET-a.

Navedeni tok događaja doprineo je da ovakvi projekti više ne predstavljaju naučnu fantastiku, već neophodnu realnost.

M. V.



UPUTSTVO ZA AUTORE I SARADNIKE

RUKOPISI TREBA DA ODGOVARAJU SLEDEĆIM KRITERIJUMIMA:

1. Radove kucati pisaćom mašinom na srpskom jeziku, sa jedne strane lista papira formata A4, sa dvostrukim proredom i slobodnom ivicom sa leve strane 5 cm, a sa desne 2 cm.

Primaju se i rukopisi snimljeni na računarskoj disketi s oznakom korišćenog tekst-procesora (diskete se vraćaju).

2. Naslov rada na srpskom jeziku kucati velikim slovima.

3. Prezime i ime autora i koautora, naziv ustanove.

4. Radovi treba da sadrže – uvod, cilj rada, metod, rezultate, diskusiju, zaključak i literaturu. Prikazi slučajeva treba da sadrže – uvod, prikaz slučaja, diskusiju i literaturu.

5. Kratak sadržaj (≤ 200 reči) sa ključnim rečima (≤ 5 reči) i engleskim prevodom (Summary; Key words), priložiti na posebnom listu papira.

6. Poželjno je da rukopis sa svim prilogima ne bude duži od 6 stranica. U tekstu obeležiti mesto za svaki prilog (ne ostavljati prazan prostor i ne lepiti priloge). Priloge (tabele, dijagrame, šeme, grafikone i sl.) dati na posebnom listu i označiti rednim brojem. Fotografije – crno bele staviti u posebnu kovertu i označiti rednim brojem i tekstom.

7. Sve mere moraju biti iskazane u SI jedinicama.

8. Literatura se navodi na posebnom listu, po redosledu citiranja u tekstu, u kome se označava navođenjem rednog broja arapskom cifrom u zgradi.

Citira se po Vankuverskim pravilima. Tako se referenca iz časopisa citira na sledeći način: prezime, početno slovo imena, pun naslov rada, skraćeni naziv časopisa, godina izdavanja, volumen, sveska, potom početna i završna stranica na kojima je članak objavljen – primer Abrams A, Melrose R, Acinic cell tumors of minor salivary gland origin USA-

Oral Surg 1978; 46 (2); 220-223. Knjige se navode tako što se ispisuje prezime i početno slove imena autora, naziv dela, godina izdanja i broj stranica knjige. Primer: Štajner A. Tumori maksilofacijalnog područja, I izdanje, Dečje novine, Gornji Milanovac 1988; 428. Reference iz zbornika radova – prezime i početno slovo imena urednika (ako ga ima), naziv zbornika, odnosno kongresa, simpozijuma i sl., mesto održavanja sastanka, izdavač, godina izdanja, početna i završna stranica na kojima je članak objavljen primer: Marković P. Živković L. Uticaj zračenja na pojavu recidiva. Zbornik radova "II kongres lekara", Vrnjačka Banja 1975; 315-6.

Navode se imena najviše četiri autora, ako ih je više iza četvrtog se dodaje – i saradnici.

9. Na kraju rada autor treba da navedu svoju punu adresu.

10. Za recenziju radova, Uređivački odbor angažuje kompetentne recenzente, koji su anonimni.

EFEKTI SUBLINGVALNE PRIMENE NIFEDIPINA I KAPTOPRILA U TERAPIJI HIPERTENZIJE KOD OPERISANIH BOLESNIKA KOJI SU NA PARENTERALNOJ ISHRANI

Velimir Colić, Milovanka Jančev, Milan Živić, Miomir Marković

Zdravstveni centar Pirot, Zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd

SAŽETAK

Peroralna primena antihipertenziva je najbolji i najprihvatljiviji način sprovođenja terapije hipertenzije. U izvesnim slučajevima kada je peroralni unos onemogućen zbog malresorpcije u digestivnom traktu, kao npr. postojanje postoperativnog paralitičkog ileusa nakon abdominalnih operacija, primorani smo da neke antihipertenzive administriramo peroralno i izbegnemo njihovu resorpciju preko gastrointestinalnog sistema.

Retrospektivnom studijom obuhvatili smo 48 operisanih bolesnika u dvogodišnjem periodu (1996. - 1997.) koji su bili tretirani sublingvalnom primenom nifedipina (grupa A) i kaptoprila (grupa B) u cilju lečenja umerene hipertenzije.

U grupi A nifedipin je davan u dozi od 10 mg u proseku 3 puta na dan, a pad arterijske tenzije iznosio je prosečno 12%. U grupi B kaptopril je primenjen u dozi 2 puta 25 mg na dan, a prosečan pad krvnog pritiska je 10%.

Peroralnom administracijom izbegli smo i. v. način davanja antihipertenziva i rizik naglog sniženja krvnog pritiska. Antihipertenzivi za iv primenu uglavnom su rezervisani za terapiju teških oblika hipertenzije i hipertenzivne krize.

Ključne reči: hipertenzija / terapija / , nifedipin, kaptopril

SUMMARY

The peroral usage of anti-hypertensive medicaments is the best and the most acceptable way of carrying out the hypertension therapy. In some cases, when the peroral feeding is not possible because of malresorption in the digestive tract, for example, after abdominal operations, when there is a postoperative paralytic ileus, patients have to use certain anti-hypertensive medicaments perorally in order to avoid their resorption through gastrointestinal system.

From 1996. till 1997. forty eight operated patients were examined. They were treated by sublingual usage of nifedipin (group A) and captopril (group B) in order to cure a moderate hypertension.

A dose of 10 mg of nifedipin was given to the patients of the group A three times a day and the reduction of blood pressure was 12%. In the group B captopril was given to the patients in the dose of 25 mg two times a day and the average reduction of blood pressure was 10%.

With peroral usage we avoided the intravenous way of anti-hypertensive medicaments and in this way a sudden reduction of blood pressure was avoided. The medicaments for intravenous usage with hypertension are reserved for very serious forms of hypertension and hypertensive crisis.

Key words: hypertension / therapy / , nifedipin, captopril

UVOD

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije hipertenzija je stanje povišenog krvnog pritiska iznad vrednosti 21,3/12 kPa koji se smatra gornjom granicom normalnih vrednosti. To je najvažniji faktor rizika u oboljenjima srca i krvnih sudova. Morbiditet od ovog oboljenja kod odraslog stanovništva u svetu kreće se oko 35%, a kod nas oko 30%.

Osnovni lekovi u modernoj terapiji hipertenzije svrstani su u 4 najvažnije grupe: diuretici, beta-blokatori, antagonisti kalcijuma i ACE inhibitori. Ostali antihipertenzivni lekovi su vazodilatatori u užem smislu, alfa adrenergički blokatori i blokatori adrenergičkog neurona. Ovi poslednji se ređe koriste, imaju posebne indikacije, pa mnogi od njih su prevaziđeni u terapiji (1).

Antagonisti kalcijuma su prvi put uvedeni u kliničku praksu pre 20 godina, a 1989.

god. su predloženi kao prva linija antihipertenzivne terapije. Široko su prihvaćeni u svetu i kod nas i veoma mnogo se koriste u monoterapiji umerene i umereno teške hipertenzije, kako primarne tako i sekundarne hipertenzije. Antagonisti kalcijuma su hemijski heterogena grupa lekova, ali imaju slična antihipertenzivna dejstva (2, 4, 5). Trenutno raspolažemo sa 3 glavne klase blokatora kalcijumskih kanala: 1. fenilalkilamin (prototip verapamila), 2. dihidropiridin (prototip nifedipina i nikardipina) i 3. benzotiazepin (prototip diltiazema). Mehanizam dejstva ovih lekova je sprečavanje influksa jona kalcijuma kroz kalcijumske kanale iz ekstracelularnog prostora u ćelije kapilara, miokarda, nervnog sistema.

Nifedipin, najizrazitiji predstavnik kalcijum antagonista, ima brzo, snažno ali kratkotrajno dejstvo (1). Bioraspoloživost se kreće oko 60-68%, a poluživot oko 10 časova. Metaboliše se gotovo potpuno u jetri. Pri prvom prolasku leka kroz jetru metaboliše se 30-40% od date doze. Sublingvalnim davanjem nifedipina izbegava se efekat prvog prolaska kroz jetru,

resorpcija leka je brža, kao i početak dejstva, pa se preporučuje kod hipertenzivne krize i akutnih napada hipertenzije, a retard tablete daju se kod hronične hipertenzije i u profilaksi angine pectoris. Uobičajena dnevna doza varira od 10-20 mg 3 puta dnevno. Sublingvalna dnevna doza može dostići 80 mg, retko je potrebna dnevna doza od 120 mg.

ACE inhibitori su otkriveni pre 20 godina i do danas je sintetisano i ispitano preko 50 jedinjenja iz ove grupe, od kojih su mnoga uvedena u terapiju. ACE inhibitori koče aktivnost angiotenzin - konvertujućeg enzima - konvertaze koja pretvara neaktivni angiotenzin I u aktivni angiotenzin II koji je jak vazokonstriktor. ACE inhibitori su indikovani kod blage i umerene hipertenzije i kod kongestivne srčane insuficijencije gde predstavljaju osnovu terapije. Najnovija istraživanja potvrđuju efikasnost ACE inhibitora kod akutnog infarkta miokarda. Većina ACE inhibitora (osim kaptoprila i lizinoprila) nalaze se u formi proleka, a konverzija u aktivni metabolit odvija se uglavnom u jetri. ACE inhibitori u fiksnim kombinaci-

jama sa malom dozom diuretika postižu uspeh u terapiji hipertenzije kod 80-90% bolesnika, ali istovremena primena sa diuretikom nalaže oprez zbog naglog pada tenzije, pa se preporučuje da prve doze budu manje.

Kaptopril je prvi oralni aktivni ACE inhibitor, sintetisan 1977. god., klinički proven i efikasan antihipertenziv koji se može primeniti samostalno, u monoterapiji, ili uz dodatak diuretika kao fiksna kombinacija (Kaptopril plus*). Kaptopril se može dati do ukupne dnevne doze od 150 mg.

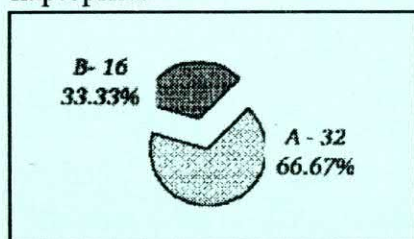
CILJ RADA

Cilj našeg istraživanja su efekti sublingvalno primenjenih antihipertenziva nifedipina i kaptoprila u lečenju umerene arterijske hipertenzije (dijastolni krvni pritisak < 110 mm Hg) kod operisanih bolesnika kod kojih je peroralni unos bio onemogućen. Ovi bolesnici bili su na parenteralnoj ishrani.

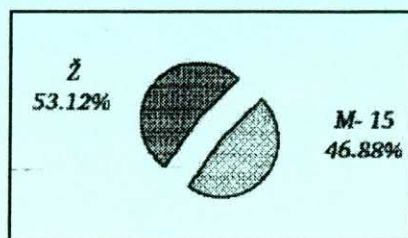
MATERIJAL I METODA

Retrospektivnom studijom obuhvatili smo 48 operisanih bolesnika u periodu 1996. - 1997. god. koji su u prvim

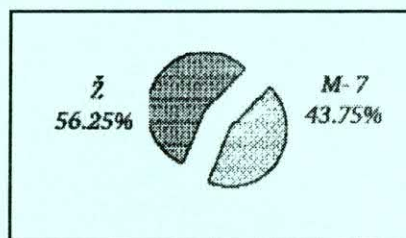
postoperativnim danima bili lečeni na odeljenju intenzivne nege. Svi ispitanici imali su umerenu hipertenziju - prosečna arterijska tenzija pre početka terapije iznosila je 189,6/104,5 mm Hg. Bolesnici su starosne dobi od 42 do 78 godina, od kojih je 26 žena (54,2%) i 22 muškaraca (45,8%). Svi su bili podvrgnuti različitim hirurškim intervencijama (resekcio ventrikuli, resekcio intestini, holecistektomija, hemikolektomija, laparatomija i adhezioliza, apendektomija, relaparatomija). U prvim postoperativnim danima svi su bili na parenteralnoj ishrani u proseku 3 dana. Odabrali smo bolesnike (48) sa umerenom hipertenzijom koje smo podelili u 2 grupe: A- 32 bolesnika ili 66,6%, od toga 17 ženskog pola (53,12%) i 15 muškog pola (46,88%) koji su pod terapijom nifedipina i grupa B- 16 bolesnika ili 33,3%, od toga 9 ženskog pola (56,25%) i 7 muškog pola (43,75%) koja je pod terapijom kaptoprila.



Grafik 1. Struktura bolesnika prema polu



Grafik 2. Struktura bolesnika prema polu u grupi A - nifedipin



Grafik 3. Struktura bolesnika prema polu u grupi B - kaptopril

* Prosečni krvni pritisak kod svih opserviranih pre početka terapije iznosi 189,6/104,5 mm Hg.

* Grupa A je pod sublingvalnom terapijom nifedipina u dozi od 10 mg u proseku 3 puta na dan.

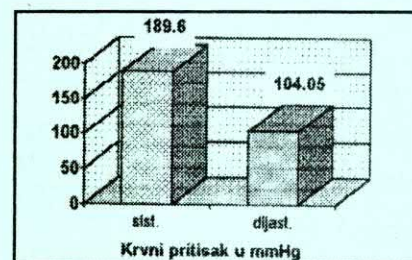
* Grupa B je pod sublingvalnom terapijom kaptoprila u dozi od 25 mg u proseku dva puta na dan.

REZULTATI

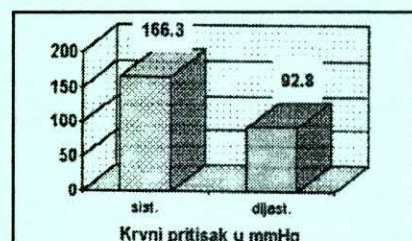
U grupi A nakon jednokratne doze nifedipina dolazi do sniženja sistolnog arterijskog pritiska u proseku za 12%, a dijastolnog za

11,2%, ili u proseku krvni pritisak je snižen na 166,3/92,8 mm Hg.

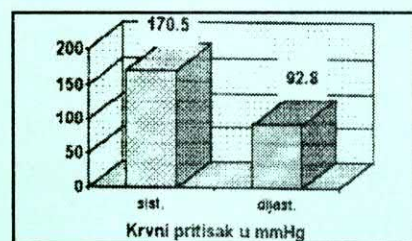
U grupi B nakon jednokratne doze kaptoprila sistolni arterijski pritisak se snižava u proseku za 10%, a dijastolni za 9%, ili prosečno iznosi 170,5/95,1 mm Hg.



Grafik 4. Prosečni krvni pritisak pre terapije



Grafik 5. Prosečni krvni pritisak posle terapije u grupi A



Grafik 6. Prosečni krvni pritisak posle terapije u grupi B

DISKUSIJA

U grupi A nifedipin je pokazivao varijabilnost dejstva (ima brzo, snažno i kratkotrajno dejstvo). Efekat nifedipina na sniženje krvnog pritiska nakon sublingvalne primene počinje nakon 5 min. (20 min. nakon peroralne primene) i traje oko 8-12 časova. Kod 5 bolesnika (15,62%) željeni terapijski efekat nije postignut, pa je doza ponavljana na 15 minuta (do ukupne doze od 50 mg), a kod 4 bolesnika (12,5%) došlo je do prolazne hipotenzije.

U grupi B kaptopril se pokazao manje efikasnim u odnosu na nifedipin, ali je pokazao i izvesne prednosti kao što su odsustvo nagle hipotenzije i duže trajanje dejstva. Dejstvo kaptoprila nastupalo je sporije, tako da se željeni efekat ispoljavao u proseku nakon 35 min. Kod 4 bolesnika (25%) terapijski efekat bio je slabiji i dodatno je uključena mala doza diuretika. Kod 3 bolesnika (18,75%) terapijski efekat je izostao i uz kaptopril dat je nifedipin sublingvalno u dozi od 10 mg. Prihvatili smo uputstvo za primenu leka i izbegli veće početne doze kaptoprila, a narednu dozu davali smo u određenom intervalu kako bi smo izbegli fenomen "izmicanja"

koji se javlja kod primene ACE inhibitora.

Od umerene hipertenzije ranije su bili lečeni 26 bolesnika ili 54,1%. Za svoju bolest nisu znali 14 bolesnika (29,15%), a 8 bolesnika ili 16,8% su znali da imaju hipertenziju, ali nisu bili pod terapijom.

Sprovedena terapija odnosi se na prva 3 postoperativna dana, tako da treba uzeti u obzir uticaj postoperativnog bola i straha na pojavu hipertenzije, kao i efekte analgetika i sedativa u kupiranju istih.

Serijski opserviranih bolesnika je mala, a sagledavanje svih aspekata ove problematike prevazilazi pretpostavljene okvire ove studije.

Koje su prednosti ovakvom pristupu terapije hipertenzije u postoperativnom periodu kod bolesnika na parenteralnoj ishrani?

1. Nifedipin i kaptopril su lekovi izbora jer se izbegava davanje vazodilatatora u užem smislu, lekova sa snažnim dejstvom, rezervisanih uglavnom za terapiju maligne hipertenzije i akutnih napada hipertenzije, lekova uglavnom iz uvoza koji se retko nađu kod nas, kao što su diazoksiz

(Hyperstat), hidralazin (Apresoline), natrijum-nitroprusid ili alfa 1 adrenergički blokatori: prazosin (Vasoflex) i urapidil (Ebrantil). Ovi lekovi bi mogli izazvati nagli i dugotrajni pad krvnog pritiska.

2. Kod naših ispitanika želimo izbeći primenu snažnog diuretika furosemda jer su u terapiji u velikom procentu već uključeni aminoglikozidi, pa bi značajnije bio pojačan nefrotoksičan efekat.

ZAKLJUČAK

Sublingvalna primena kalcijum antagoniste nifedipina (Nifelat) i ACE inhibitora kaptoprila (Zorkaptil) nameće se kao terapija izbora kod kategorije bolesnika na parenteralnoj ishrani. Autori su uočili problem i dali podsticaj ka optimalnom rešenju.

LITERATURA

1. Kažić, T. Gotovi lekovi, Zlatni presek, Beograd, 1995., 87-100.
2. Reid J. L. ACE inhibition and cardiovascular therapy. Medicographia, 1990, (1):12
3. Colić, V. et al. Moderna terapija hipertenzije, Medikus, 1997, II, 4: 10-11.
4. Jančev, M. Esencijalna hipertenzija, Halo 94, 1995. V, 3-4: 42-50.
5. Jančev, M. Blokatori kalcijuma u lečenju hipertenzije - da ili ne? Acta Medica Semendrica, 1997, V, 10-11: 147-152.

Karcinom tela materice

Josif Kartaljević i Dragan Đurić

Zdravstveni centar Pirot, Služba patologije i Služba ginekologije i akušerstva

SAŽETAK

Prikazana su četiri slučaja karcinosarkoma tela materice, kao redak kliničko patološki entitet. Morfološku karakteristiku tumora čine maligna epitelna i maligna stromalna komponenta. Karakteriše ih visok maligni potencijal.

UVOD

Tumori koji imaju malignu epitelnu i malignu stromalnu komponentu, nazivaju se karcinosarcomi ili maligni mešoviti tumori. Etiologija ovih tumora ni do danas nije u potpunosti razjašnjena. Po nekima oni nastaju iz Muler-ovih ostataka, odnosno Muler-ovih ćelija, koje se normalno nalaze u telu materice. Iz tih razloga se nazivaju i maligni mešoviti Muler-ovi tumori. Međutim, mnogo je prihvatljivije mišljenje da nastaju iz pluripotentnih, primitivnih mezinhemalnih ćelija, koje mogu da se diferenciraju u vezivne, masne, koštane, rskavične, mišićne i ćelije krvnih sudova. Ovakvo shvata-

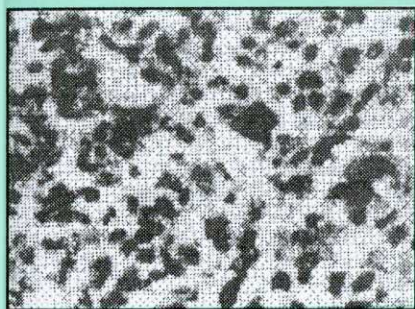
nje ujedno i objašnjava toliku heterogenost ovih tumora.

Meyer grupiše mošovitye tumore na genetskoj osnovi i razlikuje kombinacione, kompozicione i kolizione tumore. Kod kombinacionih tumora ipitene i stromalne ćelije potiču iz iste pluripotentne stem ćelije. Kod kompozicionih sarkamska i epitelna komponenta potiču iz mezanimalne i epitelne komponente endometrija. Kod kolizionih tumora karcinomska i sarkomska komponenta nastaju odvojeno. Kolizioni tumori nastaju na više načina. Jedna od mogućnosti je da maligne promene stroma i epitela mogu biti izazvane istim stimulusom, zatim karcinom može provocirati abnormalnu hiperplaziju iz koje se kasnije razvija sarkom i na kraju sarkom može stimulisati razvoj karcinoma. Zastupljeni su sa 1-2% u odnosu na sve maligne tumore tela materice. Klinički se manifestuju povremenim oskudnim metroragijama.

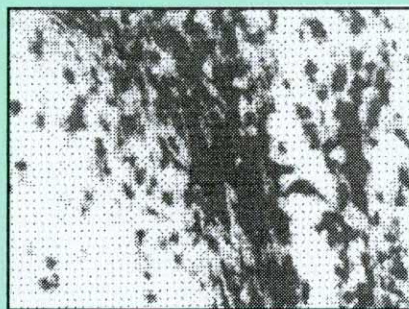
Prosečna starosna dob je 60 godina, mada je najmlađi pacijent devojčica stara 14,5 godina. U 50% slučajeva se javljaju kod nulipara. Makroskopski tumori su polipoidnog izgleda, glatke su, najčešće lobulirane površine. Mogu da budu slitarni, ređe su multipli. Brzo rastu, ispunjavaju materičnu duplju, mogu da prolabiraju kroz cervikalno ušće. Na preseku su crvenkasti ili žućkastobledi, nešto su mekše i trošne građe. Imaju lokalno agresivni rast, vrše invaziju u miometrium, a odatle u organe male karlice. Povremeno daju metastaze u paraortalne, para-trahealne i paraezofagalne limfne žlezde, a odatle u pluća i jetru. Za većinu istraživača prognoza je loša. Dužina preživljavanja od pojave prvih kliničkih simptoma je 6 do 12 meseci. Godine starosti su značajne za preživljavanje. Pojava tumora pre menopauze ima bolju prognozu u odnosu na one koje se javljaju posle menopauze. Terapija je hirurška.

PRIKAZ SLUČAJEVA

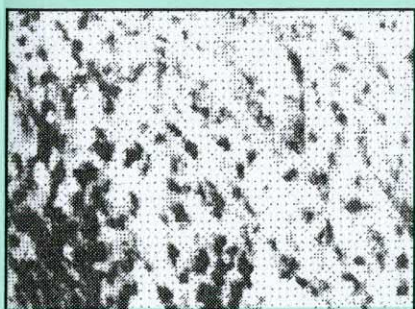
U našim slučajevima bolesnice su stare (53, 54, 56, 58) godina, ili u proseku 55,2 godine. Sve se javljaju lekaru sa približno istim tegobama. Povremenim oskudnim krvarenjima iz genitalija, neodređenim tegobama i bolovima u maloj karlici. Tegobe su se kod svih javile zadnjih 1-2 meseca, posle menopauze u proseku nakon 3-5 godina od poslednje menstruacije. Kod svih su menstruacije do menopauze bile uredne. Prva menarha je u proseku trinaesta godina. Tri su imale u proseku po dva porođaja, jedna nije rađala. Sve negiraju abortus.



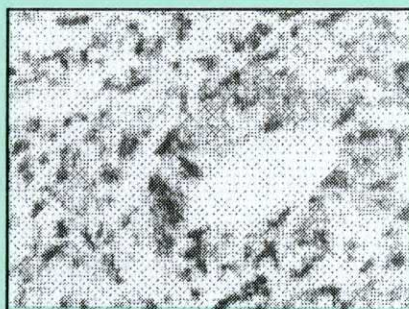
Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.

Karcinosarcoma tela materice

Navodno uvek su bile zdrave, sem jedne koja u anamnezi navodi da je pre 20 godina operisana od torkvirane ciste na levom jajniku. U svih je zbog povremenih oskudnih krvarenja urađena eksplorativna kiretaža radi patohistološkog pregleda. U svim slučajevima histološkim pregledom kiretažnog materijala postavljena je dijagnoza Dg. Carcinosarcoma endometrii, potrebno je uraditi histerektomiju. Laboratorijski nalazi u porseku su približno u svih bolesnica isti: Er 3,5; Le najniža vrednost 5,2 najviša 9,8; Hb 0,35; Se 25/50 sem u jedne koja je bila 72/120, nalar

urina, uree, kreatinina, holesterina, proteina, elektrolita, hepatograma i šećera bili su kod svih u granicama normale. Vreme krvarenja u proseku 38 sec. vreme koagulacije 3 min 12 sec, protrombinsko vreme 13 sec. Dve su imale krvnu grupu A, a dve krvnu grupu B, sve Rh +. Nalaz na srcu, plućima i EKG u svih je uredan, što ukazuje da nema kontraindikacije za operaciju. U svih bolesnica je urađena totalna histerektomija sa obostranom adnektomijom, a operativni materijal je dostavljen na patohistološki pregled. U svim slučajevima makroskopski je nađen solitarni polipoidni tumor koji ispunjava materičnu duplju, a histološkim pregledom postavljena je dijagnoza Dg. Carcinosarcoma uteri, odnosno u tri slučaja radilo se o Adenocarcinomu endometrijuma, Sarcomu strome endometrijuma i Hondrosarcomu (slike 1,2). U jednom od njih je nađena metastaza sarkoma strome endometrijuma i oba jajnika (slika 3). U četvrtom slučaju radilo se o Adenocarcinomu endometrijuma i Sarcomu strome endometrijuma (slika 4). Postoperativni tok u svih bolesnica je bio uredan, rane zarastaju per primam.

Bolesnice se otpuštaju oporavljene sa zakazanom kontrolom za 14 dana. Sve su kasnije upućene na tretman u vie ustanove (Niš, Beograd).

DISKUSIJA

Karcinosarkomi tela materice kao mešoviti tumori mogu da budu homologni i heterologni. Homologni su kada se sastoje iz elemenata koji se normalno nalaze u telu materice. Heterologni su kada su građeni i iz ćelija ili tipova ćelija koji se normalno ne nalaze u telu materice.

U naša tri slučaja radilo se o heterolognim tumorima koji pored maligne epitelenne i maligne stromalne komponente sadrže i maligno rskavičavo tkivo. U jednom slučaju radilo se o homolognom tumoru koji je građen samo iz maligne epitelenne i maligne stromalne komponente. U svim našim slučajevima tumori su bili solitarni, polipoidnog izgleda, glatke lobulirane površine, svi su polazili iz fundusa materice na širokoj osnovi, ispunjavali su materičnu duplju, u svim slučajevima infiltriraju i miometrium u proseku 3-5 mm, svi su na površini mestimično egzucerirali. Na preseku su crvenkasti, većim delom

nekrotični. Sve su bolesnice nakon operativnog zahvata bile podvrgnute citostatskoj terapiji. Dve bolesnice sa heterolognim tumorom, od kojih je kod jedne nađena metastaza sarkom u oba jajnika, umrla u okviru prve godine, sa metastazama u pluća i jetru. Dve bolesnice, od kojih jedna sa heterolognim tumorom preživela je četiri godine, a druga sa homolognim preživela 6 meseci, pod našom su stalnom kontrolom i za sada su dobro. Pretpostavljamo da ukoliko su histerektomija sa obostranom adnektomijom uradi u trenutku kada tumor nije dao metastaze, uz dodatnu terapiju, prognoza je dobra. Bolesnice koje su umrle, najverovatnije su u trenutku operacije već imale udaljene metastaze.

ZAKLJUČAK

Karcinosarkomi tela materice su retki tumori. Klinički se manifestuju oskudnom metroragijom, uglavnom posle menopauze. Dijagnoza se postavlja isključivo patohistološkim pregledom, kiretažnog i operativnog materijala. Sa operativnog materijala potrebno je uzeti što veći broj uzoraka za Ph pregled da bi se ustanovilo iz kojih je kompo-

nenata tumor građen. Obzirom na visok maligni potencijal i mogućnosti da daju udaljene metastaze, potrebno je što pre uraditi totalnu histerektomiju sa obostranom adnektomijom.

Zbog mogućnosti postojanja metastaza u trenutku operacije neophodna je dodatna citostatska terapija.

LITERATURA

1. Anderson W.A.D. Patology. vol. two C. V. Mosby Company, 1971.

2. Novak and Woodruff, Gynecologic and obstetric pathology. W. B. Saunders company Philadelphia, London, Toronto, 1974.

3. Evans. Histological Appearances of Tumours. Livingstone, Edinburg, London, New York, 1978.

4. Robins, Patologijske osnove bolesti, Školska knjiga, Zagreb, 1979.

5. Dallenbach-Hellweg, Endometrium, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1969.

Primarni karcinom žučne kese otkriven histološkim pregledom kod naizgled benignog oboljenja

Miomir J. Marković, S. Gligorijević, S. Denčić, A. Lilić, T. Jocić

Zdravstveni centar Pirot, Služba hirurgije, Operacioni blok i Služba patologije

SAŽETAK

Prikaz primarnih karcinoma žučne kese otkrivenih histološkim pregledom kod naizgled benignog oboljenja.

U retrospektivnom radu izdvojili smo sve slučajeve operisanih karcinoma žučne kese u periodu od 1. 1. 1985. do 31. 12. 1996. godine.

Ukupno je urađeno 827 holecistektomija. Primarni karcinom žučne kese je nađen kod 23 bolesnika ili 2,78% operisanih od holecistolitijaze. Od toga je bilo 20 žena i 3 muškarca starosti preko 55 godina. Kod 17 bolesnika ili 73,91% karcinom je dijagnostikovao intraoperativno i svi su bili inoperabilni. U 6 bolesnika ili 26,09% urađena je holecistektomija, a da nije postojala sumnja na karcinom. Karcinom je dijagnostikovao postoperativno histopatološkim pregledom. U svim slučajevima je bio udružen sa litijazom i žučna kesa je bila akutno upaljena. Reoperacije nismo radili.

Kod svih starijih osoba, gde se intraoperativno otkrije nekrotičan i zadebljan zid žučne kese, mora se posumnjati na primarni karcinom žučne kese.

Ključne reči: primarni karcinom žučne kese, holecistolitijaza, holecistektomija

UVOD

Primarni karcinom žučne kese u svom ranom stadijumu je bez simptoma. Dijagnoza se najčešće postavlja u toku hirurške intervencije u praktično inoperabilnom stadijumu. Manji deo bolesnika sa primarnim karcinomom se otkrije slučajno pri laparotomijama koje se preduzimaju najčešće u svrhu lečenja kalkuloze bilijarnog trakta. U takvim slučajevima otkriveni karcinom može biti zamaskiran inflamacionim promenama žučne kese.

MATERIJAL I METODE

U retrospektivnom radu, uvidom u medicinsku dokumentaciju (istorija bolesti, operativni i patohistološki protokoli), u periodu od 1. 1. 1985. godine do 31. 12. 1996. godine izdvojili smo sve slučajeve karcinoma žučne kese. Analizirali smo odnos obolelih muškaraca i žena od karcinoma žučne kese, odnos karcinoma žučne kese prema akutnoj i hroničnoj upali žučne kese i broj otkrivenih karcinoma žučne kese histološkim pregledom kod naizgled benignog oboljenja.

REZULTATI

U periodu od 1985. godine do 1996. godine urađeno je 827 holecistektomija. Primarni karcinom žučne kese je nađen kod 23

bolednika ili 2,78% svih operisanih. Od toga je bilo 20 žena i 3 muškarca starosti preko 55 godina. Kod 17 bolesnika ili 73,91% primarni karcinom je dijagnostikovao intraoperativno i svi su bili inoperabilni. U preostalih 6 primarnih karcinoma ili 26,09% bolesnika, urađena je holecistektomija, a da nije postojala sumnja na karcinom. Reoperacije nismo radili.

Karcinom je u svim slučajevima bio udružen sa litijazom. Žučna kesa kod slučajno otkrivenih karcinoma žučne kese je bila akutno upaljena, nekrotično promenjena i zadebljana. Nismo našli nijedan karcinom kod hronično promenjene žučne kese.

Svi karcinomi su adenokarcinomi. Karcinom nismo registrovali.

DISKUSIJA

Primarni karcinom žučne kese češće se javlja kod žena. Odnos žena-muškarac po jednim autorima je 2:1 (1), a po drugima 3:1 (2). Na našem materijalu približno 7 puta više su zastupljenije žene. Ovaj karcinom se u 70% (1) do 90% (2,3) javlja u osoba preko 50 godina. Svi naši bolesnici su starosti preko 55 godina. Udruženost primarnog karcinoma žučne kese sa litijazom po raznim

autorima kreće se od 70% (1), 75% (3) do 90% (2). Na našem materijalu je karcinom u svim slučajevima bio udružen sa litijazom.

Patohistološki je većina primarnih tumora žučne kese dobro diferencijirani adenokarcinom, dok je samo 10% bolesnika sa anaplastičnim karcinomom (2). Po drugim autorima većina primarnih tumora žučne kese su adenokarcinomi, koji su po histološkim karakteristikama skirusi (60%), zatim papilarni karcinomi (25%) i mukoidni tumori (15%) (1). Kod naših bolesnika su svi karcinomi bili adenokarcinomi.

Put širenja primarnog karcinoma žučne kese je dvostruk: limfogeno, duž cističnog kanala u smeru hepatikoholedohusa i limfnih žlezda u porti hepatis i direktni, invazijom jetrinog parenhima, prvenstveno segmenta IV, V i VI (2).

Dijagnoza primarnog karcinoma žučne kese je vrlo teška. Korektna dijagnoza se preoperativno postavlja samo u 10% slučajeva (1).

Rendgenski nalaz: pri oralnom holecistogramu žučna kesa neće gotovo nikad da se vidi (nije opacifirana), sem izuzetno kod bolesnika sa malim, incidentalno otkrivenim karcinomom (1).

CT - sken i ultrazvučni skenovi mogu da demarkiraju granice ekstenzivnosti malignog procesa, ali češće skenovi pokazuju samo kalkulus u žučnoj kesi (1).

Ogoshi i drugi autori smatraju suspektne nalaze u obliku polipa i ukočenost - infiltriran zid žučne kese na ehosonografskom nalazu. Ehosonografski nejasne zone prema paranhimu suspektne su na karcinom (5).

Patohistološka peroperativna dijagnostika patologa vrlo je važna za lečenje. Otkriće karcinoma "in situ" biće uvek postoperativno, ali bez štete, pošto je lečenje uspešno u 100% slučajeva (5). Otkriće lezije koja prelazi mukoza infiltrira muskularis traži klinastu resekciju 3-4 cm u jetrino tkivo sa odstranjenjem limfnih žlezda (tzv. raširena holecistektomija po Glenu) (6.). Kao pravilo se danas smatra dužnost hirurga da žučnu kesu otvori i svako sumnjivo mesto pregleda patohistolog (7).

Lečenje resektibilnog karcinoma žučne kese se kreće od jednostavne holecistektomije do desne hepatektomije, ali u izuzetno retkih bolesnika. Kod 17 naših bolesnika primarni karcinom žučne kese bio je zahvatio jetru i biliovaskularne strukture u području porte hepatis, tako da se je operativni zahvat ograničio na eksplorativnu laparotomiju s biopsijom, a samo u nekoliko slučajeva je urađena palijativna operacija u smislu rešavanja biliarne opstrukcije.

Kod naših 6 bolesnika gde su lezije otkrivene postoperativno patohistološkom analizom, smatrali smo holecistektomiju zadovoljavajućom terapijskom merom. Reoperacije nismo radili u smislu proširene holecistektomije i limfadenektomije, jer mislimo da to bolesnike izlaže povećanom operativnom riziku, dok holecistektomija s postoperativnom iradijacijom i hemioterapijom može dati zadovoljavajuće rezultate.

ZAKLJUČAK

Kod svih starijih osoba, gde se intraoperativno otkrije nekrotičan i zadebljan zid žučne kese, mora se posumnjati na kar-

cinom. Na ehosonografskom nalazu kod starijih osoba nejasne zone prema jetri i zadebljan zid žučne kese preoperativno su sumnjive na karcinom. Kod primarnih karcinoma žučne kese otkrivenih histološkim pregledom kod naizgled benignog oboljenja, holecistektomije s postoperativnom iradijacijom i hemioterapijom, smatramo zadovoljavajućom terapijskom merom.

LITERATURA

1. Way L. W.: Hirurgija - savremena dijagnostika i lečenje, Savremena administracija Beograd, 1990, 624-25
2. Štulhofer M.: Kirurgija probavnog sustava, Zagreb, 1992, 381-85
3. Ristić M.: Hirurgija jetre i žučnih puteva, Medic. Knjiga Beograd-Zagreb, 1986, 265-67
4. Petković, S. Bukurov i sar.: Hirurgija, medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1982, 761
5. Isman H. et al. Le cancer de la vesicule biliaire est il curable? Chirurgie 1984; 110: 127-32
6. Bergdahl L. Gallbladder Carcinoma First diagnosed at Microscopic Examination of Gallbladders removed for Presumed benign disease. Ann Surg. 1980; 19-22
7. Terry et al. Primary Carcinoma of the Gallbladder Am. Surg. 1976; 703-6

"Primarni karcinom žučne kese otkriven histološkim pregledom kod naizgled benignog oboljenja" prezentovan je na II gastrohiruškom bijenalu od 23 - 25. 5. 1997.

Slučaj perforativnog divertikuluma Meckeli kao peptičnog ulkusa u deteta od 9 godina

Miomir J. Marković, S. Gligorijević, T. Jocić, J. Kartaljević

Operacioni blok, hirurško odeljenje i odeljenje za patologiju bolnice Zdravstvenog centra u Pirotu

SAŽETAK

Prikazan je bolesnik - 9 godina star. Operisan je zbog akutnog abdomena. Intraoperativno je nađen perforativni divertikulum Meckeli uzrokovan peptičnim ulkusom. Slučaj je interesantan iz dva razloga: radi se o heterotopiji želudačne sluzokože unutar divertikuluma, ali i o anomaliji ileuma na mezenterijalnoj ivici.

Ključne reči: Meckelov divertikulum, peptični ulkus, heterotopija

Meckelov divertikulum je urođena anomalija. Predstavlja slepo izbočenje antimezenterijalnog zida donjeg ileuma. U većini ljudi ostaje asimptomatski.

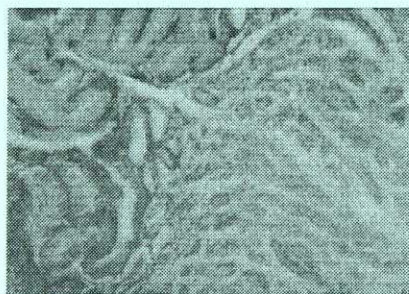
PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnik je dete 9 godina staro. Primljen je u toku noći zbog bolova u trbuhu i povraćanja. Iz anamneze saznajemo da više od dve godine ima česte bolove u trbuhu. Po prijemu cele noći je bez tegoba. U jutarnjoj viziti opšte stanje je dobro, nema bolova. Posle ručka dobija iznenadni bol desno od pupka, bol se širi na ceo trbuh. Palpatorno postoji jaka difuzna bolna osetljivost trbuha, sa defansom u desnoj ilijačnoj jami. Jezik je obložen i su. Le 9.0x10⁹, temperatura 37.8C.

Nakon kraće preoperativne pripreme uradi se operacija. Naizmeničnim rezom u desnoj ilijačnoj jami otvori se trbuh. Iz trbuha pokulja prljava i sangvinolentna tečnost. Naide se na crvuljak koji nije u inflamaciji i nije uzrok akutnog abdomena. Daljom eksploracijom se naide na 80cm od Bauhinijeve valvule, tumefakt ileuma koji se izbočuje u mezenterijum, sa otvorom na vrhu iz koga se cedi crevni sadržaj. Tumefakcija se oslobodi mezoa i ispostavi se da je to

divertikulum Meckeli sa bazom na mezenterijalnoj ivici i mestom perforacije na vrhu divertikuluma. Divertikulum se resecira i ileum ušije u dva sloja deksinom 3.0. Uradi se toaleta trbušne duplje i instalira dren u Duglas. U trbuh je sipan Efloran 500mg, a dren klemovan dva sata po operaciji.

Postoperativni tok uredan.



Slika 1.

Ulcus peptikum chr. diverticuli Meckeli sa svim zonama: ekusdat, fibr. nekroza, granulaciono tkivo i ožiljno vezivo



Slika 2.

Korpusni tip sluzokože: superficijalna foveolarna hiperplazija sa hipersekvencijom kontra - mulcinom želudačnog tipa koji se PAS metodom boje purpurno crveno. Ispod foveola vide se korpusne žlezde sa parijetalnim i glavnim ćelijama (ove ćelije luče HCL i pepsin)

Intestinalni tip sluzokože, sluzokoža tankog creva gde se u peharastim



Slika 3.

ćelijama nalaze slabo kiseli mucini koji se AB PAS pH 2.5 boje intenzivno plavo. Na ovu sluzokožu se nastavlja uklus.

Divertikulumi Meckeli na našem operativnom materijalu

U vremenskom periodu (1986-1995) od 10 godina imali smo 16 slučajeva pojave Meckelovog divertikuluma. Od toga je bilo 13 dece i 3 odraslih. U toku operacije našli smo 6 primarno obolelih Meckelovih divertikuluma od kojih su 5 imali za posledicu ileus i 1 perforaciju. Pojava 10 Meckelovih divertikuluma je bio uzgredni nalaz kod apendektomija. Prema broju operisanih na našem odeljenju, kojih za 10 godina ima 7408, procenat nađenih divertikuluma iznosi 0.21%.

DISKUSIJA

Istorijat (8)

Hiljadu

Opšte karakteristike - Meckelov divertikulum je urođena anomalija, koja predstavlja ostatak omfalomezenterijskog kanala. Obično se nalazi na suprotnoj ivici od mezenterijuma, dug je 2-3 cm, ali katkad i preko 10cm. Meckelov divertikulum se javlja u 2% slučajeva opšte populacije. Obično se nalazi na 50-100 cm proksimalno od ileocekalne valvule (1). Meckelov divertikulum u većini ljudi ostaje asimptomatski. Ipak, u 20-30% slučajeva nastaju komplikacije (divertikulitis, krvarenje iz peptičnog ulkusa divertikuluma, ileus, a katkada se komplikuje razvojem neoplazme) (2).

Etiologija i patogeneza peptičnog ulkusa divertikuluma Meckeli - Razlog treba tražiti u heterotopiji želudačnog slu-

zokože unutar divertikuluma. Takvo ostrvce želudačen sluzokože luči HCL i pepsinogen, a budući da je sluzokoža tankog creva vrlo neotporna na acidopetičnu adrešiju, dolazi do razvoja ulkusne lezije (2).

Postoje i procene moguće kolonizacije ektopične želudačen sluzokože u Meckelovom divertikulu sa *Helicobacter pylori* kao uzročnikom inflamacije, ulceracije, perforacije i krvarenja. Potvrdu toga neki autori su opovrgli. Bemelman i saradnici iz univerzitetske bolnice u amsterdamu kolonizaciju heterotopične sluzokože u Meckelovom divertikulu našli su u samo jednom slučaju od 18 divertikuluma (3). Parikh iz Indije kod 2 od 29 pacijenata koji su bili podvrgnuti resekciji Meckelovog divertikuluma, dokazana je heterotopična gastrična mukoza (27 su imali intestinalnu mukožu). Heterotopična sluzokoža nije bila kolonizovana *Helicobacter pylori* (4). Po ovim autorima *H. pylori* nema ulogu u patogenezi Meckelovog divertikuluma.

Patohistološke karakteristike - Meckelov divertikulum je građen kao i ileum ali se pojave ektopične sluzokože: gastrične, jejunalne, kolona, pa čak i pankreasa, javlja čak i oko 50% slučajeva (5).

Dijagnoza - Najčešće se ta kongenitalna anomalija otkriva slučajno prilikom laparotomije iz drugog razloga (2). Dijagnoza je rendgenska i endoskopska (1). U bolesnika sa Meckelovim divertikulom koji se komplikuje invaginacijom (ileokoličnog tipa) moguće ga je dijagnosticirati irigografijom, kojom se u najvećem broju slučajeva može postići i terapijski efekat bez invaginacije. U deca, sa akutnom sangvinacijom iz digestivnog trakta, ako je posledica ulkusne lezije na bazi heterotopije želudačne sluzokože u Meckelovom divertikulu, dijagnozu olakšava scintigrafija abdomena sa radioaktivnim tehnecijumom. Radioaktivna supstanca selektivno se nakuplja u sluzokožu želuca i nekim eventualno heterotopičnim lokalizacijama. Fistulografija u mikikalne fistule može prikazati delimično ili potpuno perzistiranje onfalenteričnog duktusa, a jejunoileografija prisustvo Meckelovog divertikuluma. Opak više od dijagnostičkih postupaka treba respektovati kliničku sliku, te prema njoj usmeriti dijagnostičke postupke (2). Dijagnoza je rendgenska, u toku ileografije. Za sve divertikulume tankog creva treba reći da su uglavnom slučajni rendgenski ili endoskopski nalaz (1).

Diferencijalna dijagnoza - Diferencijalna dijagnoza pored apendiksa teška je i prema drugim divertikulima tankog creva i primarnom ulkusu tankog creva.

Divertikulumi tankog creva za razliku od Meckelovog divertikuluma su

vrlo retki. Javljaju se kod 0.5-8% ljudi, a najčešće su lokalizovani u proksimalnom delu jejunuma i obično su multipli (2). Mogu se javiti na bilo kom delu tankog creva (duodenum, jejunum, ileum) (1). Nalaze se na unutrašnjoj mezenterijalnoj ivici creva (1,2). Obično nastaju na mestima na kojima krvni sudovi probijaju mišićni sloj crevnog zida (1). Lečenje je samo u bolesnika sa komplikacijom. Takođe se otkrivaju slučajno jejunoileografijom ili u toku laparotomije zbog drugog razloga.

Primarni ulkus tankog creva - Vrlo je redak. Češći je u ileumu nego jejunumu. Obično u pojedinačni, ili su mnogobrojni i recidivski, refrakterni na antiulkusnu terapiju uvek sumnjivi na Zollinger-Ellisonov sindrom. Najčešći simptomi ulkusa potiču od komplikacija (1).

Rendgenskim pregledom tankog creva ređe se otkriva ulkusna niša. Endoskopski pregled koristi u najvećoj meri, ako je lokalizacija primarnog ulkusa tankog creva dostupna jejunoskopijom i koloileoskopijom (1).

Simptomi - Simptomi Meckelovog divertikuluma zavise od komplikacija. Krvarenje je najčešća komplikacija, a izaziva ga peptični ulkus na heterotopnoj gastričnoj sluzokoži u samom divertikulu. Krvarenje je obilno, gotovo nikad okultno, naročito je često u deca, a stolica je svetlo crvena ili tamno crvena, ponekad crna kao katran. Divertikilit ili perforacija daje abdominalni bol i peritonit isto kao i akutni apendicit. U donjem abdomenu, najčešće blizu umbilikusa, javlja se osetljivost na bol (6).

Lečenje - Vrlo često se zamenjuje sa akutnim apendicitisom. Zato je kod svake laparotomije, zbog kliničke slike akutnog apendicitisa, koja nije intraoperativno potvrđena, potrebno revidirati tanko crevo d bi se isključila prisutnost Meckelovog divertikuluma. Creva treba pregledati najmanje 160cm oralno od cekuma (7).

Simptomatski Meckelov divertikulum predstavlja uvek apsolutnu indikaciju za njegovo odstranjenje. Meckelov divertikulum koji se slučajno otkrije prilikom operacije zbog drugog bolesnog stanja, traži odstranjenje samo pod uslovom da se time ne povećava rizik operacije. Naprotiv, asimptomatski Meckelov divertikulum, koji se otkrije slučajno pregledom, nikad ne traži operativno lečenje (2).

Meckelov divertikulum se odstranjuje klinastom ekscizijom na bazi (divertikulektomija) ili zavisno do anatomskih uslova, segmentalnom resekcijom creva, sa naknadnim uspostavljanjem terminoterminalne anastomoze. Segmentalna resekcija će biti indikovana kod divertikuluma sa širokom bazom i kod divertikuluma sa ulkusnom lezijom, jer se ulkusna

lezija sa heterotopičnom sluzokožom nalazi često u području baze divertikuluma. Nadalje, segmentalna resekcija creva sa odstranjenjem biće indikovana u bolesnika sa zapaljenskim promenama divertikuluma (divertikulitis, jer je sasmo na taj način moguće osigurati šavnu liniju "u zdravom" tkivu. Spomenuta sigmentalna resekcija kojom se uklanja divertikulum, je ograničena i nikad ne prelazi dužinu 6-8cm (2).

Ligatura baze divertikuluma s naknadnom divertikulektomijom i prešivanjem ligirane baze ne može se dozvoliti nikad divertikuluma vrlo uske baze. Takva tejnika je ne retko povezana sa komplikacijama

LITERATURA

1. Lj. Glišić i sar: Gastroenterologija, izdanje I, Naučna knjiga Beograd, 1990 god. str. 419-423
2. M. Štulhofer i sar. Hirurgija digestivnog sistema, izdanje II, Zagreb-Sombor, 1992 god. str. 737-741.
3. Bemelman W. A. Bosma A. Wiersma PH et al. Role of *Helicobacter pylori* in the pathogenesis of complications of Meckel's diverticula. Eur-J-Surg. 1993; 159 (3) 171 - 5.
4. Parkih SS; Rengenalhan S, Prabhn Sr et al; Heterotopic gastric mucosa et helicobacter pylori infection in Meckel's diverticulum in Indian subjects. J-Assoc-Physicians-India, 1993 41 (10); 647 - 8.
5. Rutherford RB; Akers Dr; Meckel's diverticulum, Surgery; 59, 618, 1966 god.
6. Lawrence W. Way; Hirurgija VIII izdanje; Savremena administracija, beograd; 1990 god. str. 1377.
7. M. Štulhofer i sar. Digestivna hirurgija, JAZU Zagreb, 1985 god. str. 539.
8. W.A.D. Anderson; Pathology; sixth edition; volume two; the CV. Mosby companu St. Luis 1971 god. str. 921.
9. J. Teodorović, B. Jereb; Gastroenterologija, Monos Beograd, 1976 god, str. 186.

Rad je prezentovan na 13. kongresu lekara Srbije 26-30. 5. 1996. god. u Vrnjačkoj Banji

Dogodilo se:

NA LICU MESTA... NA LICU MESTA

SA SASTANKA HIRURGA SRBIJE

LIVE AND VIDEO SURGERY

Prvi put u Srbiji 24. aprila 1998. godine održan je sastanak hirurške sekcije po tipu:
LIVE AND VIDEO SURGERY

Piše: Aleksandar dr Lilić

Poštujući već ustaljenu praksu, koja je gotovo prerasla u tradiciju, da se svake godine u prolećnim i jesenjim mesecima održava sastanak hirurške sekcije srpskog lekarskog društva u drugom gradu Srbije, Zdravstveni centar je 24. aprila 1998. godine bio domaćin takvog skupa. Predhodni sastanak sekcije održan je u Pirotu marta 1991. godine.

Sastanci hirurga Srbije uvek su bili koristan poligon za iznošenje novina, prezentovanje i razmenu iskustava i zanimljive diskusije. U svom višedecenijskom postojanju način prezentacije medicinske problematike na ovim skupovima je menjan od jednostavnog čitanja radova, preko uvođenja projektor i slajdova, do video bim prezentacije. Prateći najnovije svetske trendove i koristeći sveža iskustva Škole operative Urologije održane u našoj ustanovi novembra 1997. godine, pirotski hirurzi su Predsedništvu hirurške sekcije predložili održavanje sastanka gde bi učesnici po prvi put pratili operaciju uživo, slušali iskustva hirurških autoriteta iz te oblasti i iznosili u diskusiji sopstvena iskustva. Nakon što je predsedništvo (uz izvesnu skepsu) odobrilo nov način organizacije, formirani su Organizacioni i Izvršni odbor sastanka i započelo

se sa realizacijom projekta.

Uključivanjem velikog broja društvenih i privatnih firmi pirotskog okruga, oformljen je i tim donatora koji je, uz Zdravstveni centar Pirot, obezbedio materijalna sredstva za finansiranje projekta.

Tako je po prvi put u Srbiji 24. aprila 1998. godine održan sastanak hirurške sekcije po tipu: Live and video surgery. Učestvovao je rekordan broj hirurga (preko 300) iz čitave Srbije i Republike Srpske, a svojim prisustvom značaj skupa potvrdili su Prof. Dr. M. Kontić, predsednik hirurške sekcije SLD, Prim. Dr. Lj. Kostić, dugogodišnji predsednik sekcije u penziji, Doc. Dr. Z. Krivokapić sa I hirurške klinike u Beogradu, Doc. Dr. N. Stanković, sa VMA Beograd, Doc. Dr. R. Šćepanović, Dr "D. Mišović" Dedince, Doc. Dr. R. Džodić, Onkološki institut u Beogradu i mnogi drugi.

Predhodnog dana ekipa TV Novi Sad sa režiserom Ž. Bokanom na čelu, je u operacionim salama postavila po dve stacionarne i dve mobilne (endo) kamere, koje su omogućavale direktan prenos operacija iz tri različita ugla. Obezbedjen je i direktan audio signal i povratna veza hirurška sala - amfiteatar. Tako je sledećeg dana započeo program: u sali 3 Doc. Dr. Krivokapić je demonstrirao mezorektotomiju i formiranje "J" pauča kod karcinoma rektu-

ma. U sali 4 je Doc. Dr. R. Šćepanović prikazao endoskopsku eksploraciju holecistusa, a u nastavku je Dr. Radovanović iz Zdravstvenog centra Požarevac izveo laparoskopsko ligiranje perforatora kod Ulkus crurisa.

Hirurzi iz Sente, Vršca, Kruševca, Prokuplja, Niša, Beograda i drugih gradova mogli su da uživo prate operacije, postavljaju pitanja i direktno slušaju objašnjenja i odgovore od operatora, inače vodećih stručnjaka u svojim oblastima. U "mirnim" fazama operacija kolege hirurzi i brojni gosti su mogli da vide desetominutne video prezentacije laparoskopskog rešavanja perforiranog ulkusa duodenuma, holecistoduodenalne fistule i ehonokokne ciste jetre, operacije koje je u pirotskoj bolnici uradio tim hirurga sa Dr. Markovićem na čelu. I mada je na početku izgledalo dosta složeno, organizacija sastanka je funkcionisala besprekorno. Nigde do tada nije na uputniji način obradjen veći broj stručnih tema. Posebno je bilo instruktivno za prisutne mlade hirurge i specijalizante.

Oduševljenje učesnika i gostiju uz priznanje organizatoru, najbolje je definisao predsednik hirurške sekcije Prof. Dr. M. Kontić, koji je u svom intervjuu za lokalni radio rekao: "...izgleda da je demetropolizacija hirurgije počela danas u Pirotu".



SVE JE BILO SPREMNO I MOBILNO

U slučaju masovnog razaranja i velikog broja povređenih, operacioni blok za vreme rata predstavljao je poslednju kariku u lancu zbrinjavanja. - Rad je bio organizovan tako da je bilo moguće u svakom momentu raditi u svih pet operacionih sala bloka "Otvorene bolnice" u Pirotu

Piše: Aleksandar dr Ćirić

Napad NATO pakta na našu zemlju niko od zdravstvenih radnika nije očekivao. Mislili smo da će prevladati glas razuma, ali nije bilo tako.

Posle početnog šoka i iznenađenja, radna sposobnost i angažovanje podignuti su na najviši nivo. Nalogom inspekcijskog organa Ministarstva Srbije u skladu sa članom 31 Zakona o odbrani SRJ, Zdravstveni centar Piroć proglašen je za ustanovu od posebnog značaja za odbranu zemlje i rad u ratnim uslovima. Operacioni blok naše Bolnice, na kome nam zavide i mnogo veći centri, bio je u svakom trenutku spreman da hirurški zbrine veliki broj povređenih i nastradalih. Pored ljudi stalno zaposlenih u bloku, treba posebno istaći stalno prisustvo mobilisanih radnika Zdravstvenog centra, koji su predstavljali specifičan operacioni tim. Njega su sačinjavali: hirurzi Prim. dr Marković, dr Lilić, dr Denčić, dr Gligorijević, anesteziolog dr



MOBILNI I SPREMNI: Hirurzi u operativnom bloku

Ćirić, ortoped dr Rančić, anestezičar Andjelković, med. tehničari Milev, Madić, Rančić i Đorđević, kao i bolničar Penčić. Rad je organizovan tako da je bilo moguće u svakom momentu raditi u svih 5 operacionih sala bloka. Standardnoj opremi pridodata je i vojna (aparati za anesteziju, mobilni operacioni sto, hirurški instrumenti,

autoklav i velike količine sanitetskog materijala).

ISPOLJENA VELIKA SOLIDARNOST

U slučaju masivnog razaranja i velikog broja povređenih, operacioni blok predstavlja poslednju kariku u lancu zbrinjavanja. Postojala je izvanredna koordinacija i solidarnost između hitne i transportne službe, prijemno-triažne službe, transfuzije, radiologije i svih srodnih službi sa radnicima Operacionog bloka. Napravljen je plan za eventualni prijem velikog broja povređenih. U suturenu Bolnice oslobođen je veliki prostor sa 100 praznih nosila, razvrstanih u grupe po tipu i vrsti povrede. Taj se prostor nalazio na pola puta od prijemne službe do operacionog bloka. U susednoj prostoriji (pod ključem), kao i u samom operacionom bloku, nalazili su se pripremljeni setovi i kompleti: 1. za intubaciju i KPCR, 2. za i.v. punkciju i nadoknadu tečnosti, 3. urinarni kateteri, nazo-gastricne sonde i drenovi, 4. najneophodniji lekovi



BILO JE POSLA: za vreme rata urađeno je 136 operacija

(anestetiци, antibiotici, serumi), rastvori i sanitetski materijal. Naravno, i osoblje centralne sterilizacije (koja je fizički povezana sa blokom) je bilo spremno da u svakom trenutku radi maksimalnim kapacitetom.

Realizovan je i kratkometražni dokumentarni film "Hirurško zbrinjavanje velikog broja ranjenika", u kome je prikazana spremnost naše Bolnice i Operacionog bloka da odgovori najvišim zahtevima i u ratnim uslovima.

URUČENA I VELIKA PRIZNANJA

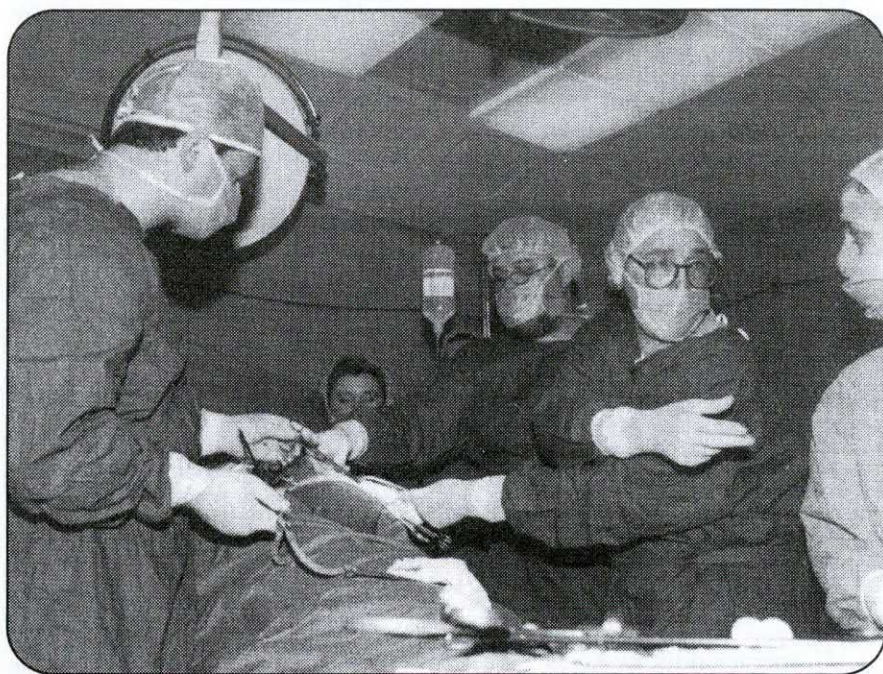
Na veliku sreću, naš grad prošao je bez većih razaranja i bez žrtava. Radjene su samo hitne operacije. Za sve vreme ratnog sukoba, od 24. marta do 15. juna 1999. god. urađeno je 136 operacija, od toga 127 za civilne, a 9 za vojne osiguranike. Najteže povredjeni pacijent bio je vojnik M. B. 27 godi-

na star, koji je pao sa dalekovoda, zadobivši sem udara struje i opekotina, teške telesne povrede. Dovožen je kolima vojne hitne pomoći u prijemno-triažnu službu bez svesti, bez

spontanog disanja, u teškom hemoragičnom šoku bez tenzije i jedva opipljivog pulsa. Odmah na prijemu je intubiran i započete su mere KPCR. Zbog obostranog hematopneumotoraksa, urađena je torakocenteza i torakodrenaža, plasiran

centralni venski kateter i preduzete sve mere intenzivne medikamentozne reanimacije. Sutradan, nakon stabilizacije hemodinamskog statusa, ali još uvek bez svesti i intubiran, prebacuje se u Vojnu bolnicu Niš, u pratnji anesteziologa i anestetičara. Posle nedelju dana, biva upućen u Beograd na VMA, gde je ostao skoro mesec dana. Pred kraj rata, potpuno izlečen i bez sekvela, oženio se (na svadbu nas nije zvao, tako je to u životu-prim. autora).

Za odličnu organizaciju rada, naš Zdravstveni centar, kao i Operacioni blok i Služba anestezije dobili su velika priznanja od visokih vojnih i civilnih institucija.



SNIMLJEN JE I FILM: realizovan je kratkometražni dokumentarni film o spremnosti bolnice da odgovori ratnim uslovima



O DOSADAŠNIM ISKUSTVIMA BAKTERIOLOŠKE KONTROLE OPERACIONOG BLOKA

BILO JE I PROPUSTA

Razvitak moderne hirurgije usko je povezan sa razvitkom antiseptike i asepsa

Piše: Jelica dr Pejčić

Antiseptika je metoda koja ima za cilj sprečavanje infekcije i uništavanje patogenih mikroorganizama u rani, na instrumentima i svim predmetima koji dolaze u dodir sa ranom.

Asepsa je takav metodski postupak kojim isključujemo svaku mogućnost prisustva mikroorganizama u operativnom polju i materijalu. Za postizanje asepsa koriste se različite metode sterilizacije (fizička, hemijska i moderne metode sterilizacije).

Kako svaku operaciju treba uraditi strogo aseptično, operacioni blok je odvojen od ostalog bolničkog prostora i u njega se može ući samo kroz posebni propust sa specijalnom obućom i odećom. Operacioni blok Zdravstvenog centra Pirot ima 4 sale. Ulaz za osoblje koje radi u operacionom bloku je preko muškog i ženskog sanitarnog propusta dok za bolesnike postoji poseban ulaz. U sklopu operacionog bloka je centralna sterilizacija, prostorije za odmor osoblja, čajna kuhinja, magacin operacionog materijala, prostorija za prljav veš i sanitarne prostorije.

U operacionom bloku se rade operacije iz opšte hirurgije, urologije, ortopedije, oftalmologije,

otorinolaringologije, plastične i neurohirurgije. U periodu od 03. 10. 1994. god. do 31. 08. 1999. god. uradjeno je 6204 operacija. U ovom periodu je došlo do uvođenja niza novih operativnih metoda prvenstveno u endoskopskoj hirurgiji. Porast broja endoskopskih intervencija podrazumeva i potrebu za uvođenjem nekih novih metoda sterilizacije tkz. "brza" sterilizacija u autoklavu i nemijskim sredstvima (GIGASEPT, CIDEX).

Zbog brojnog osoblja i mnogih operacija u operacionom bloku neophodna je što češća kontrola.

Bakteriološka kontrola operacionog bloka obuhvata:

- kontrolu sterilizacije (instrumentata, igala, šavnog materijala, rukavica gaza, operacionog rublja),
- kontrolu otisaka prstiju svih članova hirurškog tima
- kontrolu vazduha u operacionim salama i svim prostorijama operacionog bloka
- kontrolu pribora i aparata za anesteziju
- sanitarnu kontrolu svih zaposlenih u operacionim bloku

U periodu od 03. 10. 1994. g. do 31. 08. 1999. g. uzeto je 315 brisa na bakteriološku kontrolu. Analizom rezultata bakterioloških kontrola u operacionom bloku nadjene su sledeće klinički značajne bakterije:

- staphylococcus aureus,
- staphylococcus epidermidis,
- aerobacter aerogenes,
- staphylococcus albus.

Staphylococcus aureus je nalažen u prvim kontrolama isključivo na uniformama osoblja koje čisti operacioni blok.

Staphylococcus epidermidis, staphylococcus albus kao i saprofiti nadjeni su najčešće u flori vazduha operacionih sala i pomoćnih prostorija.

Aerobacter aerogenes je nadjen na predmetima u propustima i u čajnoj kuhinji.

Negativna je uvek bila kontrola sterilizacije instrumenata, operacionog materijala kao i otisaka prstiju.

Da bi se postigla potpuna aseptičnost pri operacijama kao i potreban nivo čistoće u operacionom bloku operacione sale se svakog dana nakon završenog rada peru i čiste dezinfekcionim sredstvima, a potom sterilišu ultraljubičastim zracima. Povremene bakteriološke kontrole su obavezne kako bi ukazale na eventualne nepravilnosti u održavanju čistoće operacionog bloka jer ovaj deo bolnice treba prihvatiti kao izolacionu sredinu u koju može ući samo osoblje propisno obučeno kako se nebi unela infekcija i narušila asepsa u operacionim salama.



IZ RADA SLUŽBE ORTOPEDIJE I TRAUMATOLOGIJE

ISKUSTVA ARTROSKOPIJE KOLENA

Prva artroskopija u pirotskoj bolnici urađena je aprila 1996. godine. Od tada na odeljenju ortopedije urađeno je 86 artroskopskih hirurških intervencija

Piše: Vojkan dr Rančić

Priključujući se tendencijama razvoja endoskopskih hirurških metoda u našoj Bolnici, ortopedija je u svoj redovan hirurški program uvela artroskopiju kolena.

Početak artroskopije vezan je za Tokio i japanskog ortopeda Takagi-a, koji je prvi uveo cistoskop u koleno kadavera u gasnom medijumu 1918. god. Dve godine kasnije on konstruiše prvi artroskop No 1. prekursor savremenih artroskopa. Ova tehnika je potom prenešena u Severnu Ameriku gde Michael Burman ispituje veliki broj kolena na kadaverima i 1931. god. objavljuje seriju njegovih pacijenata sa reumatoidnim artritisom. Međutim, dalji interes za ovu metodu na Zapadu opada te se dalji razvoj ponovo događa u Japanu i vezan je za ime Vatanabe-a. On pedesetih godina ovog veka prikazuje svoj artroskop No21, i prvi objavljuje sada klasični artroskopski atlas. Sedamdesetih godina počinje pravi zamah artroskopije, omogućen značajnim tehnološkim poboljšanjima metode i brojnim radovima (Casselle, McGinty i Freedman, Dandy i Jackson, De Haven i Collins, Johnson...) kojima ova hirurška metoda definitivno dobija vodeće mesto među dijagnostičkim i terapijskim procedurama lečenja povreda i oboljenja velikih zglobova.

Artroskopska hirurgija koristi poseban rigidni optički sistem kojim se ulazi u koleno i omogućava vizuelizacija unutrašnjih struktura kolena. Optički vrh instrumenta je

pod uglom 25, 30 i 70 stepeni i debljine je 1,7-6 mm. On se u koleno uvodi pomoću svog omotača veličine 4-6 mm na koji se priključuju sistemi za irigaciju kolena fiziološkim ili drugim izotonom rastvorom i sistem za sukciju. Na drugom kraju optičkog instrumenta se priključuje izvor svetla (danas ksenonski kao najmoderniji), preko fiberoptičkog kabla i mini kamera kojom se slika iz kolena prenosi na monitor. Pored ovog "optičkog dela", u artroskopskoj hirurgiji koristi se i niz posebno konstruisanih instrumenata (makazica, noževa, "šejvera", držača, setova za rekonstrukciju ACL, za suturu meniskusa...).

Dijagnostičke i terapijske indikacije su veoma brojne i obuhvataju sve povrede meniskoligamentarnog aparata kolena, haemarthros, osteoartroze, disekantne osteohondrite, slobodna zglobova tela, sinovite kolena reumatoidne i druge etiologije, pyarthros... Zapravo, mnogo je lakše govoriti o kontraindikacijama, jer se danas smatra da je jedina kontraindikacija kontraktura kolena takvog stepena da je tehnički nemoguće uraditi proceduru.

Kao i svaka hirurška procedura artroskopija se izvodi u opštoj, spinalnoj i regionalnoj-blok anesteziji.

Artroskopija je hirurgija malih rezova. Instrumenti se u koleno uvode kroz rezove (2-5) veličine 0,5-1 cm, što i predstavlja osnovnu prednost artroskopije nad drugim hirurškim procedurama. Lezije finih struktura kolena su minimalne, mogućnost infekcije takođe, a postoperativni oporavak brz i lak. Komplikacije su izuzetno retke tako da je zadržavanje bolesnika na odeljenju izuzetno kratko (jedan dan pre

i jedan dan posle operacije). Bolesnik praktično istog dana hoda sa punim osloncem na operisanu nogu što omogućuje brz povratak bolesnika uobičajenim poslovima, sportista treninzima i takmičenjima.

Prva artroskopija u našoj Bolnici urađena je 19. 4. 1996. god. kada je Dr. Radenković sa Ortopedske klinike u Nišu uradio vadjenje slobodnog zglobovog tela i parcijalnu medijalnu menispektomiju. Uslovi za uvođenje u redovan program stiču se edukacijom dr. Rančića na VMA oktobra, te sastankom Podružnice SLD-a na tu temu novembra iste godine i angažovanjem doc. dr. Dragana Nikolića sa Ortopedske klinike VMA kao stalnog konsultanta. Od tada na našem odeljenju urađeno je:

- 40 dijagnostičkih artroskopijskih,
- 26 parcijalnih medijalnih menispektomija,
- 2 parcijalne lateralne menispektomije,
- 7 resekcija mediopatelnih sinovijalnih plika,
- 3 parcijalne sinovijektomije,
- 3 artroskopska debridmana gonartrotičnih kolena i
- kod 5 kolena urađeno je odstranjivanje slobodnih zglobovnih tela.

Ukupno je urađeno 86 artroskopskih hirurških intervencija.

Planiramo da u daljem radu, uz nabavku određenog instrumentarijuma, uvedemo u redovan hirurški program i artroskopski asistiranu rekonstrukciju prednje ukrštene veze kolena, suturu meniskusa i artroskopiju i drugih velikih zglobova. Takvim obimom endoskopskih operacija stali bismo uz rame najjačim ortopedskim ustanovama u našoj zemlji



ČLANOVI HIRURŠKIH TIMOVA OPERACIONOG BLOKA "OTVORENE BOLNICE"

NAJDRAMATIČNIJA RADIONICA

Članovi hirurškog tima i svi oni koji rade u operacionom salama ispoljili su veliku odgovornost da bi pomogli onima koji sami sebi ne mogu pomoći

Operacioni blok je mesto gde se može doživeti stvaran uspeh medicine, ali on je sigurno jedna od najdramatičnijih radionica. Upravo to pred članove hirurškog tima i uopšte sve koji rade u operacionim salama predstavlja veliku odgovornost kako bi pomogli onima koji sami sebi ne mogu pomoći. To im i jeste najveća satisfakcija. Članovi hirurških timova su:

HIRURZI - Oni rukovode timom i oni su glavni nosioci odgovornosti. Često se u svom poslu odriču vlastite udobnosti i odmora, a mnogo puta su u takvim situacijama kada mogu ugroziti svoje zdravlje i svoj život. Zato ih treba redom predstaviti:

OPŠTI HIRURZI

Dr. ŽIVOJIN DENČIĆ - načelnik hirurškog odeljenja od 1988. godine. Ukupno urađenih operacija u operacionom bloku ima 305.

Dr. NIKIFOR JOVANOVIĆ - šef je odseka opšte hirurgije. Ukupno 1072 operacija.

Dr. STANČA JOTIĆ - šef je odseka poluintenzivne nege. U operacionom bloku ima urađenih operacija 322.

Prim. Dr. MIOMIR MARKOVIĆ - načelnik operacionog bloka od formiranja i vd načelnik hirurgije od marta 1999. godine. Instruktor je JUEH (jugoslovensko udruženje za endoskopsku hirurgiju) i član evropskog udruženja EAES. Ima urađenih operacija 759, od toga blizu 300 laparoskopskih.

Dr. NENAD DJORDJEVIĆ - hirurg od 1990. godine. Šef je odseka vaskularne hirurgije. Ima u operacionom bloku urađenu 191 operaciju.

Dr. ALEKSANDAR LILIĆ - šef je odseka kolorektalne hirurgije. Član je jugoslovenskog i evropskog udruženja za laparoskopsku hirurgiju. Broj urađenih operacija u operacionom bloku 290.

Dr. SRDJAN DENČIĆ - šef je odseka hepatobiliopankreatične hirurgije. Član je JUEH i EAES. Ukupno broj urađenih operacija u operacionom bloku je 232.

Dr. NEBOJŠA VELIČKOVIĆ - šef je odseka traumatologije. Urađenih operacija ima 111.

Dr. SRDJAN GLIGORIJEVIĆ - lekar na specijalizaciji iz opšte hirurgije. U operacionom bloku uradio 183 operacija.

UROLOZI

Dr. SVETISLAV VASIĆ - prvi urolog i osnivač urološkog odeljenja. Završio specijalizaciju 1971. godine. 1972. godine formira odeljenje. Penzioner od 1995. godine.

Dr. MIROLJUB VASIĆ - načelnik službe i upravnik bolnice u Pirotu od 1994. godine. Jedan od osnivača urološke škole operativne urologije. Član je JUEH, EAES i evropskog udruženja urologa. Ukupno broj urađenih operacija 534.

Dr. DUBRAVKA PANIĆ - specijalizant urologije. Broj urađenih operacija 62.

Dr. GORAN PETROVIĆ - specijalizant urologije. Broj urađenih operacija 87.

ORTOPEDI

Dr. SINIŠA STOJANOVIĆ - Od 1995. godine načelnik službe. Broj urađenih operacija 310.

Dr. TOMISLAV KRSTIĆ - od osnivanja ortopedskog odeljenja (1976.) načelnik službe sve do 1995. godine. Ukupno broj urađenih operacija 39.

Dr. ALEKSANDAR PETROVIĆ - vd načelnik odeljenja. Broj urađenih operacija 91.

Dr. VOJKAN RANČIĆ - Pored otvorene ortopedije bavi se i endoskopskom hirurijom-artroskopijom. Broj urađenih operacija u operacionom bloku 304.

Dr. BOJAN VIDANOVIĆ - specijalizant ortopedije. Broj dosadašnjih operacija 105.

Dr. NEBOJŠA JOVANOVIĆ - Specijalizant ortopedije. Broj urađenih operacija 9.

Dr. MILAN STOJANOVIĆ - specijalizant ortopedije. Broj urađenih operacija 11.

OFTALMOLOZI

Dr. RANKO DJORDJEVIĆ - do sada ima urađenih operacija 324.

Dr. VESNA ČIRIĆ - broj urađenih operacija 198.

Dr. DANIJELA KRSTIĆ - specijalizant. U operacionom bloku uradila 3 operacije.

OTORINOLARINGOLOZI

Dr. TODOR JOVANOVIĆ - načelnik službe.

Dr. ANĐELKA MITIĆ, otorinolaringolog.

Dr. DRAGOSLAV NEŠIĆ - otišao za Novi Zeland 1996. U operacionom bloku ima 6 operacija.

Dr. SAŠA ŽIVKOVIĆ - od 1996. godine do sada uradio 16 operacija.

Prof. Dr. ZORAN MLADENOVIĆ - profesor maksilofacijalne hirurgije. U operacionom bloku uradio 12 operacija.

Dr. IVICA PIJANEC - lekar na specijalizaciji iz ORL.

GINEKOLOZI koji su operisali u operacionom bloku:

Prim. Dr. DRAGAN ĐURIĆ, ginekolog.

Dr. LJUBIŠA ĐORĐEVIĆ, ginekolog.

Dr. LJUBIŠA ILIĆ, ginekolog.

Specijalizanti koji su edukovani u operacionom bloku pored napred navedenih:

Dr. LJUBIŠA ILIĆ, specijalizant ginekologije

Dr. ZORICA PAVLOVIĆ, specijalizant ginekologije

Dr. VLADAN ĐUROV, specijalizant ginekologije

Dr. BOJANA KARTALJEVIĆ, specijalizant ginekologije

Dr. SAVA RANČIĆ, specijalizant ginekologije

Dr. PHILLIP FELIX, specijalizant hirurgije sa Madagaskara

HIRURZI KONSULTANTI:

Danas je rad u operacionom bloku bez njih nezamisliv. To su sve priznati i uvaženi stručnjaci u svojim oblastima. To su:

Prof. Dr. DRAGAN IGNJATOVIĆ, hirurg VMA Beograd. Načelnik odeljenja abdominalne hirurgije i zamenik načelnika klinike. Kao vrhunski hirurg vodeći je konsultant bolnice Zdravstvenog centra Pirot.

Prof. Dr. MILAN VIŠNJIĆ, specijalista plastične i rekonstruktivne hirurgije iz Niša. Od konsultanata ima najveći broj urađenih operacija.

Prof. Dr. NEBOJŠA STANKOVIĆ, hirurg VMA Beograd;

Prof. Dr. MARKO KONTIĆ, hirurg KBC "Zvezdara" iz Beograda;

Prof. Dr. ZORAN KRIVOKAPIC, hirurg, I hirurška klinika Beograd. Vodeći koloproktolog u zemlji.

Prof. Dr. RADISAV ŠČEPANOVIĆ.

UMESTO LIČNE KARTE...

hirurg i direktor KBC "Dr. D. MIŠOVIĆ", Beograd. Predsednik JUEH.
Prof. Dr. MIODRAG JEREMIĆ, hirurg, Hirurška klinika Niš;

Dr. BOJAN RADOVANOVIĆ, hirurg iz Požarevca, načelnik hirurgije. Instruktor JUEH.

Dr. MIODRAG ČUDOMIROVIĆ, hirurg iz Požarevca, instruktor JUEH.

Dr. NENAD DAVIDOVIĆ, hirurg iz Požarevca, instruktor JUEH.

Prof. Dr. RADAN DŽODIĆ, hirurg Instituta za onkologiju i radiologiju;

Ass. Dr. MIODRAG JEVTIĆ, hirurg VMA Beograd

Prof. Dr. JOVAN HADŽI-DJOKIĆ, urolog i direktor UKC Srbije Beograd;

Prof. Dr. SAVA MIČIĆ, urolog i direktor urološke klinike Beograd;

Prof. Dr. JOVAN NIKOLIĆ, urolog sa urološke klinike u Beogradu;

Prof. Dr. SAVA PEROVIĆ, urolog i specijalista za rekonstr. hirurgiju sa Dečje urološke klinike Beograd;

Doc. Dr. MIROSLAV LAZIĆ, urolog;

Prim. Dr. VOJISLAV SMILJANIĆ, urolog iz Sombora;

Prim. Dr. DRAGUTIN TRIČKOVIĆ, urolog sa Instituta za majku i dete;

Prim. Dr. J. RUNDIĆ, urolog iz KBC "Zvezdara" Beograd;

Doc. Dr. BORO STIJELJA, urolog VMA Beograd;

Doc. Dr. DRAGAN NIKOLIĆ, ortoped VMA Beograd;

Dr. RADENKOVIĆ, ortoped, Ortoped-ska klinika Niš;

Dr. DUŠAN RUKAVINA, ortoped, Ortoped-ska klinika Niš;

Dr. BUDIMIR PETROVIĆ, neurohirurg, Neurohirurška klinika Niš;

Prof. Dr. GORAN IGNJATOVIĆ, neurohirurg i direktor Neurohirurške klinike Niš;

Dr. DRAGAN PETROVIĆ, maksilofacijalni hirurg;

Ass. Dr. DRAGAN KRASIĆ, maksilofacijalni hirurg;

Dr. BRANKO NEŠOVIĆ, ortoped;

Dr. SLOBODAN VELIČKOVIĆ, hirurg;

Dr. GORAN OBRADOVIĆ, urolog iz Smedereva;

Prim. Dr. SLAVOLJUB JOVANOVIĆ, oftalmolog, Očna klinika iz Beograda.

OSOBLJE OPERACIONOG BLOKA I INSTRUMENTARI

Zbog napretka hirurških grana medicinske sestre u operacionom bloku uz svestranu praksu moraju imati dodatno tehničko i medicinsko obrazovanje za funkciju ovog radnog mesta. Njihova odgovornost je velika u pripremi instrumenata, materijala za šivenje i zavoja. Vode računa o čuvanju i štednji. Često su

u prilici da rukuju vrlo skupim instrumentima. Instrumentari kao članovi hirurških timova su:

MILUNKA GRGOV - instrumentar penzioner, prva glavna sestra operacionog bloka. Udruženje medicinskih sestara Jugoslavije dalo joj je naziv "Najbolja medicinska sestra 1998." iz okruga Piro;

PEJČIĆ JELICA - medicinska sestra. Glavna sestra operacionog bloka;

NOVICA ILIĆ, instrumentar u penziji. U operacionom bloku formirao centralnu sterilizaciju.

DJORDJEVIĆ ANA - akušerska instrumentarka, radila u operacionom bloku na poslovima centralne sterilizacije. Sada je u Australiji;

ČIRIĆ VARADINKA - rukovodna sestra centralne sterilizacije;

PETROVIĆ TAMARA - medicinska sestra centralne sterilizacije od 1998. godine;

ČUTIĆ RADMILA - ortopedski instrumentar;

MILIĆ TATJANA - ortopedski instrumentar;

VELJKOVIĆ NELA - instrumentar od 1999. godine. Prvi instrumentar koji se prima za potrebe operacionog bloka;

KRSTIĆ GRAFINKA - rukovodna sestra hirurških instrumentara;

DJORDJEVIĆ MILENA - hirurški instrumentar;

DŽUNIĆ VALENTINA - hirurški instrumentar;

ŽIVKOVIĆ SUZANA - hirurški instrumentar;

NEŠIĆ JELENA - hirurški instrumentar;

IGNJATOVIĆ TANJA - hirurški instrumentar;

ANDJELKOVIĆ VESNA - glavna je sestra urologije i urološki instrumentar.

STOJANOVIĆ MICA - urološki instrumentar;

MILUTINOVIĆ ZORICA - urološki instrumentar;

PANIĆ EMILIIJA - urološki instrumentar;

SLAVKOVIĆ DRAGANA - oftalmološki instrumentar;

NEJČEV MILA - oftalmološki instrumentar;

KRSTIĆ ANKICA - instrumentar ORL.

OSOBLJE ANESTEZIJE

U hirurškoj ekipi uloga anesteziologa i anestezičara je veoma važna: oni čine pacijenta neosetljivim na bol, tako da lakše podnose operaciju, uz pomoć savremenih elektronskih aparata kontrolišu krvotok, disanje i nervne impulse bolesnika, spremni da u svakom trenutku intervenišu. Oni su:

Dr. NOVKO VELKOV - anesteziolog od 1980. godine. Načelnik službe.

Prim. Dr. VELIMIR COLIĆ - anesteziolog od 1980. godine.

Dr. SUZANA NIKOLIĆ - anesteziolog od 1988. godine.

Dr. MILAN ŽIVIĆ - anesteziolog od 1997. godine.

Dr. ALEKSANDAR ČIRIĆ - anesteziolog od 1998. godine;

Dr. DRAGAN TOŠIĆ - lekar na specijalizaciji;

Dr. DRAGANA STOJANOVIĆ - lekar na specijalizaciji;

ZORAN RANČIĆ - anestezičar. Radio u centru od 1978 g. Vrlo vešt anestezičar. Veliki čovek. Umro prerano 10. 8. 1996. godine.

ROBERT ANĐELKOVIĆ - anestezičar od 1981. godine. Edukaciju obavio na VMA u Beogradu i Vojnoj bolnici Niš.

SLAVICA ŽIVKOVIĆ - anestezičar. U službi je od 1979. godine

GRANA STAVRIĆ - anestezičar od 1982. godine. Glavna sestra;

MILICA DJORDJEVIĆ - anestezičar od 1988. godine. Radi u centru od 1979. godine;

DUŠICA PETROVIĆ - anestezičar od 1994. godine;

GORDANA MITOV - anestezičar od 1995. godine;

MAJA NIKOLIĆ - MITIĆ - anestezičar od 1995. godine;

MAJA STOJANOVIĆ - anestezičar od 1995. godine;

SVETLANA PANČIĆ - anestezičar od 1995. godine;

IGOR STOJANOVIĆ - anestezičar od 1999. godine.

Da bi rad operacionog bloka bio uspešan zaslužni su i patolozi:

Prim. Dr. JOSIF KARTALJEVIĆ - patolog od 1976. godine. Načelnik službe od osnivanja. Pomoćnik direktora za medicinska pitanja od 1994. godine;

Dr. TOMISLAV JOCIĆ - patolog.

POMOĆNO OSOBLJE

Prilikom postavljanja bolesnika na operacioni sto, kod postavljanja elektroda ili u brojnim drugim prilikama moguće su velike greške. A da do njih ne bi došlo zaduženi su:

PENČIĆ DRAGIŠA - salski higijeničar koji radi u bloku od osnivanja;

ZDRAVKOVIĆ SLAVIŠA - salski higijeničar;

DJORDJEVIĆ MILAN - higijeničar operacionog bloka;

PETKOVIĆ GORICA - higijeničar operacionog bloka od osnivanja;

NIKOLIĆ SUZANA - higijeničar operacionog bloka;

PANAJOVIĆ SJAJNA - higijeničar operacionog bloka.



ZANIMLJIVOSTI... ZANIMLJIVOSTI...

DELTA ODRED "SCELETON"

DNEVNA ZAPOVEST ZA PETAK, 16. 04. 1999.

06.30: Budjenje, umivanje, jutarnja toaleta. Gimnastika pored zatvorenog prozora sa oslobadjanjem viška gasova iz gornjih i donjih partija digestivnog trakta.

07.00: Jutarnja smotra uz intoniranje himne Belorusije. Slanje telegrama podrške Moniki Lewinsky: "Monika, pa ti mu isisa i mozak!"

07.30: Lagani doručak sa drugaricama Majama. Specijalitet služi Oberštrumpfkelner Penčić (krompir paprikaš na 59. način). Besplatna degustacija "Perchinga" od 36 gradi.

08.00: Obuka instrumentara u Operacionom bloku (moderator Dr. Lilić - Smoki). Pretraga terena na širem području grada, hapšenje neprijateljskih drugarica lokatorki. Nakon tradicionalnog mučenja (zbog opiranja hapšenju) i kolektivnog praznjenja penkala, iznudjivanje priznanja prepustiti oficiru za vezu Dr. Radetu Paniću Frojdu.

11.00: Sastanak Inicijativnog Odbora za proslavu rođendana potrčka Tonija. Teleću glavu (nakon dekapitacije pomenutog) obezbeđuje "čuvar šišeta" Siniša Milev. Isti se oslobadja kotizacije zbog odlično obavljenog zadatka prethodnog dana. On je naime, stavljaajući sve na kocku, sprečio agresiju druga Ace Gipsera na "bespilotnu letilicu" sa Ortopedije. Iz sličnih, tj. obrnutih razloga, pohvaljuje se drug Boško Madić Toplodolski.

12.00: Slobodne aktivnosti. Odlazak drugova Raše, Glige i Šabana (Dr. Mića Marković - prim. autora) na tzv. "kućno prčenje" - pokazivanje automata scorpiona decama i dugih devetki ženama.

14.00: besplatan ručak u štabnom restoranu. Oslobadjanje zarobljenih čaša i pribora za jelo iz tajnog skrovišta druga Kartuša (Robert). Spaljivanje američke zastave uz intoniranje ruske himne. Meni - specijalitet "Lukašenko" (tijabarski diler na ražnju sa mladim krompiričićima i lukom), ruski kwas.

15.00: popodnevni odmor. Za Dr. Rančića i Dr. Denčića klečanje na kukuruzu zbog prekomerne upotrebe sedativa za vreme logorovanja u Kosturu. Za ostale fakultativno igranje stonog tenisa.

17.00: mali fudbal, večiti derbi. Ekipa "Jablan" trenutno ima 2 pobeđe više od ekipe "Rudonja".



(s leva na desno) gornji red: Dr. Raša Ilić, Dr. Mića Marković, Dr. Mile Nikolić, Robert Andjelković, Dr. Rade Panić, Dr. Aleksandar Lilić, Dr. Aleksandar Čirić. Donji red: Dr. Srdjan Gligorijević, Dr. Bane Haviža, Mija Rančić, Dragiša Penčić, Dr. Nebojša Veličković. Na slici nedostaju: Dr. Vojkan Rančić, Dr. Srdjan Denčić, Siniša Milev, Boško Madić i Aleksandar Djordjević.

19.00: premijera filma "Prva pomoć u ratu" reditelja druga Žorža Skrigina (Dr. A. Čirić). Nakon brifinga i konferencije za štampu, iznudjivanje priznanja od druga Žorža o pojedinostima sa snimanja filma. Za odvrzivanje jezika druga Žorža koristiti "šumadijski čaj" (isključivo sa Urologije). Poruka Klintonu: "Bili, snimićemo i tebe" (za poglavlje crush syndrom).

19.30: TV Dnevnik: upoznavanje sa najnovijim dostignućima perversnog trećerazrednog saksofoniste i bande belosvetskih maloumnika.

20.00: svečana večera: vodka Gorbachov, zeljca, teleća glava u škembetu a la Bler, vino škorpion (tzv. detektor laži) iz vinskog podruma Prim. Dr. Josifa Visarionoviča Kartaljeviča, kafa iz Čečenije. Za vreme večere bogata lutrija. Glavna premija automobil Moskvich old timer iz 66. (sponzor Prim. Dr. Mića Marković). Prisutne goste (kolege iz sanitetske čete) zabavljaju virtouzi na balalajci Dr. Lilić - Smoki, sa svojim pijanim orkestrom.

23.00: Ispraćaj gostiju iz P. Ržane, sa-

nitetskim vozilom (ako donesu vojničku platu) ili peške (ako ne donesu). Po potrebi plasiranje nazogastričnih sondi i urinarnih katetera u prijemnoj službi.

23.15: panoramsko razgledanje zvezdanog neba nad gradom sa budućeg heliodroma bolnice (u pratnji stručnog vodiča, Dr. Vasića)

23.45: povečanje

02.39: uzbuja (lažna)

02.41: čebovanje požarnog

požarni: (s)vodnik Dragiša

Penčić - Kastrati

dežurni (krivac): p. poručnik

Dr. Aleksandar Čirić - Žorž

razvodnik straže: (zli) poručnik

Dr. Aleksandar Lilić - Smoki

dežurni rukovodilac: Dr.

Miroljub Vasić - Walter Surovi

adjutant: Dr. Mile Nikolić - Stari mačak

autor priloga:

Dr. Aleksandar Čirić, anesteziolog

P.S. I ne zaboravite dve stvari:

1) Američka istorija počiva na lobanjama Indijanske dece

2) Sve ovo ne biste čitali da je Monika na vreme stisla zube



**A.D. U MEŠOVITOJ SVOJINI
ZA PROIZVODNJU GUMENIH
PROIZVODA SA P.O.**

- SPOLJNA I UNUTRAŠNJA
AUTO GUMA**
- GUMENA OBUĆA**
- GUMENO TEHNIČKA ROBA**
- LEPILA**
- UTENZILIJE**

**18300 PIROT N. PAŠIĆA 213
TEL 010/ 33 366; 32 233
FAX 010/ 32 861; 32 862**

ISO 9001



ZDRAVSTVENI CENTAR PIROT



(010)

87 530 87 430

HOTEL "MIR" ZVONAČKA BANJA

NOVOPRIZNATI ZAVOD ZA PREVENCIJU INVALIDNOSTI I REHABILITACIJU