



GODINA ČETVRTA, BROJ 1, 2024.

UDK 61

ISSN 2787-3323 (Štampano izd.)

ISSN 2787-3331 (Online)

<http://www.sldprokuplje.rs/AMH/>



АСТА MEDICA НАММЕУМІ

Naučni časopis Regionalne Podružnice
Srpskog lekarskog društva u Prokuplju



Naučni časopis Regionalne Podružnice
Srpskog lekarskog društva u Prokuplju

Journal of Medical Sciences of Regional Section
The Serbian Medical Association - Prokuplje

GODINA ČETVRTA, BROJ 1, 2024.

UDK 61

ISSN 2787-3323 (Štampano izd.)

ISSN 2787-3331 (Online)

<http://www.sldprokuplje.rs/AMH/>



АСТА
MEDICA
HAMMEUMI

Naučni časopis Regionalne Podružnice
Srpskog lekarskog društva u Prokuplju

Journal of Medical Sciences of Regional Section
The Serbian Medical Association - Prokuplje



GODINA ČETVRTA ⑤ BROJ 1 ⑤ 2024. GODINA

Оснивач и издавач часописа **Подружница Српског лекарског друштва Прокупље**

Главни уредник

Доц. др Дарко Лакетић

Заменик главног уредника

Спец. др мед Срђан Мијатовић

Главни уредник за интернистичке гране

Проф. др Борис Ђинђић

Главни уредник за хируршке гране

Проф. др Ненад Арсовић

ИЗДАВАЧКИ САВЕТ

Проф. др Милан Милисављевић, председник

Проф. др Ласло Пушкаш

Проф. др Драган Милић

Проф. Славица Поповић Филиповић, В.А.

Проф. др Ненад Арсовић

Проф. др Александар Маликовић

Проф. др Иван Игњатовић

Доц. др Дубравка Алексић

Доц. др Бојан Милошевић

Проф. др Иван Мицић

Проф. др Зоран Радојичић

Проф. др Игор Пантић

Проф. др Владмила Бојанић

Доц. др Томислав Пејчић

Проф. др Борис Ђинђић

Проф. др Милан Аксић

Доц. др Бојан Стојановић

УРЕЂИВАЧКИ ОДБОР

Спец. др мед. Бојан Вучковић, председник

Спец. др мед. Јасна Миловановић

Спец. др мед. Јулија Јовановић

Спец. др мед. Братислав Васиљевић

Спец. др мед. Иван Ђорђевић

Спец. др мед. Ивана Радовановић

Др мед. Јована Костадиновић

Спец. др мед. Небојша Чоловић

Спец. др мед. Даниела Ђорђевић Веселиновић

Спец. др мед. Марија Булатовић

Др мед. Петар Весовић

Спец. др мед. Павле Поповић

Др мед. Јелена Марковић

Спец. др мед. Сузана Будић

Спец. др мед. Анита Вучковић

Спец. мр сци мед. Слађан Петровић

Спец. др мед. Весна Златковић

Др мед. Стеван Перовић

Лектор за енглески језик: Сара Красић

Лектор за српски језик: Светлана Дојчиновић

Преводилац за енглески језик: Bob Filipovich, AUSIT Fellow

Дизајн корица: Графички студио "Чакић", Прокупље

Техничка припрема, дизајн и вебмастер: инж Горан Топић

Часопис излази најмање два пута годишње, слободног је приступа и без наплаћивања.

Категоризација часописа: **M53**

Контакт адреса: Часопис Acta Medica Hammeumi, Подружница Српског лекарског друштва
Прокупље, ул. Ђирила и Методија 4, 18400 Прокупље

E-mail: office@sldprokuplje.rs

Интернет адреса: www.sldprokuplje.rs/AMH

Телефон: 060 376 4528

Тираж: 500 примерака

Штампа: "Сору original", Блаце

УВОДНА РЕЧ

Са великим задовољством обраћам се у име редакције часописа Acta Medica Hammeumi, научног гласника регионалне Подружнице Српског лекарског друштва у Топличком крају. Овај часопис, настао на темељима богате традиције медицине у нашем региону, представља мост између наслеђа и модерних медицинских достигнућа, спајајући стручњаке из различитих области у заједничкој мисији унапређења здравља и добробити становништва.

Историја медицине у Топличком крају је богата и разнолика, проткана причама о пожртвованости лекара, иновативним приступима лечењу и безрезервној посвећености пацијентима. Од првих лекара који су корачали нашим путем, преко хероја медицинске праксе током ратних година, до савремених стручњака који се свакодневно суочавају са новим изазовима, историја медицине у Топличком крају осликава причу о неуморној потрази за знањем и правдом у заштити људског живота.

Ипак, не можемо се ослонити само на прошлост. Наука је динамична, стално се развија и мења. Зато је важно да данас, више него икада, будемо део глобалног научног дијалога, да делимо своја искуства и сазнања, да будемо отворени за нова истраживања и технологије које могу унапредити наше методе лечења и побољшати здравствене исходе пацијената. Часопис Acta Medica Hammeumi стога има посебну улогу – не само као платформа за објављивање истраживачких радова, већ и као средство за ширење свести међу здравственим радницима о важности континуираног стручног усавшавања и сарадње.

Као члан Издавачког савета, осећам велику част, али и одговорност. Наш задатак није само да бирамо и рецензирамо радове, већ и да подстичемо размену идеја, критикујемо са конструктивним циљем и доприносимо унапређењу научне мисли у нашој заједници. Рецензирање радова није само технички процес, већ и прилика да се допринесе расту и развоју аутора, да се унапреде научне методе и обезбеди квалитет објављених резултата. Сваки објављени рад у нашем часопису представља колективни напор да се допринесе бољем разумевању медицинских наука и унапређењу праксе лечења.

На крају, позивам све наше читаоце, истраживаче и практичаре да се придруже овом дијалогу, да својим радовима и доприносом унапреде квалитет здравствене заштите у нашој земљи и шире.

Наш заједнички циљ је јасан – боља здравствена заштита, ефикасније методе лечења и боље здравље наших пацијената. Верујем да ћемо кроз рад часописа Acta Medica Hammeumi наставити да корачамо ка овом циљу са истим жаром и посвећеношћу који су карактерисали наше претходнике. Хвала вам на поверењу и подршци.

С поштовањем,

Доц. др Бојан З. Милошевић

доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, начелник одељења Гастроинтестиналне хирургије, заменик руководиоца Клинике за општу хирургију УКЦ Крагујевац и члан Издавачког савета Acta Medica Hammeumi

САДРЖАЈ

- ОТРГУНУТО ОД ЗАБОРАВА**
ПРОФ. ДР ВОЈИСЛАВ К. СТОЈАНОВИЋ
ВЕЛИКАН СРПСКЕ ХИРУРГИЈЕ МЕЂУНАРОДНОГ УГЛЕДА,
ХИРУРГ У ПРОКУПЉУ, УВЕК СЕ РАДО ВРАЋАО ТОПЛИЦИ – 5. страна
Славица Поповић Филиповић
- ДИГИТОРЕКТАЛНА БИОПСИЈА ПРОСТАТЕ БЕЗ**
УЛТРАЗВУЧНОГ НАВОЂЕЊА: ИСКУСТВО ЈЕДНОГ
ЦЕНТРА СА 176 ПАЦИЈЕНАТА ТОКОМ ПЕТ ГОДИНА – 42. страна
Србобран Бранковић, Братислав Васиљевић
- КЛИНИЧКИ АСПЕКТИ НЕКИХ СИНДРОМА САВРЕМЕНОГ**
ДОБА – 47. страна
Страхиња Бабић, Катарина Бабић, Наташа Вељковић,
Невена Бабић, Александар Јевремовић,
Гордана Станковић Бабић, Раде Р. Бабић
- КОРЕЛАЦИЈА ИЗМЕЂУ МОЖДАНОГ НАТРИУРЕТСКОГ**
ПЕПТИДА И ПРОСЕЧНОГ ВОЛУМЕНА ТРОМБОЦИТА – 52. страна
Мирјана Исаиловић Кековић, Предраг Кековић
- ЈАТРОГЕНЕ ПОВРЕДЕ УРЕТЕРА – ИСКУСТВО ЦЕНТРА НА**
СЕКУНДАРНОМ НИВОУ – 55. страна
Петар Весовић, Братислав Васиљевић, Ненад Радмановић,
Вера Чоловић, Александар Мамонтов, Слађан Петровић,
Иван Миладиновић
- ПРОПОЗИЦИЈЕ ЗА ПИСАЊЕ РАДОВА** – 60. страна

UDK: 617:929 Стојановић В.
617-089:355(497.11)(091)

ОТРГУНУТО ОД ЗАБОРАВА

ПРОФ. ДР ВОЈИСЛАВ К. СТОЈАНОВИЋ

ВЕЛИКАН СРПСКЕ ХИРУРГИЈЕ МЕЂУНАРОДНОГ УГЛЕДА,
ХИРУРГ У ПРОКУПЉУ, УВЕК СЕ РАДО ВРАЋАО ТОПЛИЦИ

Славица Поповић Филиповић



ДР ВОЈИСЛАВ К. СТОЈАНОВИЋ (1906–1991), српски лекар, професор универзитета, санитетски пуковник, кардиохирург и васкуларни хирург.

У историји ратне хирургије, југословенске и српске кардиохирургије и васкуларне хирургије, допринос др Војислава К. Стојановића, оснивача и управника Друге хируршке клинике у Београду, заузима врло важно место. Својим делима постао је симбол југословенске кардиохирургије и васкуларне хирургије, познат и признат не само на нашим просторима већ и далеко изван њених граница.

У судбоносним годинама пре избијања Другог светског рата био је лекар и једини хирург у Бановинској болници у Прокупљу и целој Топлици. У току рата дао је велики допринос као ратни хирург у Топлици и Јабланици. Колико су ратне године оставиле дубок печат у његовој лекарској каријери доказује и посветом *Ратне хирургије: Палим друговима борбене Топлице и Јабланице за слободу земље и узвишене циљеве човечанства*.¹

¹ В. К. Стојановић, *Ратна хирургија*, Научна књига, Београд, 1964.

У послератном периоду, упркос великог ангажовања хирурга у Београду, увек је налазио времена да посети Топлицу. Остала је у сећању његова подршка Подружници Српског лекарског друштва у Прокупљу и присуство на Јунским сусретима лекара Топлице. Срдачно и срцем се одазивао и помагао колегама у развоју топличке хирургије, а пацијенте из Топлице радо примао у Београду.

У Народном музеју Топлице у Прокупљу експонати, посвећени доктору Стојановићу, сведоче да је у вароши радио и живео великан српске медицине и хирургије. Једна улица у Београду на Савском Венцу, а друга у Куршумлији носе име др Војислава К. Стојановића.

Као човек и научник одликовао се необичном скромношћу, што је често особина великих људи. Сјај достигнућа, која је за собом оставио српској кардиохирургији и васкуларној хирургији, урезане су дубоко у српско научно наслеђе. У својству професора бројних генерација студената био је узор будућим хирурзима, добитних великих српских и југословенских одликовања, у свету ованчан престижним признањима и почастима. У Србији није добио споменик, нити нека клиника носи његово име. Овим заборавом дели судбину великог броја српских научника, **али је заиста заслужно добио споменик у нашим срцима.**

Дужним поштовањем и сећањем желимо да млађим генерацијама здравствене струке приближимо значајно место проф. др Војислава К. Стојановића у стаблу српске хирургије, на чијим гранама расту они - будући хирурзи. У исто време овим редовима, покушавамо да пратимо његове трагове у Топлици, којој се увек радо враћао.

Породица, школовање и службовање

Војислав Воја Стојановић рођен је 12. новембра 1906. године у Нишу. Био је најстарији од десеторо деце, од мајке Зорке (девојачко Вучковић) и оца Косте Стојановића. У родном граду завршио је Основну школу „Учитељ Таса“, школу основану после ослобођења од Турака. Похађао је нишку Гимназију „Стеван Сремац“, која је понела име чувеног српског писца и професора. Студирао је и дипломирао на Медицинском факултету у Београду 1929. године. У току студија асистирао је на предмету анатомија, а касније био и лекарски помоћник.

Био је четврта генерација Медицинског факултета у Београду, на коме се градио свет српске медицине и науке. Професори Војислава К. Стојановића и његове генерације били су: др Л. Ненадовић, професор гинекологије, др Ђ. Нешић, офталмологије, др Љ. Вуловић, кожне и венеричне болести, др М. Миловановић, судске медицине, др Ђ. Протић, хигијене, др М. Богдановић, гинекологије и акушерства, др Амброзић, педијатрије, др Љ. Вуловић, оториноларингологије, др Л. Ненадовић, балнеологије и физикалне терапије, др К. Тодоровић, инфективне болести, др А. Радосављевић, обољења респираторних органа, др Ђ. Јовановић, опште патологије и патолошке анатомије, др Д. Антић, патологије и терапије абдоминалних болести, др А. Игњатовски, патологије и терапије унутрашњих болести, др Миливоје Костић, опште и специјалне хирургије, др Ч. Ђурђевић, ратне хирургије, др А. Холсте, фармакологије, др Р. Станковић, интерне медицине, др Михаило Петровић, хируршке пропедевтике, др Т. Симић, бактериологије, др Р. Станковић, интерне пропедевтике, др А. Костић, хистологије, др Рихард Буријан, физиологије, др Нико Миљанић, анатомије, др М. Лозанић, органске хемије, др М. Поповић, физике и др М. Ђорђевић, биологије.

Посебна интересовања и наклоност према хирургији још у току студија великим делом подстакли су др Миливоје Костић, професор опште и специјалне хирургије, др Чедомир Ђурђевић, професор ратне хирургије и др Михаило Петровић, професор хируршке пропедевтике.



Војислав К. Стојановић, студент Медицинског факултета у Београду

Његов посебан узор био је др Михаило Петровић (1863-1934), први српски хирург, санитарски бригадни генерал, оснивач хирургије у Нишу у Моравској сталној војној болници и Окружној болници, у Првом светском рату шеф хирургије Прве пољске хируршке болнице у Драгоманцима на Солунском фронту, хирург Војне болнице у Београду, родоначелник српске ратне хирургије.

У знак искреног дивљења, захвалности и оданости, др Воја Стојановић је његову слику држао на зиду свог кабинета, а о његовом доприносу српској хирургији осврће се у својој *Ратној хирургији*. По налогу у тестаменту др Михаило Петровић је своје срце завештао српској медицини, које је након кремације узидано у зид сале хируршког одељења Главне војне болнице, старог ВМА.

Пратећи аманет свог учитеља, др Стојановић је своје срце даривао многим, којима је операцијом на срцу продужио живот.



Војислав К. Стојановић промовисан је у доктора медицине 30. марта 1930.

Као војни лекар почео је специјализацију из хирургије, али у исто време вршио дужност секундарног лекара. По завршеној специјализацији у Скопљу, постављен је за шефа Хируршког одељења Косовске сталне војне болнице. Септембра 1938. године долази у Прокупље, где преузима дужност лекара-хирурга и шефа Хируршког одељења Бановинске болнице.

У Другом светском рату као лекар учествовао је у НОБ-у од 1941. до 1945. године. У току рата био је једини лекар и хирург Топличког одреда, оснивач пољских болница на Јастребцу и Јабланици. У немогућим условима указивао је медицинску помоћ са оскудним санитетским материјалом, без основног завоја и гипса, повезивао рањене руке и ноге даскама и обичним канапима. Упркос тешким и немогућим ратним временима, пожртвовано је обављао дужност главног хирурга Главног штаба НОБ-а и ПОЈ-а за Србију.

После Другог светског рата постављен је за управника Главне војне болнице у Београду. Истовремено, руководио је хируршком службом на Сремском фронту. Од 1948. године постаје главни хирург ЈНА. Септембра 1949, по демобилизацији, у чину резервног санитетског пуковника изабран је за управника Четврте хируршке клинике у Београду. Био је оснивач Друге хируршке клинике у Београду и њен вишегодишњи управник.

Његов посебан допринос у области хирургије је успешна експериментална примена локалне хипотермије у хирургији отвореног срца, која ће се касније проширити по свету као рутинска метода. Увео је сопствени поступак за комисуротомију код митралних стеноза изумом инструмента, познатим као „жичани валвулотом”. Дао је оригиналне концепције и успешну клиничку примену у хируршком лечењу урођених стеноза плућне артерије, операцијом на „сувом срцу у нормотермији”.

На Медицинском факултету у Београду изабран је за доцента 1946. године, ванредног професора 1950, редовног професора 1955. и шефа Катедре хирургије Медицинског факултета 1956. године. Др Стојановић је био оснивач Друге хируршке клинике у Београду и њен управник све до одласка у пензију децембра 1977. године. Овоземаљски живот овог јединственог лекара-хирурга, који је српску хирургију и српску медицину виноу у научни свет далеко изван границе Србије и Југославије завршио се 18. јануара 1991. године. Сахрањен је и почива у Алеји заслужних грађана на београдском Новом гробљу.²

У браку са Јелицом Стојановић, девојачко Стојанчић, добио је ћерку Оливеру, која је следила очеве стопе лекара. Студирала је и дипломирала на Медицинском факултету у Београду. Као инфектолог цели радни век провела је на Клиници за инфективне болести „Др Коста Тодоровић” у Београду. Радила је на одељењу осипних грозница код деце, па тако је 1983. одбранила и докторску дисертацију под насловом: „Компаративна клиничко радиолошка студија пнеумопатија у току морбила изазваних разним етиолошким факторима, као и утицај средине на учесталост, еволуцију и крајњи исход болести”. Клиничко искуство крунисала је у настави као професор Инфективне медицине на Медицинском факултету у Београду.

Оливера Стојановић била је удата за Михаила Шестерикова, такође лекара. Др Шестериков је радни век завршио на Клиници за Онкологију и радиологију у Пастеровој улици у Београду. Бавио се увођењем компјутерских историја болести са дијагностиком (дечија кардиологија, др Божиновић, сколиозе кичме др Клисић и последњих 15 година посветио се онколошким историјама болести). Био је један од пионира у области медицинске артефицијалне интелигенције.

² С. Поповић-Филиповић, „Др Војислав К. Стојановић”, *Чувари народног здравља у Нишу у рату и миру (1878–1941)*, Медија центар „Одбрана”, Београд, 2023, стр. 195–196.



Војислав и Јелица Стојановић на венчању у Београду 1938.



Супруга Јелица и ћерка Оливера

Др Војислав К. Стојановић, једини хирург у Прокупљу и Топлици

Традиција српског народа XIX века у Топличком округу, позната је и по научном наслеђу у медицини, које се поноси деловањем прве Привремене војне болнице (1878), потом формирањем прве цивилне Окружне болнице (1881). Окружна болница се усељава у своју нову зграду, намењену болничким потребама 1928. године. Десенију касније, тачније септембра 1938, из Косовске сталне војне болнице у Прокупље стиже др Војислав К. Стојановић, хирург.

Исте године буде постављен за шефа Хируршког одељења Бановинске болнице у Прокупљу. Др Стојановић - млад хирург, са 32 године, прави малтене пионирске кораке на месту хирурга и шефа Хируршког одељења, које је било у повоју. Дужност хирурга у малој окружној болници, централној здравственој установи велике територије Топличког округа, није обећавала много, али је пружала веру и наду.

Пионирске кораке у развоју прокупачке хирургије обележила су имена тројице хирурга: др Драгослав Вишек, др Витомир Говедаревић и др Војислав Стојановић. Др Драгослав С. Вишек (1896-1941), кога сматрају родоначеником прокупачке хирургије, био је прашки ђак, а француски специјалиста. Др Витомир Говедаревић (1895-1959), лекар француске школе, усавршавао је гинекологију у Лиону, потом специјализирао хирургију код Лериша, чувеног француског професора.

Насупрот двојци француских специјалиста, др Војислав Стојановић је дипломирао и специјализирао у домовини, па се може рећи да је по образовању био прави српски лекар и хирург.

Хируршко искуство претходника оставља пуно простора др Стојановићу, који почиње своје ватрено крштење у лекарској каријери, праћено и личном породичном причом. У исто време у малој топличкој вароши почиње брачни живот доктора Воје и супруге Јелице. У Прокупљу су добили ћерку Оливеру, која се родила 1. априла 1939. године.

У Бановинској болници у неусловној операционој сали, са скромном хируршком опремом и у недостатку адекватних инструмената, обавио је прву ресекцију желуца због улкуса, хелецистектомију и операцију струме.³ Немаштина подстиче његову импровизацију, не само у предратним годинама у прокупачкој болници, већ се наставља у току рата у Топлици и Јабланици.

Можда га сва та искуства подстичу да се касније, поред хируршког рада, ближе посвети и хируршким инструментима. Отуда и његова лична иновација у конструисању *жичаног валвулотома* за успешно извођење комисуротомија код тешких калцифицираних митралних стеноза. Након успешне примене код више од 250 оперисаних пацијената, лиценциран валвулотом прихвата фирма „Урлих“ у Западној Немачкој и производи га под именом „Комисуротом по проф. Стојановићу“.⁴

Прокупачка окружна Бановинска болница била је лоцирана у Гарићу, тада насеље на рубу вароши. Болница је радила у новој наменској згради, отвореној неких десет година пре доласка др Стојановића, који ће бити једини хирург не само у Прокупљу, већ и целој Топлици. У свом саставу имала је: интерно и хируршко одељење, гинеколошко одељење и породилиште, инфективно одељење, пријемно одељење, амбуланту, кухињу, магацин санитарске опреме и хране и друге помоћне зграде.

Поред др Стојановића у Прокупљу су радили: др Слободан Гавриловић, управник болнице, лекари др Александар С. Стојановић, др Миладин Ђуровић, срески лекар, три медикара - лекарски помоћници, Мирослав К. Мађејка, економ болнице, Јоко Радовић, апотекарски помоћник, Радољуб Миленковић, архивски чиновник, болничари: Војислав Јовановић, Стана Недељковић, Богосав Милићевић, Раденко Јовић, Божидар Ристић, Златко Секованић, Босилка Петровић, Мирослав Стојановић, монтер и Никола Цекић, служитељ.

У бројним обавезама, др Стојановић је заједно са среским лекаром наизменично вршио дужности санитарског референта Среза прокупачког и био члан комисије за преглед новоподигнутих зграда у Прокупљу.⁵ Био је покретач многих хуманитарних акција, ширио човекољубље и здравствену просвећеност у деловању Друштва Црвеног крста. У неколико наврата држао је течејаве члановима Црвеног крста у Прокупљу, што доказује и фотографија из новембра 1939. године.

³ М. Рајковић, „Развој хирургије у Прокупљу“, у: Радоје Чоловић, *Хроника хирургије у Србији*, Просвета, Београд, 2002, стр. 404–407.

⁴ Р. Б. Чоловић, *Хроника хирургије Србије*, Просвета, Београд, 2002, стр. 132.

⁵ Решење од 12.1.1939. у Прокупљу, Заменик Бана Моравске бановине у Прокупљу, акт бр 697/38.



Др Воја Стојановић одржао је курс члановима Црвеног крста у Прокупљу новембра 1939.



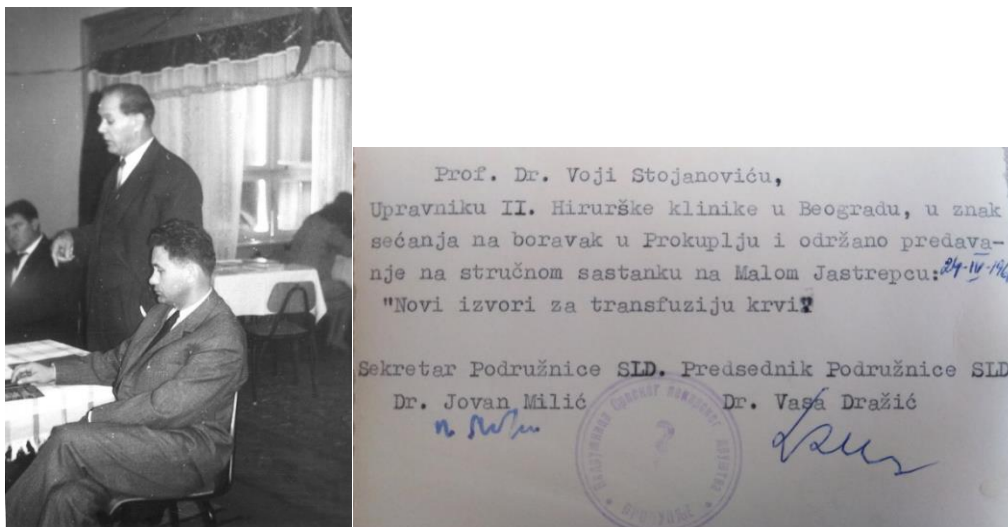
Др Воја Стојановић, са члановима Црвеног крста у Прокупљу новембра 1939.

Упркос напорном раду у миру и драматичним догађајима у рату, у Прокупљу су се створила многа пријатељства, која остају у успоменама.

Др Стојановић је са породицом живео у двоспратној кући, у власништву Јове Бојације. Лекарска ординација је била смештена у приземљу, док су приватне просторије биле на спрату. Кућа, која је гледала на главни парк са спомеником страдалим Топличанима 1917, била је у близини пијаци (која је тада била на главном тргу), имала је балкон са погледом на Хисар.

*

Допринос др Војислава Стојановића као ратног хирурга описан је у посебном поглављу, а овом приликом нешто више о његовим посетама Прокупљу и Топлици у послератном периоду. Поред стручне помоћи у деловању Подружнице СЛД, подржао је *Јунске сусрете лекара Топлице*. Учествовао на стручном састанку 24. априла 1966. на Малом Јастрепцу и том приликом одржао предавање: *Нови извори за трансфузију крви*.



Др Воја Стојановић са др Васом Дражићем на 6. Јунским сусретима лекара Топлице на Малом Јастребцу, 24. априла 1966. у организацији СЛД Прокупље

Претходног дана 23. априла 1966. у Прокупљу присуствовао је откривању рестаурираног споменика др Алексе Савића, који почива на Хисару. Заједно са колегом хирургом др Васом Дражићем, председником, др Јованом Милићем, секретаром Подружнице СЛД, проф. др Јулком Поповић Савић и осталим високим званицама из Топличког и Нишавског округа, одаје пошту др Савићу, великом топличком лекару и хуманисти.

Доласком у Житни Поток даје подршку др Миши (Миодрагу) Илићу у отварању Стационара при Дому здравља 28. новембра 1974. године.

У знак посебне почаст, 1980. године позван је у Кушумлију да пресече траку на отварању специјалистичке службе у Дому здравља, тада под управом др Страшка Милисављевића, стоматолога.



Др Воја Стојановић у друштву проф. др Јулке Поповић Савић, потомка др Алексе Савића, и осталим високим званицама 1966. одаје пошту великом лекару и хуманисти, који почива на Хисару

Вишегодишње искуство хирурга Друге хируршке клинике, члана и председника Хируршке секције СЛД, преноси колегама на стручним састанцима широм Србије и Југославије. Хируршка секција СЛД, у сарадњи са Подружницом СЛД у Прокупљу, одржала је стручни састанак у Прокупљу 18-19. априла 1970. На састанку проф. др Војислав Стојановић излаже рад са темом: *О неким питањима у хируршкој терапији митралних стента*.

Одлуком Савета Медицинског факултета у Београду од 17. фебруара 1947. године решено је да се формира Клиника за ратну хирургију, која је истовремено постала наставна база факултета.

Клиника за ратну хирургију постаје Друга хируршка клиника, а управа је поверена др Војиславу К. Стојановићу, санитарском пуковнику, тада хирург Главне војне болнице у Београду. По преузимању ове дужности, Друга хируршка клиника постаје његов други дом, за који се борио годинама, све до одласка у пензију 1977. године.

Клиника је збринула велики број пацијената, била центар усавршавања бројних младих хирурга и окупљања познатих хирурга из земље и иностранства. Друга хируршка клиника је каснијом реорганизацијом постала Институт за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије.⁶



Др Војислав Стојановић, резервни санитарски капетан I класе са колегама 1940.

Доктор Војислав К. Стојановић био је уважен професор - учитељ бројних генерација студената, а личним примером пожртвованог хирурга и хуманисте постао просветитељ великог броја будућих хирурга.

⁶ В. Арсов, „Институт за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије (Бивша II хируршка клиника)”, из Радоје Чоловић: *Хроника хирургије у Србији*, Просвета, Београд, 2002, стр. 124-140.

Доктор Војислав К. Стојановић, ратни хирург у Топлици

Упркос протоку времена име проф. др Војислава К. Стојановића, српског хирурга, санитетског пуковника, међународно признатог стручњака неизоставно је присутно у историји Четврте и Друге хируршке клинике у Београду. Колико је разноврсних дијагноза, толико је и разноврсних операција и људских судбина. **Спасити живот човеку – то је највећа награда за хирурга.** Ово су биле речи професора Воје Стојановића, тада управника Четврте хируршке клинике у Београду, а хирурга у Топлици у Другом светском рату.



Др Војислав К. Стојановић као ратни хирург у Топлици

Са пацијентом кога је оперисао 1941. године професор Стојановић, некадашњи партизански хирург и организатор многих болница, сусрео се поново, овде на клиници. Партизан „Маџа”, како су га звали, није заборавио свог лекара, који га је онда, у првим данима борбе, под кишом куршума, поново вратио у живот, вратио га његовом одреду. Маџа није био једини партизан коме је указана хируршка помоћ. Борба је тек почињала и распламсавала се. Партизанском хирургу – тада једином у Србији, предстојао је напоран даноноћни рад. Још пре формирања Топличког одреда др Стојановић је припремао санитетски материјал, инструменте, обучавао кадрове.

Ни непријатељске офанзиве, ни степен снежних ноћи нису били препрека да свуда стигне рањеним борцима, да их превиде, оперише, спасе. И не само то. Стизао је да помогне и народу Топлице и других крајева, сузбијао епидемије тифуса (као ону у селу Доње Коњувце).

Били су то дани великих напора: каткада по 50 часова без сна и хране, над импровизованим операционим столом под храстом, буквом, у колиби, сеоској кућици, а често и без таквог стола – на тезги, пању, на земљи: по 50 и више часова.

Над тешким рањеницима, без потребних инструмената, много пута и без икаквих, без довољно завоја и лекова, али са великом вером и смелошћу лекара – борца.

На Јабланици је др Стојановић формирао централну болницу и још неколико мањих у околини. Ни ту нису изостали курсеви и организовање санитетске службе по јединицама. Фронт га је водио с Јабланице на врхове Суве Планине, затим на Сврљишке Планине, па онда – у Крагујевац, Чачак, Београд, на Сремски фронт. Операција за операцијом све до ослобођења.⁷

⁷ „На Четвртој хируршкој клиници – За живот радног човека”, *Борба*, 03.12.1950, стр. 2.

Увек се радо враћао Топлици



Др Војислав Воја Стојановић, лекар у Топлици за време Другог Светског рата



Др Војислав Стојановић у посети Музеју Топлице у Прокупљу 1974.



Др Војислав Стојановић записује своје утиске у Музеју Топлице 1974.



Др Војислав Стојановић, Хируршка секција СЛД у Прокупљу 1970.



Prof. Dr. Voji Stojanoviću,
 Upravniku **II.** Hirurške klinike u Beogradu, u
 znak sećanja na otkrivanje restaurisanog spomenika
 pok. Dr. Aleksi Saviću na Hisaru u Prokuplju, dana
 23 aprila 1966 god.

sekretar Podružnice SLD. Predsednik Podružnice SLD.

Dr. Jovan Milić

Dr. Vasa Dražić



Др Војислав Стојановић у посети Прокупљу поводом обнове споменика др Алекси Савићу
 23. априла 1966. на полеђини фотографије - посвета др Васе Дражића

Проф. Мајкл де Беки и проф. др Војислав Стојановић Операција срца у Београду, коју је гледала цела Европа

„Хирург, кардиолог Мајкл де Беки, професор Универзитета у Хјустону, један од најпозантијих светских оператора срца, позивом проф. др Стојановића дошао је у Београд 1967. године. Професор Мајкл де Беки је на Другој хируршкој клиници обавио више компликованих операција срца, које иначе нису извођене код нас раније. Професор Војислав Стојановић, познати југословенски хирург и начелник Друге хируршке клинике, већ више година је успешно изводио компликоване операције на срцу.

Проф. Де Беки боравио је у Београду са својом екипом од десет чланова – лекара, медицинских сестара и техничара. Операције су укључиле десетак пацијената са оштећеним срчаним залисцима. Избор пацијената извршен је претходно по најстрожим медицинским критеријумима и они су били припремљени за операцију. Ток операције, приказан на телевизији, пратило је преко 100 специјалиста за хирургију срца из Југославије, Аустрије, Немачке, Италије, Мађарске, Бугарске и других европских земаља.

Била је то својеврсна демонстрација врхунских медицинских достигнућа у светској коронарној хирургији. Београд, тих дана у жижи светских медија, постао је центар, одакле се преносило хируршко знање и вештина великом броју лекара у многим европским хируршким клиникама.

Вишегодишњим залагањем проф. Стојановића, Друга хируршка клиника била је кадровски и технички спремна да прими елитну хируршку екипу, на челу са проф. др Мајклом де Бекијем.”⁸



Др Војислав Стојановић у хируршком тиму др Мајкл де Бекија,
Београд 18. августа 1967.

⁸ „Срце на екрану”, *Борба*, 20.08.1967, стр. 4.



Др Војислав Стојановић с др Мајкл де Бекијем у Београду 1967.



Др Мајкл де Беки (у средини), колега и пријатељ др Војислава Стојановића

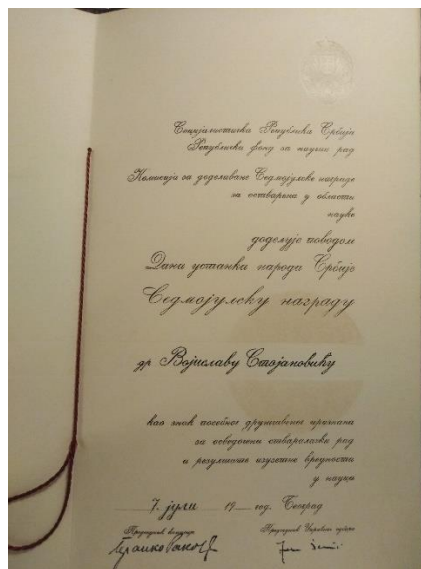
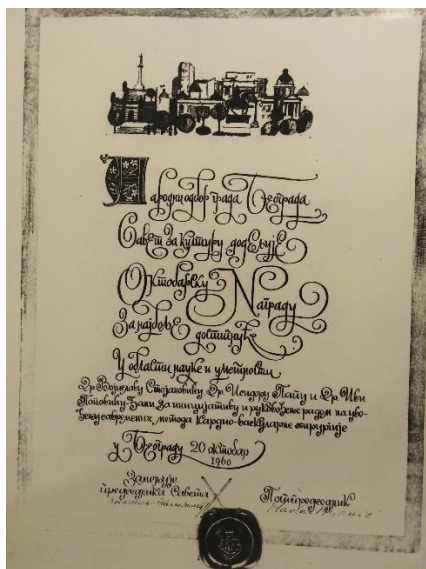
Признања, научна дела, домаћа и страна одликовања

Проф. др Војислав К. Стојановић, српски хирург спада међу најодликованијим хирурзима у Југославији. Као активан члан Хируршке секције Српског лекарског друштва обављао је дужност председника у периоду 1959–1963. Година 1969. била је у знаку његове иницијативе и оснивању „Научног друштва Србије”, које је водио у својству председника. Биран је за редовног и почасног члана Медицинске академије Српског лекарског друштва. Међу бројним почастима био је избор за председника Савеза удружења универзитетских наставника и других научних радника Југославије.



Др Војислав Стојановић прима Награду АВНОЈ-а за научни допринос 1976.

Носилац је највиших српских и југословенских признања: Октобарске награде Београда (1962), Седмојулске награде и Спомен-плакете града Београда (1969) и Награде АВНОЈ-а за научни допринос (1976). Проф. др Војислав Стојановић проглашен је за почасног члана Српске академије наука и уметности.



Октобарска награда Београда и Седмојулска награда

Међу бројним страним почастима су: председник Међународног удружења универзитетских професора и доцента, један од оснивача и председник Европског друштва за кардиоваскуларну хирургију.

Само у току 1980. години именован је за члана Међународног хируршког друштва, Француске хируршке академије и Националне медицинске академије Француске.

Носилац је највиших европских почести: Француског Ордена Легије части (Orden Legion D' Honneue Commendeur Republique Francaise – Honneur Patrie) и Пирогове медаље Руског националног истраживачког медицинског универзитета у Москви (Пирогов Николаи Иванович, Россиискому националному иследователскому медицинскому универзитету - Pirogov Nikolay Ivanovich, The Russian National Research Medical University), који носи име руског хирурга Николаја Ивановича Пирогова (1810-1881), родоначелника руске ратне хирургије и аутора првог анатомског атласа – *Топографска анатомија људског тела*, у четири тома (1851-1854).

У својству гостујућег професора држао је предавања на познатим универзитетима у Великој Британији, Француској, Португалији, Данској, Шпанији, Италији, Немачкој, Либији, САД, СССР-у и другим земљама. Као члан Комисије експерата, у бројним ситуацијама учествовао је у раду УНЕСКО-а. Као главни референт излагао је своје научне радове на многим научним скуповима у земљи: на Осмом конгресу хирурга Југославије (1951), на Конгресу лекара у Нишкој Бањи (1955), у Врњачкој Бањи (1964), у Приштини (1966), у Сарајеву (1967) и тако даље.

Учествовао је на међународним конгресима посвећеним хирургији у Кембриџу, Лиону, Паризу, Братислави, Лисабону, Амстердаму, Копенхагену, Токију, Барселони, Риму, Стразбуру, Њујорку, Лондону, Москви, Берлину и другим медицинским центрима.



Проф. др Војислав Стојановић председава на Конгресу хирурга у Братислави 1976.

Публиковао је преко 480 научних радова, од којих је 300 у земљи, а 180 у иностранству. Аутор је књига: *Ратна хирургија* (Београд, издање 1950. и 1964), *Кардиохирургија урођених срчаних мана и великих крвних судова* (Београд, 1988), *Хирургија ендокриних жлезда* (са А. Баљозовићем и сарадницима), *Хируршки практикум* (коаутор), *Новине у хирургији ендокриних жлезда*, *Дијагностички критеријуми за оцену радне способности у хирургији* (коаутор). Треба истаћи да је професор Стојановић, поред два енглеска аутора, једини у свету описао општи и специјални део ратне хирургије на 1.400 страница.

Професор др Војислав К. Стојановић, пионир кардиохирургије и васкуларне хирургије у Југославији, први је применио локалну хипертермију у хирургији отвореног срца, која је касније постала широко прихваћена метода. Говорио је француски, немачки, руски и енглески језик, па тако пратио стручну литературу из многих научних и истраживачких центара.

Удружење Универзитетских професора и научника Србије установио је Награду „Проф. др Војислав К. Стојановић“, која се додељује студенту факултета са највишом просечном оценом по завршеним студијама.

Име др Војислава Стојановића понела је једна улица у Београду, а друга у Куршумлији. Добитник је Похвале „Ослобођење града Прокупља 9.10.1941“.

Проф. др Војислав Стојановић носилац је највиших домаћих одликовања:

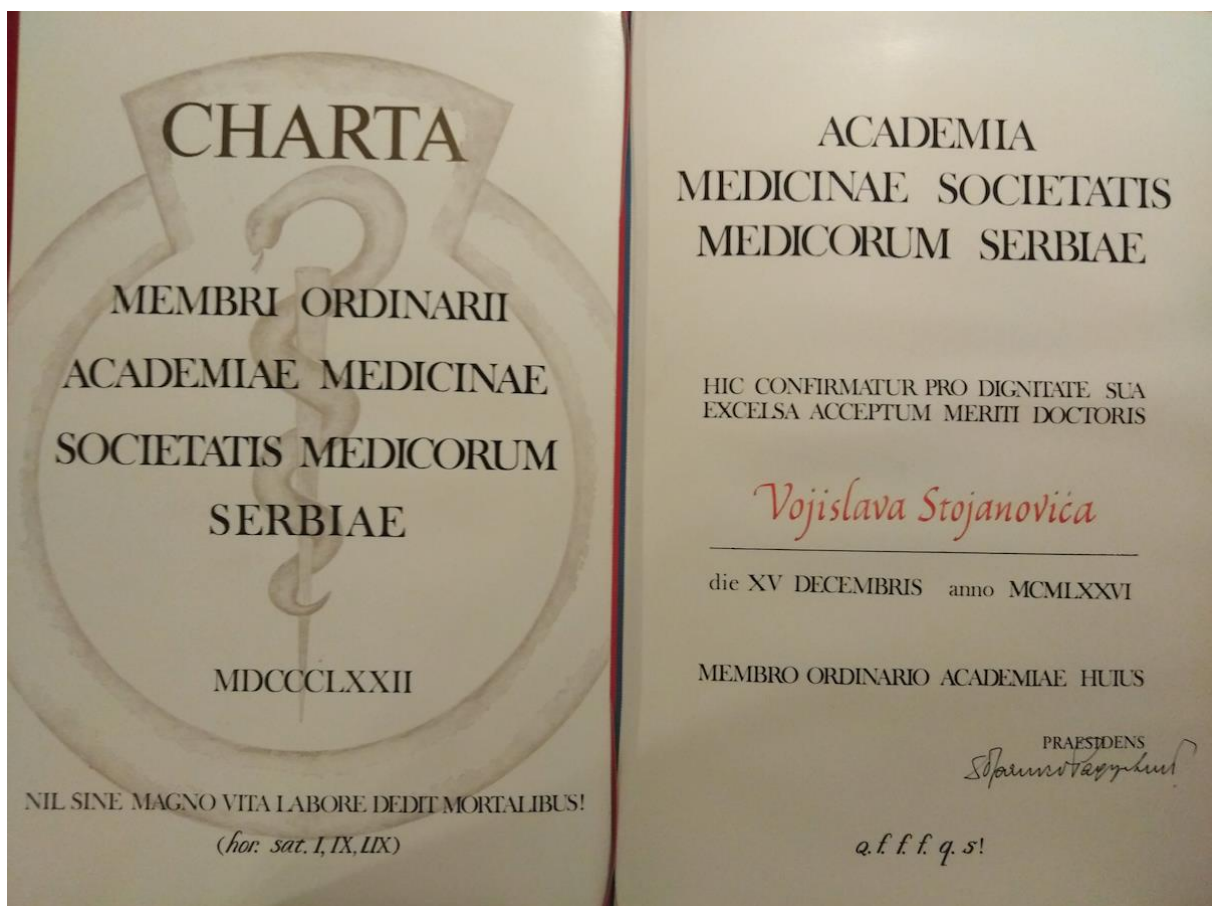
Орден Југословенске заставе са лентом
 Орден Партизанска споменица 1941.
 Орден Партизанске звезде III реда (1947)
 Орден заслуге за народ I реда (1945)
 Орден братства и јединства II реда (1947)
 Орден рада са црвеном заставом (1961)
 Орден Републике са сребрним венцем (1965)
 Орден Републике са златним венцем (1973)

Признања СЛД и Универзитета проф. др Војислава Стојановића:

СЛД – „Хируршка секција Србије 1872-1950”
 „90 година Српског лекарског друштва 1872-1962”
 „100 година Српског лекарског друштва 1872-1972”
 „50 година рада Медицинског факултета у Београду 1920-1970”
 „Универзитет у Нишу 1965-1975”

Проф. др Војислав Стојановић носилац је и посебних признања:

Октобарска награда Београда (1962)
 Седмојулска награда и Спомен-плакета града Београда (1969)
 Награда АВНОЈ-а за научни допринос (1976)



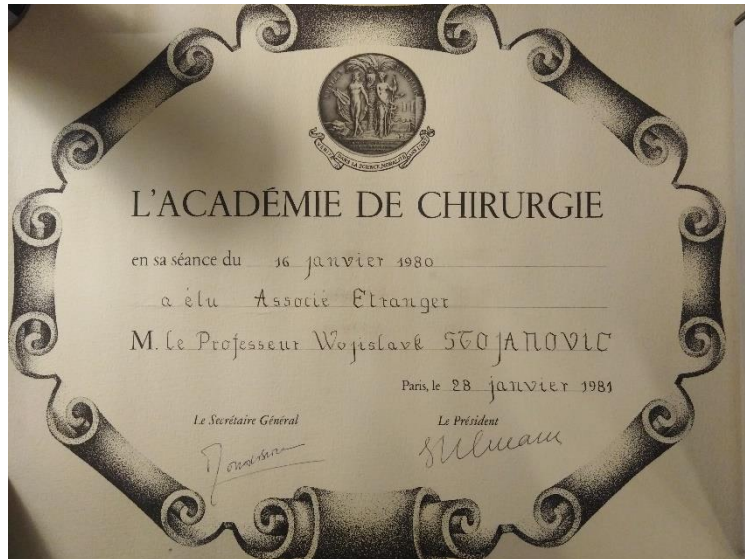
Проф. др Војислав К. Стојановић, почасни члан Медицинске академије

Проф. др Војислав К. Стојановић носицац је страних одликовања и признања - ордена и медаља:

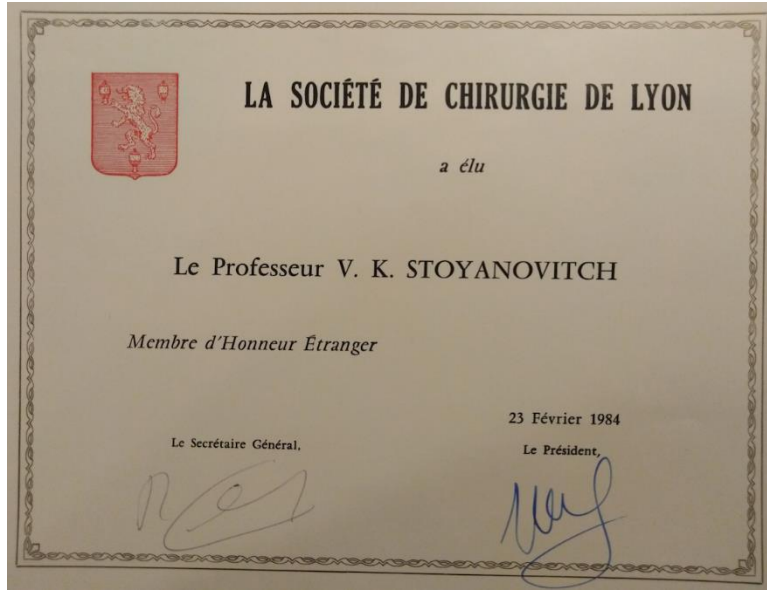
- Француског Ордена Легије части (Orden Legion D' Honneue Commendeur Republique Francaise – Honneur Patrie)
- Ордена захвалности Републике Италије (Almerito Della Repubblica Italiana, 1971)
- Почасне медаље Ческословенског удружења лекара „Пуркиње” (Československa lekarska společnost J. E. Purkyne)
- “Il Comune Di Milano”
- Медаље Балканске медицинске уније (L' Union Medicale Balkanique 1932-1972)
- Медаље Грчке националне медицинске академије (Academie Nationale De Medecine)
- Slovensko zdravničko društvo – Dr. Macus Gerbezius 1658-1718. (1970)
- “Universitas Momeniana Bratislavensis”
- Медаље Хумболтовог универзитета - Humboldt Universitat zu Berlin (1946)
- Медаље Медицинског факултета у Стразбуру - Faculte De Medicine De Strasbourg (1957)
- Медаље Бурденко Николај Николајевић 1876-1976. (Бурденко Николај Николаевич 1876-1976)
- Пирогов Николај Иванович (1810-1881), Руски национални истраживачки медицински универзитет (Пирогов Николай Иванович, Россијскому националному иследователскому медицинскому универзитету)
- Хируршко друштво Москве и Области 1873-1973. (Хирургическое Общество Гор. Москва и Области 1873-1973)
- Александар Васиљевић Вишњевски 1887-1948. (Александр Васиљевич Вишневскии 1874-1948, Институт хирурги А. В. Вишневского”)
- М. Сеченов 1765-1965. Медаља I Московског медицинског института (М. Сеченов 1765-1965” I Московски медицински институт)
- Медаље Владимир Николајевић Шамов 1882-1962, Савезни конгрес хирурга Кијев 1974. (Владимир Николаевич Шаммов 1882-1962, Всесоюзњи Сбезд Хирургов Кијев, 1974)
- Академик Владимир Николаевич Бакилев 1890-1967. (Академик Владимир Николаевич Бакилев 1890-1967)
- 100 година од оснивања Друштва хирурга Москве (100 лет со дна Основаниа Хирргического Общества Москва)



Др Стојановић је носицац Француског Ордена Легије части (Ordre National De la Legion D' Honneur Commendeur Republique Francaise – Honneur Patrie)



Почасне медаље Ческословенског удружења лекара „Пуркиње”
 (Československa lekarska společnost J. E. Purkyne)





Др Војислав К. Стојановић учествовао је на XIII Светском конгресу Међународног кардиоваскуларног друштва, одржаног у Токију 1977.



Плакета Италијанског хируршког друштва, Рим 1975.

Успомене унке Тамаре

"Мој деда Војислав рођен је у Нишу 1906. године као прво дете својих родитеља. Живели су у породичној кући у улици Николе Дражића 14, на Палилули. Мајка Зорка и отац Коста имали су десеторо деце, од којих шесторо није преживело дизентерију. Четворо живих, поред мог деде, били су брат Марко и две сестре Радмила и Живка.

Верујем да је мој деда Војислав својим радом мотивисао млађе у фамилији, и да су многи од наших драгих рођака, својим професионалним избором показали да су га следили као узор.

Моји деда и бака су се упознали у Нишу далеке 1928. године. Њихова љубав одржала се десет година да би на крају била крунисана браком 1938. године. Током тих десет година, обоје су студирали у Београду, а деда је наставио и специјализацију хирургије у Скопљу. Бака Јелица (рођена Стојанчић) била је такође родом из Ниша. Рођена је 1910. године као најмлађе дете родитеља Јована и Јелене Стојанчић, који су имали осморо деце. Након основног и гимназијског школовања у Нишу, завршила је студије књижевности на Београдском универзитету. Своју професију професора књижевности подредила је супругу и породици.

Заједнички живот бака и деда су започели у Прокупљу, где је деда Воја поред редовне дужности хирурга у Бановинској окружној болници, отворио и приватну ординацију. Бака Јелица му је помагала у ординацији, водила администрацију и бринула о инструментима и другим организационим пословима. У Прокупљу им се родила ћерка Оливера, моја мама. Било је то априла 1939. године. Осећао се долазак рата, који ће оставити траг на многе породице, па тако и на нашу. Бака је говорила, да док је рат прошао, и њој су прошле године за рађање, па је мама остала њихово једино дете.

Моја мајка Оливера Стојановић (удато Шестериков) школовала се у Београду, где су живели после ослобођења. Завршила је Прву београдску гимназију и Медицински факултет у Београду. Била је веома везана за оца и јако мотивисана његовим радом и пожртвованошћу лекарског позива. То је опредељује при избору, мада је била изузетно талентована за књижевност и сликарство. Сматрала је, и говорила, да је бити лекар најхуманија професија, па тако је и живела, потпуно посвећена свом раду као и деда.

Радни век је провела на дужностима лекара Клинике за инфективне болести „Др. Коста Тодоровић“ и наставника Медицинског факултета у Београду. Одбранила је докторску дисертацију 1983. године под насловом: „Компаративна клиничко радиолошка студија пнеумопатија у току морбила изазваних разним етиолошким факторима, као и утицај средине на учесталост, еволуцију и крајњи исход болести“. Након избора за професора Медицинског факултета на катедри за Инфективне болести, радила је релативно кратко јер је болест била бржа. Преминула је марта 1993. године.

Ја сам такође била једино дете својих родитеља. Мајка Оливера и отац Михаило Шестериков су се венчали 1964. године, а ја сам рођена 1965. године. И мој отац је био лекар. Бавио се применом рачунара у медицинској дијагностици. Радио је на више клиника, али је у пензију отишао са Клинике за Онкологију и радиологију у Београду.

Живим и радим у Београду. Завршила сам Електротехнички факултет, удата сам, мајка двоје деце и бака троје унучади.

Живо се сећам детињстваведеног у кући деде Војислава и баке Јелице. Моје срећно детињство је протекло у њиховом топлом окриљу, јер су родитељи имали честа ноћна лекарска дежурства и били јако заузети послом.

Деда Воја је био веома строг, али кажу да је према мени био попустљив. Најзахтевнији је био према самом себи. Рад и дисциплина су га издвајали од просека. У свом окружењу сам ретко сретала особу налик на њега, толико принципијелну, вредну и одговорану без изузетка.

Био је веома скроман по питању својих личних прохтева и није се везивао за материјално у било ком смислу. У Србији су му чврсто били утемељени корени. Као великом патриоти било му је значајно што ради овде и лечи свој народ, о чему говоре све одбијене понуде за трајни одлазак ван земље.



Проф. др Воја Стојановић

У кући се веома поштовао његов рад. Моја бака била је његова тиха и ненаметљива подршка до краја. Сви смо у породици осећали да је он њој на првом месту.

Имао је деда Воја и своје тренутке опуштања. Волео је да запева и имао диван глас. Омиљена му је била руска песма „Соња“, коју је често певао. Кад нам дођу пријатељи у кућу, радо поседи са њима и поприча, али се неизоставно у неком тренутку повуче и извини да мора да ради. Вечерњи сати су били резервисани за писање стручних радова, књига....

Његова дела и бројна домаћа и међународна признања показују да је дао велики допринос у развоју југословенске хирургије, драгоцене стручне радове српској медицини, традицији Српског лекарског друштва и Хируршке секције СЛД, универзитетском образовању и специјализацији лекара. Али изнад свега његове најдубље емоције, његова неописива енергија припадала је пацијентима, за које се борио целим бићем и свим срцем.

У успоменама мог деде др Војислава К. Стојановића боравак у Прокупљу и Топлици остао је у посебном сећању, о чему је често и радо причао. Отуда изражавам и лично задовољство што се ово сећање на њега објављује у часопису Acta Medica Hammeumi, на чему најтоплије захваљујем СЛД Подружници у Прокупљу.⁹

⁹ Тамара Шестериков Поповић, унука др Воје К. Стојановића, записује породична сећања на дан 9.9.2023.

Култура сећања

Топлички округ је, нажалост, био дуго ванпутно место у историји здравства, историји српске медицине и многих других области. Упркос тој чињеници СЛД Подружница Прокупље покушава да кроз часопис Acta Medica Hammeumi отргне од заборава и поврати на позорницу дане и дела топличких лекара и хуманиста из времена прошлих.

Један од њих био је проф. др Војислав К. Стојановић, хирург и шеф Хируршког одељења Бановинске болнице у Прокупљу (од 1938), истовремено и једини хирург у целом округу, у Другом светском рату ратни хирург у Прокупљу, Топлици и Јабланици, по ослобођењу на разним дужностима хирурга у Београду, одакле се виноу у свет међународне хирургије.



Проф. др Војислав Стојановић испред Друге хируршке клинике у Београду

Др Војислав К. Стојановић, српски кардиохирург и васкуларни хирург уградио се заувек у корену стабла многих хируршких грана, а грана се са сваким новим хирургом.

Плодоносне године, које је посветио Топлици, српској и југословенској кардиохирургији и васкуларној хирургији пружају многоструке могућности писања и приказа. Није лако укратко сажети богато испуњену животну и професионалну причу хирурга и професора, кога многи сматрају звездом на српском универзитетском хоризонту. Остајемо у нади да смо бар делом успели да прикажемо обресе његовог широког медицинског образовања, хируршке вештине, познавање светске хирургије, праћење светских достигнућа на четири страна језика, посвећеност и човекољубље лекара и човека спаситеља.

Прави искорак у много чему, а обавезе лекара не повезује са радним временом, већ прати мисију лекара хирурга, који целим бићем и дању и ноћу припада хирургији и научном раду. Тако постаје лекар-мисионар, лекар-иноватор, дипломата српске медицинске науке, кога је европска, а потом и светска медицина препознала и признала као научника испред свог времена.

У бројним успоменама о др Војиславу К. Стојановићу цитирамо речи академика др Радоја Чоловића: "У рад Друге хируршке клинике увео је многе новине и методе. Он је формирао Клинику са заокруженом и квалитетном службом, која је обезбеђивала болеснику све што је у то време било могуће. Једном речју, професор Стојановић је био велики хирург, професор и руководилац, али на свој начин и непоновљива личност".¹⁰

¹⁰ Р. Б. Чоловић, „Проф. др Војислав Стојановић (1906-1991)“, 50 година хируршке секције Српског лекарског друштва, Просвета, Београд, 2000, стр. 214- 216.

Чланови СЛД Прокупље су поносни што је др Војислав К. Стојановић у Прокупљу и Топлици провео неколико година, а за њега младог хирурга врло важан период. Драгоцено искуство топличког мирнодопског и ратног хирурга следили су нови подвизи кардиохирурга и васкуларног хирурга у Београду, одакле је своје име, име Србије и име Југославије пренео до Рима, Париза, Москве, Токија и даље.

Дубоко верујемо да ће се проф. др Војислав К. Стојановић придружити др Алекси Савићу и др Васи Дражићу у култури сећања у традицији данас Опште болнице „Др Алекса Савић” у Прокупљу а некада Бановинске окружне болнице.

Његов непроцењив допринос у развоју хирургије у Топлици, у рату и миру, не сме да буде занемарен протоком времена и догађаја. Тада ћемо моћи слободно да кажемо да академик проф. др Војислав К. Стојановић није само отргнут из заборав, већ с пуним правом припада Топлици, којој се увек радо враћао.

SUMMARY

We dedicate this work to Prof. Vojislav K. Dr. STOJANOVIĆ (1906–1991), doctor, university professor, medical colonel, cardio-vascular surgeon. In the history of war surgery, Yugoslav and Serbian cardio-vascular surgery, the contribution of Dr. Vojislav K. Stojanović, the founder and manager of the Second Surgical Clinic in Belgrade, occupies a very important place. Through his works, he became a symbol of Yugoslav surgery, known and recognized not only in Serbia and Yugoslavia, but also far beyond its borders.

About Prof. Stojanović can be written about from various aspects, from his successes in cardiovascular surgery, a professor who inspired numerous generations of students of the Faculty of Medicine in Belgrade, the author of a large number of professional works, the long-term president of the Surgical Section of the Serbian Medical Society, a promoter of Serbian and Yugoslav medical science and surgery in the world, to receiving the highest Yugoslav and international awards and decorations.

In the abundance of opportunities, we decided to tear from oblivion his peacetime and wartime trajectory in Toplica. In Prokuplje from September 1938, he was a doctor and the only surgeon in the district Banovina hospital and the whole Region of Toplica. With the outbreak of the Second World War, he continued as a war surgeon in the fateful sufferings in Toplica and Jablanica. He shows how much the war years left a deep impression on his medical career with the dedication of his book *War Surgery* (Belgrade, 1964), which begins with: To my fallen comrades who fought in Toplica and Jablanica for the freedom of the country and the lofty goals of humanity. We allowed him to personally testify about the work on Dr. Stojanović - and he testified with his contribution about the development of European and Serbian surgery, to which we added footnotes for the sake of new generations.

According to him, he fought from birth and throughout his life. Every birth is a destiny, but only certain ones make a legend. If he were born again, he said... he would dedicate his life to medicine, and despite all the difficulties, he would choose to be a surgeon and a healer. Prof. Dr. Vojislav Stojanović, professor at the Faculty of Medicine in Belgrade, was the founder and president of the International Association of University Professors, an honorary member of the Serbian Academy of Sciences and Arts, the holder of the Belgrade October Award, the Seventh of July Award and the Memorial Plaque of the City of Belgrade, the AVNOJ Award.

He is the holder of high European awards: the French Order of the Legion of Honor, the Order of Gratitude of the Republic of Italy, the Humboldt University Medal, the Order of Pirogov - the Russian National Research Medical University, the Moscow Surgical Society and other high honors.

More than six decades have passed since his pioneering steps in Toplica, which he continues in Belgrade and other cities. Many operations that were then news in Yugoslavia and the world are now part of the routine operational everyday life. Therefore, Dr. Stojanović deserves the deep respect and memory of his contemporaries, younger colleagues and future surgeons. He was a uniquely self-sacrificing doctor, a hardworking scientist, a patriot, a polyglot (he learned all foreign languages by himself), so one can say that he is a self-made man... Outside the surgery room, he was remembered as a great orator, a good singer, and a man of special charisma, in a word, a star, which radiated and still radiates a special light in Serbian surgery, unforgettable in the Serbian Toplica.

Захвалност

За велику помоћ и подршку у настанку овог рада захвалност припада: госпођи инг Тамари Шестериков Поповић, академику проф. др Радоју Чоловићу, бригадном генералу доц. др Вељку Тодоровићу, академику проф. др Милану Милисављевићу, доц. др Дарку Лакетићу, спец. др мед. Срђану Мијатовићу, Бобу Филиповићу, Српском лекарском друштву, Подружници Српског лекарског друштва у Прокупљу, Игору Живановићу, вишем библиотекару Универзитетске библиотеке „Светозар Марковић“ у Београду, Божидару Пејчићу, ИТ инжењеру из Ниша, Бојани Пејчић, мастеру англистике из Ниша и Народном музеју Топлице у Прокупљу.

Увид у богату заоставштину проф. др Војислава К. Стојановића омогућила нам је његова унука госпођа Тамара Шестериков Поповић, којој дугујемо посебну захвалост у даровању топлих породичних успомена, драгоцених фотографија и велике научне документације.

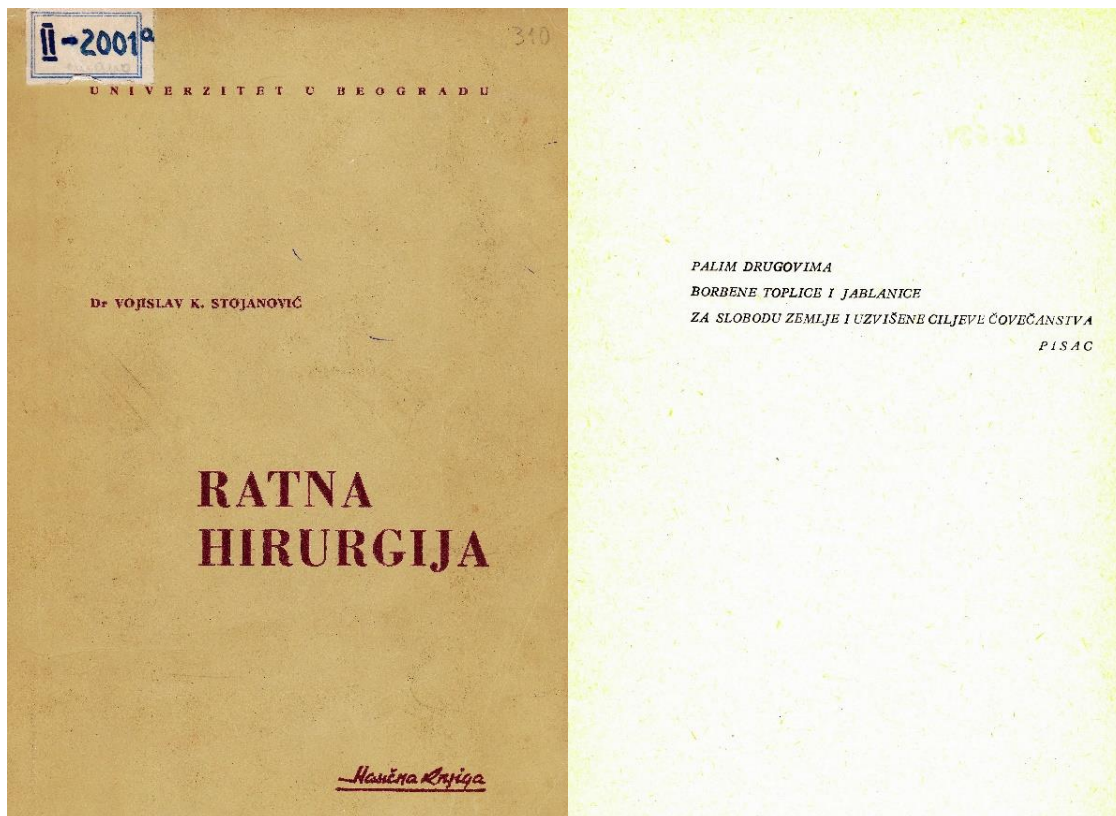
Литература и извори

1. В. Стојановић, *Ратна хирургија*, Научна књига, Београд, 1964, стр. 1-17.
2. В. Стојановић, *Ратна хирургија*, „Привредна штампа“, Београд, 1979, стр. 3-50.
3. В. Ђорђевић, *Историја српског војног санитета*, књ. III, Београд, 1880.
4. В. Станојевић, *Историја српског војног санитета - наше ратно санитетско искуство*, Београд, 1925.
5. Р. Чоловић, „Проф. др Војислав К. Стојановић (1906-1991)“, *50 година Хируршке секције Српског лекарског друштва*, Просвета, Београд, 2000, стр. 214-216.
6. Р. Чоловић, „Проф. др Војислав К. Стојановић (1906-1991)“, *Хроника хирургије у Србији*, Просвета, Београд, 2002, стр. 605-606.
7. В. Арсов, „Институт за кardiоваскуларне болести Клиничког центра Србије (Бивша II хируршка клиника), из Радоје Чоловић: *Хроника хирургије у Србији*, Просвета, Београд, 2002, стр. 124-140.
8. В. Суботић, *Доктор Владан Ђорђевић – петогодишњица књижевног рада 1860. - 25. фебруар - 1910*, Репринт издање са допунама академика Радоја Чоловића и проф. др Душана Иванића, СЛД, Београд, 2016, стр. 201-205.
9. М. Рајковић, С. Матић, „Развој хирургије у Прокупљу“ у: Радоје Б. Чоловић, *Хроника хирургије у Србији*, Просвета, Београд, 2002, 404-407.
10. С. Поповић Филиповић, *Чувари народног здравља Топличког краја (1878-1912)*, Од др Јована Пелнаржа до др Алексе Савића, Acta Medica Hammeumi, СЛД Подружница Прокупље, Прокупље, 2022.
11. С. Поповић Филиповић, „Др Војислав К. Стојановић, хирург и шеф Хируршког одељења Бановинске болнице у Прокупљу“, *Путевима модерне српске медицине у Топличком округу (1912-1941)*, СЛД Подружница Прокупље, Прокупље, 2023, стр. 213-217
12. С. Поповић Филиповић, „Др Војислав К. Стојановић, из родног Ниша виноу се у свет хирургије“, *Чувари народног здравља у Нишу у рату и миру (1878–1941)*, Медија центар, „Одбрана“, Београд, 2022, стр. 195-196.
13. „На Четвртој хируршкој клиници – За живот радног човека“, *Борба*, 03.12.1950, стр. 2.
14. „Срце на екрану“, *Борба*, 20.08.1967, стр. 4.
15. „Операција и на Другој хируршкој клиници“, *Борба*, 10.08.1967, стр. 8.
16. „Како сам пробио лед“, *Борба*, 07.01.1984, стр. 6.
17. „Додељене Октобарске награде Београда за најбоља достигнућа у области науке и уметности“, *Борба*, 15.10.1960, стр. 6.

ПРИЛОГ

ПРОФ. ДР ВОЈИСЛАВ К. СТОЈАНОВИЋ

РАТНА ХИРУРГИЈА



ПАЛИМ ДРУГОВИМА
БОРБЕНЕ ТОПЛИЦЕ И ЈАБЛАНИЦЕ
ЗА СЛОБОДУ ЗЕМЉЕ И УЗВИШЕНЕ ЦИЉЕВЕ ЧОВЕЧАНСТВА

ПИСАЦ

Др Војислав К. Стојановић је своја ратна хируршка искуства преточио у дело *Ратна хирургија* (Научна књига, Београд, 1964) у 11 делова или поглавља, на 576 страница. Организациони део састоји се из целина: Ратна хирургија као посебна дисциплина, Организација масовног хируршког рада у рату, Организација здравствене службе у насељима, која су изложена ваздушним нападима, Тријажа рањеника у ратно-хируршком раду, О медицинској документацији у ратно-хируршком раду, Организација и обим рада у санитетским условима оперативне армије и грађанских територијалних јединица, О евакуацији уопште и лечење лаких рањеника.

Општи део укључује десет целина, а оне су: I Антисепса и асепса у ратној хирургији, II Анестезија у ратној хирургији, III О ратним повредама уопште, IV Лечење ратних рана, V Комплексно лечење рањеника, VI Инфекције ратних рана, VII Повреде крвних судова, крварење и искрвареност, VIII Трауматски шок код ратних повреда, IX Трансфузија крви и X Иmobilизација код ратних повреда.

У жељи да данашњим читаоцима приближимо историју ратне хирургије, кроз перо и искуство др Воје Стојановића, цитирамо део првог поглавља, под називом *Ратна хирургија као посебна дисциплина*. Цитиране редове прате фусноте с кратким биографијама једног броја лекара, који су дали посебан допринос у историји опште хирургије у свету и развоју хирургије у српској медицини.

Први део *Ратна хирургија*, објављен у Београду 1950, био је намењен студентима медицине и лекарима, с циљем да се упознају са основним организационим принципима ратне хирургије у свим санитетским установама, које се формирају у току рата.

Друго допуњено издање *Ратна хирургија* (Београд, 1964), које наводимо је, по аутору, *написано у жељи да се студентима медицине, лекарима и хирурзима, овим новим издањем организационог и општег дела ратне хирургије пружи могућности за што боље упознавање поступака у збрињавању и стручној помоћи свим врстама рањеника, не само у рату већ и за време мира, код разних облика масовног рањавања људства*.¹¹

Ратна хирургија као посебна дисциплина

„Појам ратне хирургије не поставља се увек јединствено и правилно. Док једни сматрају да је ратна хирургија само један део клиничке хирургије примењен за време рата, дотле је по другима то обична трауматологија или ранарство, а по трећима врста ургентне хирургије, која се примењује за ратне прилике. Неки опет сматрају ратну хирургију специјалном дисциплином која свој рад обавља у борбеној зони за време борбених операција и на тај начин не разликују је од ратно-пољске хирургије којој у ствари припада тај задатак. Смирнов је оправдано поставио да је ратна хирургија широк појам и усвојио је гледиште Опела да је она не само хирургија оперативне зоне већ исто тако и хирургија дубоке позадине као и хирургија збрињавања последица ратних повреда. Према томе под ратном хирургијом треба подразумевати потпуно засебну хируршку дисциплину, која се бави питањем организације збрињавања и лечења свих ратних повреда, свих хитних хируршких обољења у рату, и свих последица повреда хируршког карактера задобијен у рату. Она се не издваја из оквира клиничке хирургије, већ напротив, повезана са њом чини целину. Отуда је један од основних услова за проучавање ратне хирургије добро познавање клиничке хирургије.

Ратна хирургија обилује многоструким и разгранатим радом у рату и то како на борбеном простору тако и у дубокој позадини. Онај део ратне хирургије, који се бави организацијом збрињавања и лечења рањеника и болесника са хитним хируршким обољењима у борбеној просторији, зове се **ратно-пољска хирургија**. Онај пак део ратне хирургије, који се бави организацијом збрињавања и лечења рањеника и ратних последица хируршког карактера у дубокој позадини, представља предмет **ратне хирургије у позадини**. Ратно-пољска хирургија има своје посебне одлике. Она пре свега обавља своју делатност у оперативној зони тј. на простору где се воде борбене операције и у сваком конкретном случају њен рад зависи у првом реду од борбене ситуације, а затим и од места и прилика где треба да развија свој рад. Стога је за ратно-пољску хирургију потребно испунити више услова да би она несметано могла да развије свој рад...”¹²

„Почетком XIX века у доба I и II устанка у ондашњој Србији све до 1819. године није било ни једног дипломираног лекара ни апотекара. Читава медицина па и ратна хирургија за време устаничких борби била је у рукама народних лекара међу којима је био нарочито чувен хећим Тома. Он је 1807. године излечио кнеза Милоша када је као млад војвода био рањен у грудни кош при заузимању Ужица, а затим и неке друге војсковође као Конду Бимбашу и капетана Радича Петровића, који су били рањени 1806. године при јуришу на београдску тврђаву.

¹¹ В. К. Стојановић, „Предговор другом издању”, *Ратна хирургија*, Научна књига, Београд, 1964.

¹² В. К. Стојановић, *Ратна хирургија*, Научна књига, Београд, 1964, стр. 1.

Хећим Тома¹³ постављен је за војног лекара са платом 1834. године; због заслуга у лечењу устаника 1815. године добио је пензију од 150 талира на годину. Умро је 1848. године од колере у Панчеву где је по наредби српске владе отишао да лечи рањеника из мађарске буне. Поред Хећим Томе било је још много других знаних и незнаних „хећима“ и „видара“ првенствено Грка, касније Срба и Турака. Тек 1819. године Крагујевац је добио првог лекара неког Константина Александрида, Грка по народности. За њим је дошао Италијан **др Вито Ромита**,¹⁴ а касније је било и Срба из Војводине међу којима се помињу др Јован Стејић и др Нестор Месаровић. Још касније долазили су готово само странци међу којима су најпознатији били **др Емерик Линдермајер**¹⁵ и **др Карло Белони**.¹⁶ Један од разлога што су лекари врло нерадо долазили тада у Србију, према Вуку Караџићу, био је и тај што се сам кнез Милош врло рђаво односио према њима. Као што се види о некој организованој помоћи рањеницима у I и II устанку није било ни речи.

Половином XIX века ратна доктрина еволуира и даље; од епохе „стратегија једне тачке“ прелази се на маневарски рат, на епоху „стратегије више тачака“, када се трупе услед усавршавања превозних средстава могу да пребацију и напади да врше на читав низ тачака.

Због таквог брзог маневрисања трупа санитетске јединице нису биле у могућности да прате трупе заједно са рањеницима и зато су рањеници евакуисани у дубоку позадину. Тако се дошло до система транспортовања рањеника у армијске болнице и болнице дубоке позадине (Смирнов). Систем лечења на месту свео се само на указивање прве помоћи а даље лечење настављало се само у болницама дубоке позадине. Овај систем имао је и одговарајућих недостатака. Често због великог броја рањеника прва помоћ није указивана у предњим линијама, а због слабе организације рада долазило је до тога да се помоћ није указивала ни у позадини.

Типичан пример овакве организације ратно-хируршке службе били су наши ратови маневарског карактера 1876, 1877. и 1878. године. У првом Српско-турском рату 1876. године наша санитетска служба уживала је обилну помоћ у стручним кадровима и материјалу од Руса. У томе рату главна болничка база била је у Ћуприји и до ње су рањеници транспортовани реквирираним волујским колима од бојишта преко пољских „лазарета“ до главне болничке базе ради лечења. По извештају тадашњих руских лекара читав систем је подбацио.

¹³ Хећим - Тома Костић или Константиновић (1778-1848), српски видар, рођен је у вароши Кожанима у Македонији, као син видарке Ћира-Мане. Истакао се у лечењу познатих ратника и војвода из Првог и Другог српског устанка. Због својих вештина „војног хирурга“ послат је да лечи српске рањенике у време Мађарске буде 1848. Преминуо је као видар у Панчеву у време колере.

¹⁴ Др Вито Ромита, Италијан, био је један од првих лекара у обновљеној Србији. Као полтички емигрант радио је у Влашкој и Цариграду, одакле долази у Србију 1823. На почетку у служби београдског паше, а годину дана касније код кнеза Милоша. Поред улоге здравственог просветитеља, познат је као градитељ *Докторове куле* у Губеревцу. Кула је од 1861. имала намену за здравствену установу, а данас се користи за потребе Психијатријске клинике. Мада је Ромита био лекар кнеза Милоша и његове породице, лекарска дужност га је водила у Крагујевац, Црнуће, Пожаревац, где је живела кнежева породица и кнежевска свита. Пошто је добио отказ у кнежевој служби, 1827. одлази у Влашку, где је годину дана касније преминуо.

¹⁵ Др Емерих Линдермајер (Dr Emerich Lindenmaier, 1806–1883), лекар, рођен је у Ораовици у Банату, накадашња Аустријска царевина (сада Румунија). Медицину је дипломирао у Пешти 1835. По завршеним студијама прелази у Србију и буде постављен за лекара у Шапцу. Године 1838. именован је за доктора Главног штаба Врховне војне управе. Има велике заслуге у организовању Војне болнице у Београду, Гарнизонске болнице у Крагујевцу и Ћуприји, Окружне болнице у Књажевцу. Као први шеф војног санитета у Србији дао је велики допринос у развоју војне и прве грађанске здравствене службе у тадашњој кнежевини. Аутор је бројних дела, међу њима „Опис минералних вода и њихово употребљење по опште и по наособ лековитих вода у Књажевству Србији до сад познатих“ (1856). Одликован је Таковским крстом и другим високим одличјима. Проглашен је за почасног члана СЛД-а и дописног члана Бечког краљевског лекарског друштва.

¹⁶ Др Карло Белони (1812-1881), војни лекар, рођен је у Левицама у Горњој Угарској, данашњој Словачкој. Медицину је завршио у Пешти. Као лекар у Србији од 1839. ударио је темеље српском војном санитету, због чега га многи сматрају родоначелником. Службовао је као војни и варошки лекар у Чачку, Карановцу (Краљеву), Крагујевцу, Ћуприји, Јагодини и Београду. Као начелник српског војног санитета у периоду од 1858. до 1877. изradio је и увео основне прописе војносанитетске службе у српској војсци. Белонијева *Поучења за болничку или санитетску трупу* (Београд, 1866) и *Мемоари* послужили су као материјал Владану Ђорђевићу при писању *Историје српског војног санитета*.

Рањеници нити су збрињавани у предњим линијама нити пак хируршки третирани у самој болничкој бази у којој је организација рада била врло слаба. Рањеници су били премештени са заразним болесницима, а о некој тријажи како у предњим линијама тако и у болничкој бази није било ни говора. Од интервенција у болничкој бази вршене су само неке ампутације.

У II Српско-турском рату, који је Србија водила тада у савезу са Русијом 1877. и 1878. године ситуација је била слична као и у прошлом. Стручним кадровима и санитетским материјалом располагало се врло слабо а руска помоћ била је врло ограничена, пошто је и сама Русија била у рату. Истина, тада су већ уведени носиоци рањеника и организоване су за сваки корпус и пољске болнице (Шумадијски корпус је имао на пример 6 таквих болница са по 100 постеља) па ипак то није много допринело да указивање помоћи и лечење рањеника буде беспрекорно спроведено. Тако на правац надирања Тимочког и Шумадијског корпуса који су водили борбу на сектору Свети Никола – Бела Паланка – Пирот систем евакуације са бојишта у дубоку позадинску базу Књажевац био је одређен правцем Церовик – Јаловик – Извор – Пандирала - Књажевац и то реквирираним колима.

Организација евакуације и систем указивања помоћи тако су били рђави да кад су рањеници доспели у Књажевац нису имали ни смештаја ни организовану помоћ и лечење. Стање се нешто касније поправило, али је тада већ пао Ниш и операције су пренеле на долину Јужне Мораве те је тако Ниш постао болничка база уместо Књажевац.

Увођењем антисепсе у хирургију (Џозеф Џексон) **Листер**¹⁷ отвора нове видике у ратној хирургији. Луис Олиер (Louis Ollier, 1825-1900), француски ортопед за време француско-пруског рата 1870. године истакао је велику вредност апсолутног мира у лечењу рана и због тога је ватрено примењивао и бранио технику затвореног гипса при лечењу рана („оклузивна техника”), које се на тај начин заштићују и од инфекције.

У руско-турском рату 1877. године руководилац хируршке службе К.К. Рајер је у предњим линијама повећао број операција користећи се антисепсом и сматрао је као неопходно да треба приступити још у предњим линијама „првом превејању ране”, које се састоји у активној хируршкој интервенцији.

Примена антисептичне методе у ратној хирургији у нашој земљи уведена је први пут у српско-бугарском рату 1885. године и то једним наређењем кога је свима санитетским јединицама упутио тадашњи начелник санитета Врховне команде **др Владан Ђорђевић**.¹⁸ У овом рату, истина пред сам крај, први пут је употребљено као евакуационо средство санитетски воз.

¹⁷ *Др Џозеф Џексон Листер* (Sir Joseph Jackson Lister, 1827-1912), британски хирург, истраживач и родоначелник антисептичне хирургије, рођен је у Есексу. У својим истраживањима применио је Пастерова открића о микроорганизмима, што је допринело његовом сазнању да хируршка запаљења настају уласком и развојем микроорганизма у рану. Ово га је навело да примени карболну киселину за стерлизацију хируршких инструмената, која је смањила постоперативне инфекције. Био је то само почетак револуционарног открића у модерној антисепси и њеној примени у хирургији. Поред многих почаста, изабран је за председника *Енглеског краљевског друштва хирурга* (Royal College of Surgeons of England, RCSE). После 1912. установљен је Меморијални фонд за доделу *Листерове медаље* најуспешнијем хирургу. Племићку титулу добио је 1883.

¹⁸ *Др Владан Ђорђевић* (1844–1930), хирург, санитетски пуковник, политичар, дипломата и реформатор. Дипломирао је медицину 1869. у Бечу, где је обавио и двогодишње усавршавање из хирургије код чувеног бечког професора Теодора Билрота, родоначелника модерне хирургије. Из његове књиге *Прве године лекарске праксе* дознајемо да је оперисао у Београдској варошкој болници и приватно, најчешће сопственим инструментима. Само до краја 1872. обавио је 82 хируршка захвата: операције на оку, на лицу и вилицама, на коштаном-зглобном систему, уролошке операције, из области опште хирургије, акушерске интервенције итд. Службовање: шеф Хируршког одељења Војне болнице у Београду од 1872, деловође санитета у Министарству војном од 1876. У Првом српско-турском рату био је начелник санитета Моравско-тимочког кора, у Другом српско-турском рату - начелник санитетске службе Врховне команде српске војске и у Српско-бугарском рату - начелник санитетске службе Врховне команде. Поставио је темеље појединим научним институцијама: био међу првим оснивачима СЛД (1872), покренуо *Српски архив за целокупно лекарство* (1874), иницирао оснивање Црвеног крста Кнежевине Србије (1876). Дао је велики допринос у Српском војном санитету, на месту председника београдске општине, министра просвете и привреде, председника владе и министра иностраних дела, српског дипломате у Атини и Цариграду, личног лекара краља Милана Обреновића. Проглашен је за дописног члана Српске краљевске академије 1888. и редовног 1892.

Фредерих Есмарх (Frederich Esmarch),¹⁹ који је увео употребу повеске за стезање 1876. године дошао је до закључка да ране од ватреног оружја могу да зарасту асептично ако се не инфицирају споља. Ово схватање изгледа да је утицало и на Бергмана (Bergmann) када је прокламавао начело ране задобијене од ватреног оружја треба да се сматрају „практично стерилне”. После Бергмановог реферата на међународном конгресу 1890. године почела је епоха асепсе у хирургији а то је имало великог утицаја на даљи развој и организацију рада ратне хирургије.

За време руско-јапанског рата 1904-1905. године вршени су већ опити са применом метода антисепсе и асепсе у лечењу рана. Ратна хируршка доктрина, која је у то време владала била је: потпуно одбацити систем лечења рањеника на месту и заменити га системом евакуације пре свега. Оваквом схватању ратно-санитетске службе коју је заступао П.П. Путираловски супростављао се главни хирург Манџурске армије професор Вреден, који је ипак вршио тријажу рањеника по систему (Николаја) **Пирогова**²⁰ обележавајући разне рањенике картонима у боји.

Вреден је сем тога вршио код извесног броја рањеника дебридмане и хируршке интервенције у предњим линијама фронта. Ипак ово гледиште Вредена који је одредио обим хируршког рада у предњим линијама и покушао да уведе организовану евакуацију рањеника у позадину, није се систематски спроводило због јаког заступања доктрине „евакуација пре свега”.

Ратна хируршка доктрина из руско-јапанског рата пренела се и на наше балканске ратове 1912-1913. године. Поучен лошим искуствима из прошлих ратова 1876-1877. и 1885. године, наш војни санитет припремио је добру организацију хируршких кадрова, средства за евакуацију и санитетски материјал, и у рат се ушло са приличном припремом у санитетском погледу. Основа ратне хируршке доктрине, нарочито у почетку рата, почивала је на схватању Есмараха и Бергмана да су ратне ране „практично стерилне” и да у терапији ратних рана због тога треба бити што више конзервативан.

Рањеницима који су изнешени са бојишта стављен је у превијалиштима први завој (Утермеленов) па су се затим преко дивизијских завојишта и пољских болница евакуисали одмах у позадинске болнице ради лечења. У дивизијским завојиштима вршене су интервенције само из виталних индикација. Евакуација рањеника у почетку рата, нарочито после кумановске битке; била је савршена, јер су рањеници после битке која је била 23. октобра 1912. године већ 25. октобра били у Београду. Ипак касније, на беспутним теренима са рђавим транспортним средствима (коњска, волујска кола) и неорганизованом тријажом, коју су каткад вршили болничари, како то у својим искуствима из балканског рата износи поручник швајцарске војске Социн, евакуација је почела да подбацује и рањеници нису на време стизали у одговарајуће позадинске болнице ради лечења. То је утицало на многе хирурге нарочито на фронту да измене своја схватања и да свој начин рада прилагоде новим условима рата.

¹⁹ *Др Фредерих Фридрих фон Есмарх* (Johann Frederich August von Esmarch, 1823-1908), хирург, рођен је у Тенингу у Немачкој. Дипломирао је на Медицинском факултету у Гетингену 1848. Истакао се као ратни хирург у Француско-пруском рату и другим ратовима, био је директор Хируршке клинике у Килу у периоду 1854-1899, редовни професор, аутор многих новина у хирургији, члан берлинске комисије за војне болнице и супервизор хируршког рада. Као успешан ратни хирург у организацији и хируршком збрињавању рањеника постао је један од највећих ауторитета у ратној хирургији тог периода. Поред успешне обуке цивилних и војних хирурга, усавршио је „први завој”, увео примену *Есмархових мараме* у облику троугла, популаризовао методу вештачке хемостазе помоћу еластичне повеске, познате *Есмархових повеске* и једноставну манипулацију отварања дисајног пута у бесвесним стањима болесника. Многе Есмархове иновације се још увек користе у савременој хирургији. Након пензионисања постављен је за државног саветника, а на тој дужности додељена му је титула екселенције. Његова књига *Прва помоћ рањеноме од Есмарха*, у преводу Милана Радовановића, објављена је у Србији 1876.

²⁰ *Др Николај Иванович Пирогов* (1810-1881), хирург, анатом, академик, професор и аутор прве топографске анатомије, родоначелник руске војне хирургије и оснивач руске школе анестезије. Рођен је у Москви, где се школовао и завршио студије медицине на Империјалском московском универзитету. Одбраном дисертације 1833, стекао је звање доктора медицине. Следиле су даље студије и усавршавање хирургије на Институту у Берлину. Године 1840. постављен за професора хирургије на Империјалској војној медицинској академији, а у исто време обавља војну дужност у трогодишњем периоду. Први је употребио анестетик (1847) и испитивао колеру (1848). У трагању за најефективнијом методом у настави, применио је анатомско истраживање на смрзнутим лешевима. Пирогов је ову методу назвао „ледена анатомија”. Тако је рођена нова медицинска дисциплина – топографска анатомија. Након дугогодишње примене ове методе у истраживању анатомије, објавио је први анатомски атлас – *Топографска анатомија људског тела* (Vol. 1-4, 1851-1854). Употреба анестетика при превезивању рана и други доприноси у Кримском рату учинили су да буде проглашен за родоначелника руске војне хирургије. Увео је примену гипса код прелома, развио нову остеопластичну методу при ампултацији ноге (познатом као Пирогова ампултација), први је применио анестезију, али и организовао женску добровољну болничку службу. Његово име носи Руски национални истраживачки медицински универзитет у Москви, Државни медицински факултет у Одеси, Медицински универзитет у Виници и друге престижне установе. *Пирогова златна медаља* је највише одличије за хуманост у Русији.

Иако је оснивач савремене хирургије код нас професор **др Војислав Субботић**²¹ према својим искуствима из балканских ратова инсистирао је да је најбоља хируршка доктрина: коректно стављање првог завоја, што бржа и правилна евакуација, што већа конзервативност у третирању ратних рана увидели да се та доктрина не може у потпуности да одржи.

Тако је доајен наших ратних хирурга, искусан лекар и санитетски тактичар генерал **др Михаило Петровић**,²² већ 1912. године вршио трепанације код повреда главе на фронту у хируршким армијским пољским болницама, а исто је радио и професор **др Леон Коен**.²³ У рату 1913. године др Михаило Петровић иде даље и предлаже да сваку ратну рану треба још у предњим линија дебридирати јер ако се то не учини ствара се у рани ретенција и долази до великог броја компликација. Полаже велику важност код третирања рана на метод антисепсе и асепсе. Овакав став у лечењу ратних рана имали су и **др Јулије Будисављевић**²⁴ и **Флоршиц** (Загреб), **др Миливоје Костић**²⁵ (Сарајево) и **др Едо Шлајмер** (Љубљана),²⁶ који су у саставу мисија Црвеног крста дошли да помогну српским лекарима за време балканских ратова.

²¹ *Др Војислав Субботић* (1859-1923), хирург, професор, универзитета, рођен је у Новом Саду, студије медицине завршио је у Бечу, где је 1881. промовисан у доктора медицине. Хирургију усавршава на бечкој Хируршкој клиници код проф. др Едуарда Алберта, познатог хирурга. Оснивач је првог Хируршког одељења у Београду 1889. Учествовао је у ослободилачким ратовима, поделио голготу повлачења српске војске и санитета у Првом светском рату. Дао је велики допринос у оснивању и развоју српске хирургије, па се сматра за родоначеника српске хирургије и целокупне оперативне медицине. Био је један од оснивача Медицинског факултета у Београду, професор хирургије и продекан факултета. Оснивач је Прве хируршке клинике и њен директор. Одликован је бројним домаћим и страним одличјима, члан Француског, Немачког и Међународног хируршког друштва.

²² *Др Михаило Петровић* (1863-1934), први српски ратни хирург, био је санитетски бригадни генерал, професор универзитета, родоначелник српске ратне хирургије. Медицину је дипломирао у Бечу, а хирургију изучавао код Теодора Билрота, славног бечког професора и др Војислава Субботића, професора и великог српског хирурга. Као хирург у Моравској сталној војној болници у Нишу од 1896. иницира отварање Првог модерног хируршког павилјона (1906), уводи многе хируршке новине, учествује у оснивању Прве пољске хируршке болнице у Драгоманцима, легендарне болнице на Солунском фронту. Одликован је бројним српским и страним одличјима. Др Михаило Петровић био је учитељ великог броја хирурга у Нишу, на Солунском фронту и Београду. Као једини хирург у Нишком округу, примао је све пацијенте јужно од Крагујевца, из Прокупља, Пирота, Врања, Алексинца, пре него што је хирургија основана у тим градовима.

²³ *Др Леон Коен* (1876-1949), хирург, студирао је медицину на Универзитету у Бечу. По дипломирању 1901. у Бечу наставља специјализацију хирургије. У Београду постављен за секундарног лекара на Хируршком одељењу Опште државне болнице у екипи др Војислава Субботића. У Првом балканском рату као хирург завојашта Моравске дивизије I позива заузео је активан став код повреда трбуха, дотада лечених конзервативно, што је била велика новина у ратној хирургији. У Другом балканском рату у Скопљу при Сталној војној болници отвара Хируршко одељење и постаје њен шеф. У Првом светском рату обавља дужност главног хирурга Моравске дивизије I позива, потом службује у више градова у Србији, а на Солунском фронту постављен је за шефа хирурга Болнице престолонаследника Александра у Солуну. У послератном периоду основао је Хируршко-уролошко одељење при Општој државној болници у Београду. После Другог светског рата изабран је за професора Медицинског факултета у Београду. Био је активан члан СЛД и сарадник *Српског архива за целокупно лекарство*. Носилац бројних одликовања и признања.

²⁴ *Др Јулије Будисављевић* (1882-1981) био је српски хирург, професор универзитета и велики хуманиста. Студије медицине завршио је 1907. у Инсбургу, где је остао да ради као асистент Хируршке клинике. У Другом балканском рату из Инсбурга дошао је у помоћ Србији. Као лекар и хирург, руководилац хируршке екипе, збринуо је велики број рањеника у VIII и XXIV београдској резервној војној болници. Мисију др Јулија Будисављевића, великог хуманисте и професора хирургије на Медицинском факултету у Загребу, пратила је супруга Дијана Будисављевић, Аустријанка. Она је током Другог светског рата спасла преко 15.000 деце из усташких логора, што је био херојски подвиг у време великих страдања.

²⁵ *Др Миливоје Костић* (1883-1974), хирург, академик, професор универзитета у Сарајеву и Београду. Рођен је у Сарајеву, медицину дипломирао у Бечу, а хирургију усавршавао у Берлину, Хамбургу и Паризу. Као лекар добровољац учествовао је у ослободилачким ратовима (1912-1918). Након смрти др В. Субботића, 1923. постављен је за редовног професора опште и специјалне хирургије, управника Хируршке клинике у Београду. Посебно се бавио абдоминалном хирургијом, радио је на развоју неурохирургије, тада у развоју, успешно се бавио торокалном и васкуларном хирургијом. Носилац је бројних домаћих и страних одликовања, био члан: Париске академије за хирургију, Берлинског медицинског удружења, Британског хируршког друштва и Међународног хируршког друштва у Бриселу.

²⁶ *Др Едвард Едо Шлајмер* (1864-1935), Словенац, хирург, родоначелник модерне словеначке хирургије, увео је лумбалну и локалну анестезију, рендген апарат, поштовао принципе асепсе и антисепсе, унапредио хируршку службу и операциону салу. На почетку Првог балканског рата, на челу словеначке лекарске екипе, дошао је у помоћ Србији. Заједно са другим словеначким лекарима збрињавао је српске рањенике у Окружној болници у Нишу. Сарађивао је

Први светски рат који је вођен по доктрини „линијске стратегије”, према којој су трупе активних армија распоређиване у једну линију, представља комбинацију брзих маневарских и продужених рововских борби. Санитетски губици у таквом рату били су огромни и према Смирнову износили су 35-45%. У почетку овог рата ратно-хируршка доктрина није још увек одступала од Бергмановог гледишта да је ратна рана „практично стерилна” и да је првим завојем само треба заштитити од спољне инфекције. Због тога рањеници којима је требала хируршка интервенција били су евакуисани по дубини дуж целе линије фронта у позадинске болнице. Интервенције су вршене углавном само код оних рањеника код којих су биле у питању компликације и то са строгом применом метода антисепсе и асепсе при лечењу. Ово гледиште због великог броја компликација и касног стицања рањеника за хируршку помоћ убрзо се показало као погрешно, нарочито онда када се доказало да су ране од ватреног оружја примарно инфициране и када је П. Л. Фредерих (P.L. Frederich) утврдио још и то да благовремена активна хируршка интервенција ножем код ратних рана ствара услове за брзо и успешно зарашћивање. Фредерихова начела иако су публикована још 1898. године у Француској војсци нису била примењена у предњим линијама.

Пред крај рата, како вели Смирнов, француска санитарска служба дошла је до закључка да је прво потребна хируршка обрада ране у првим санитарским етапама, а касније примарни шав у позадинским санитарским установама и то најдужи рок треба да буде 1-4 дана. Као што се види Французи су истовремено примењивали и примарни шав стојећи на гледишту Бергмана да су ратне ране практично стерилне...

У I светском рату српски хирурзи, међу којима се опет истиче фигура др Михаила Петровића, одустали су од принципа апстиненције и хируршки су интервенисали код сваке ратне ране (овакав став по Гојку Николишу имао је и Флоршиц). Др Петровић је сваку ратну рану отварао, дренирао и вадио све оно што може да послужи као основ за инфекцију. Он је још тада уочио основно начело данашње савремене ратне хируршке доктрине да код повреда главе не треба вршити трепанацију ако рањенику није обезбеђено лежање бар 4-5 недеља после операције.

Утврдио је слабу хируршку активност у предњим линијама фронта и због тога је инсистирао да што већи број војних хирурга буде на фронту и да евакуација буде што пажљивија и што бржа. Знао је високо да цени сналажљивост и импровизацију у ратној хирургији, широко и корисно примењивао све врсте импровизација као што су чинили и остали наши хирурзи **др Никола Крстић**,²⁷ **др Ђорђе Нешић**,²⁸ **др Јордан Стајић**,²⁹ **др Чедомир Чеда Ђурђевић**³⁰ и други.

са српским хирурзима, учествовао на Првом српском састанку лекара и природњака у Београду (1904), писао за *Српски архив за целокупно лекарство*.

²⁷ Др Никола Крстић (1878-1947), лекар, пионер ортопедије на нашим просторима, дипломирао је 1903. на Медицинском факултету у Бечу. Специјализацију из ортопедије обавио је на клиници проф. Хофа у Берлину, а рендгенску технику код др Десанера у Паризу. По повратку у домовину, оснивач и руководилац Рендгенолошко-ортопедског одељења у Општој државној болници у Београду. Основао је, такође, први приватни рендгенолошки кабинет у Србији. Учесник је ослободилачких ратова 1912-1918. По ослобођењу, оснива прво Хируршко-ортопедско одељење у Опште државној болници у Београду, којим је руководио до 1942.

²⁸ Др Ђорђе П. Нешић (1873-1969), офталмолог, професор универзитета и академик, студије медицине, потом и физике завршио је у Москви. Следила је специјализација очних болести у Москви 1896-97. По повратку у Београд отворио је војну очну амбуланту 1897, па се ова година рачуна као почетак формирања војне офталмолошке службе. Године 1901. оснива и руководи Очним одељењем при Општој државној болници. У првом светском рату на Солунском фронту био је суоснивач и управник легендарне Прве полске хируршке болнице у Драгоманцима. Био је оснивач „Београдске офталмолошке школе”, познате и признате у Европи. Стручно је описао радиографску дијагностику страног тела у оку и очној дупљи и увео хируршку технику за њено уклањање. Институт за очне болести Медицинског факултета у Београду носи име проф. др Ђорђа П. Нешића. Носилац је бројних одликовања, члан САНУ од 1947.

²⁹ Др Јордан Стајић (1868-1949), хирург, санитарски генерал, дипломирао је медицину 1896. у Бечу. Као војни стипендиста обавио је специјализацију из хирургије на бечкој клиници код чувеног проф. Гусенбауера. По завршеној специјализацији постављен за шефа Хируршког одељења Сталне волне болнице у Ваљево. У току Првог светског рата, у саставу Ваљевске болнице, упркос епидемији тифуса, наставио је да врши хируршке интервенције. На Солунском фронту именован је за шефа Хируршког одељења, потом и управника Српске војне болнице у Солуну. По ослобођењу поново на дужности шефа Хируршког одељења Војне болнице у Ваљево, потом начелника санитета Треће армијске области у Скопљу и на крају начелника Санитарског одељења Министарства војног. Учесник је Првог конгреса српских лекара и природњака 1904. и Првог југословенског састанка за оперативну медицину 1911. Један од оснивача часописа *Војносанитарски гласник*, 1928. унапређен у чин санитарског генерала.

³⁰ Др Чедомир Чеда Ђурђевић (1866-1940), хирург, санитарски генерал, професор универзитета. Дипломирао је медицину у Бечу. Специјализацију из хирургије обавио је у Бечу код проф. Гусенбауера (1897-1899). Оснивач је првог

Схватио је велику улогу коју ће одиграти трансфузија крви у једном будућем рату и још онда предлагао темељну организацију даваоца. Прву трансфузију у I светском рату извршио је од наших лекара др Никола Крстић.

Пред крај I светског рата уследило је још једно ново хируршко искуство; наиме, американски хирург Винет Ор (Winett Orr) утврдио је да су војници који су у затвореном гипсу транспортовани у Америку, били у бољој кондицији од оних који су лечили дотадашњим познатим методама. На основу овога запажања Винет Ор (Winett Orr) је после рата изградио своју технику затвореног гипса за лечење хроничног остеомиелитиса, а коју је касније препоручивао и за лечење компликованих фрактура у ранијем стадијуму. Првобитну технику Ора (Orr) модифицирао је у шпанском грађанском рату 1936. године Ј. Трует (J. Trueta) и применио је са успехом у лечењу ратних рана, нарочито свежих компликованих фрактура...

Санитетска служба у француској армији за време рата 1939-1940. године остала је скоро на истим принципима као и у 1918. години, тј. тежиште указивања помоћи рањеницима била је брза евакуација а активна хируршка обрада рана обављала се тек на 35-45 километара од предњих линија фронта...

У нашем народно-ослободилачком рату према подацима генерала **др Гојка Николиша**³¹, руководиоца санитетске службе у нашој војсци, ми смо већ почетком 1942. године формирали прве мобилне хируршке екипе ради указивања стручне хируршке помоћи рањеницима у предњим линијама фронта. Те исте године уведене су и рањеничке карте као увод у документацију и припрема за правилну тријажу рањеника и за увођење јединствених метода у лечењу ратних повреда. У Босанском Петровцу који је у то време представљао центар комуникација ослобођене територије створено је и пријемно-тријажно и операционо одељење у коме су се вршиле хируршке интервенције а потом рањеници упућивани у околне конспиративне болнице ради лечења.

На конгресу партизанских лекара септембра 1942. године између осталог одбачен је и примарни шав као несавремена метода у хируршком лечењу ратних рана.

У Србији на терену партизанских одреда Толица – Јабланица, за време велике четничке офанзиве (офанзиве Кесеровића) против наше Народно-ослободилачке војске, док се одлучујућа борба водила на положајима Бели Камен - Ђуровац – Статовац, ми смо имали централну хируршку амбуланту у селу Доњи Гусинци удаљену од линије фронта отприлике 7-10 километара у којој смо рањеницима из борбе указивали стручну хируршку помоћ вршећи исцрпно све потребне хируршке интервенције. Одатле су рањеници после распоређивања у оближње конспиративне болнице ради лечења.

Ради што бољег пружања прве помоћи рањеницима непосредно после рањавања још септембра месеца 1941. године израдио сам писмено упутство о свима поступцима за пружање прве помоћи после рањавања било од стране одређених болничара у јединици или пак, што је био чешћи случај, од стране другова-бораца или и самог рањеног борца (узајамна помоћ и самопомоћ), за све партизанске јединице на територији Топлице и Јабланице.

У истом временском периоду припремио сам у Прокупачкој болници изван број лица (међу њима и три студента медицине) за пружање прве помоћи после рањавања као и за сву потребну негу рањеника и болесника у одреду. После примања прве помоћи рањени борци збрињавањима су хируршки било на тај начин што су илегално пребацивани у Прокупачку болницу, било на тај начин што смо лично одлазио на терен и пружао одговарајућу хируршку помоћ.

Хируршког одељења Војне болнице у Зајечару (1899). Поред дужности хирурга именован је за референта санитета Тимочке дивизијске области. У балканским ратовима био је начелник санитета Прве армије, шеф Хируршког одсека Војне болнице у Београду. У Првом светском рату шеф Хируршког одељења Друге резервне војне болнице у Крагујевцу, истовремено председник Комисије за сузбијање епидемије три тифуса при Врховној команди. На Солунском фронту обавља дужност шефа Хируршког одељења при Болници шкотских жена у Острову, потом шефа Хируршког одељења Српске војне болнице у Солуну. По ослобођењу, управник Главне војне болнице у Београду, а од 1922. ванредни професор Ратне хирургије на Медицинском факултету у Београду. У чин санитетског генерала унапређен је 1928. и постављен за начелника санитета Треће армијске области у Скопљу.

³¹ Др Гојко Николиш (1911-1995), лекар, професор ВМА, генерал пуковник, академик. Рођен је у месту Сјеничаку, код Карловца, тада Аустроугарска, данас Хрватска. Медицину је дипломирао 1936. у Београду. Године 1937. био је учесник Шпанског грађанског рата. По повлачењу из Шпаније провео је 19 месеци у концентрационом логору у Француској. Учесник Другог светског рата од 1941. у својству лекара Краљевачког партизанског одреда, потом постављен за референта санитета Врховног штаба НОБ-а, начелник Санитетске управе МНО. Објавио је преко 100 радова, највећим делом из области ратне хирургије и организације санитетске службе. Члан је угледних домаћих и страних научних удружења: Медицинске академије СЛД, Удружења књижевника Србије, САНУ. Носилац је великог броја домаћих одликовања: Партизанске споменице 1941, Ордена народног хероја, Ордена заслуге за народ са златним венцем. Одликовања и признања примио је од стране Шпаније, СССР, Пољске, Бугарске и других.

Најдужи рок у коме је рањеницима пружана хируршка помоћ било једним или другим поступком изузетно је прелазило временске границе од 24-48 часова после рањавања. Овај начин пружања хируршке помоћи рањеницима на територији партизанских одреда Топлице и Јабланице трајао је све до краја 1941. године Почетком 1942. године у тешким борбама, које су вођене на територији Топлице, хируршку помоћ рањеницима пружао сам већ у току првих часова после рањавања пошто сам се у то време налазио на терену заједно са борбеним јединицама.

Касније у току 1942. године када је ситуација на терену партизанских јединица Топлице и Јабланице била веома тешка хируршко збрињавање рањеника вршено је тајно по забаченим кућама разних планинских села или у нарочитим скривницама. Наравно да је обим хируршке помоћи под овим условима био веома ограничен и свођен на најнужније мере. Почетком 1943. год. када је бројност и борбеност партизанских јединица понова распламсала и узела широке размере великих борбених операција, приступило се темељној организацији целокупне санитетске службе (хируршке и хигијенско-епидемиолошке) у свим јединицама.

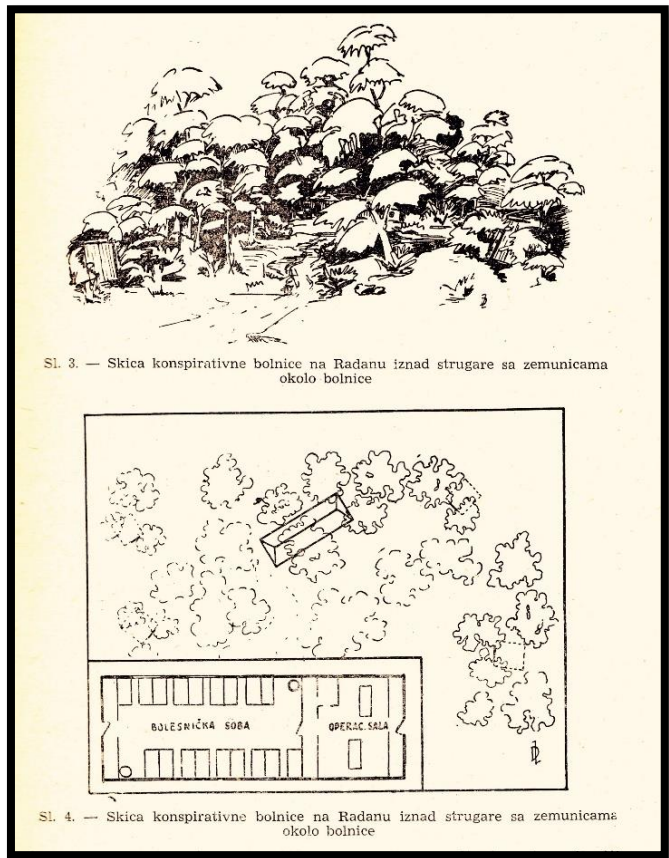
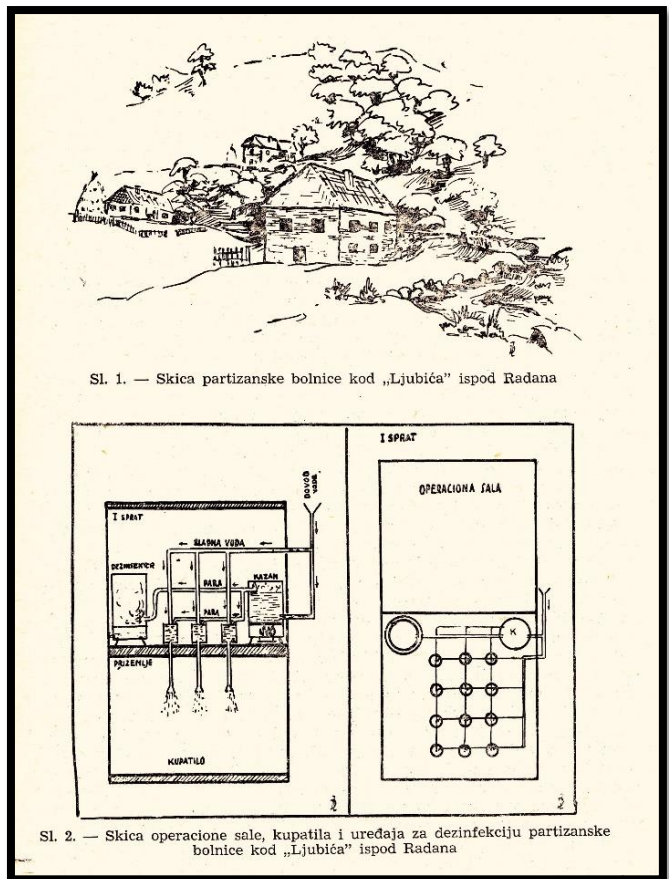
Ова организација била је обухваћена у опширном писаном упутству које сам изградио у току друге половине 1943. год. (село Добра Вода испод планине Радан) под називом „Организација санитетске службе у партизанском рату”. У овом упутству, поред врсте и броја санитетског особља за сваку јединицу (почев од вода до бригаде) описане су биле и све дужности и поступци за вршење разних облика санитетске службе (нарочито хируршке и епидемиолошке) и то почев од диверзантских група па закључно са бригадом. Вршење санитетске службе обухваћено је у затишју (биваци и логори) на маршу и у борби. Наведено упутство проширено је касније и унешена је организација санитетске службе и за јединице диверзантског састава.



Др Војислав К. Стојановић, ратни хирург у Топлици и Јабланице

У овом развојном периоду рањеници су хируршки збрињавани већ у току првих часова после рањавања пошто су претходно примили прву или прву лекарску помоћ (у неким већим јединицама: батаљон, бригада било је већ и лекара). Пружање квалификоване хируршке помоћи зависило је од борбене ситуације: или је помоћ пружана у непосредној близини борбеног простора на импровизованом месту за оперативни рад (кућа или отворен простор) или се рањеник евакуише до болничких база (јавних или скривених) на слободној територији, ако евакуација не захтева дуги временски период, па се у овима пружа одговарајућа квалифицирана хируршка помоћ.

Овај комбиновани систем пружања квалифициране хируршке помоћи тј. путем теренских хируршких екипа у непосредној близини борбене просторије или у санитетским установама после краће евакуације, спроводио се на територији Топлице и Јабланице а касније и на територији читаве југоисточне Србије, када се партизански начин ратовања претворио у опсежне борбене операције регуларног начина ратовања на окупираној територији. Јасно је да је опсег хируршке помоћи, коју су пружале хируршке екипе на терену био ограничен првенствено на интервенције из виталних индикација, а све остало допунско лечење спроводило се у специјално организованим болницама (јавне, тајне) слободне територије.



Др Војислав К. Стојановић, *Ратна хирургија*, (Београд, 1964, стр. 13-15)

Узгред треба напоменути да је спровођење одређених хигијенско-епидемиолошких мера било тако строго да смо за читав период партизанског ратовања имали само једну ограничену епидемију трбушног тифуса (село Коњувци-Пуста Река) коју смо већ у самом почетку енергично угушили (поред осталог спроведена је и вакцинација необолелих лица уз потпуну изолазију оболелих).

Још до краја 1943. године лаки рањеници, којих је било доста, издвајани су засебно и по посебном поступку лечени у централну Јабланичку болницу за тешке рањеника. Као што се види код нас су још у току народно-ослободилачког рата постављена неповезана начела етапног лечења рањеника, тријаже и евакуације по назначењу и јединствене хируршке доктрине у лечењу рањеника.

Са оснивањем Југословенске армије ова начела ратне хируршке доктрине разрађена и допуњена добила су своју дефинитивну организациону форму тако да су у офанзивама пред крај 1944. године и почетком 1945. године спроведена као организовани систем наше ратно-санитетске хируршке службе...

Из свега што смо изложили види се да хируршка искуства из једног рата нису никад довољна да у потпуности обезбеде правилан рад и потпун успех ратне хирургије за један будући рат, аналогно томе као што ратна искуства уопште из једног рата не могу да послуже као апсолутни индикатор за организацију и вођење једног новог рата. Све доктрине у рату подлежу општем закону па и ратно-хируршка доктрина. Отуда је важно за сваку земљу па и за нашу да ратна хирургија не буде предмет студија и изучавања само у току рата већ исто тако и у миру.

Ратна хирургија је органски повезана са клиничком хирургијом и сва открића и новине у клиничкој хирургији су проучени и повезани са ратном хирургијом представљају допринос и за клиничку и за ратну хирургију посебно.

Наши нови кадрови проучавајући за време мира ратну хирургију улазе пре свега у шире и дубље познавање клиничке хирургије, затим се наоружани и посебним знањем из ратне хирургије моћи у потпуности да одговоре своје задатку у рату а то је, да брзо и на време укажу потребну помоћ маси рањеника, да смање проценат инвалидитета и смртности бораца и обезбеде што већи проценат оспособљених и здравих војника на фронту."

В. Стојановић, *Ратна хирургија*, Научна књига, Београд, 1964, стр. 1-17.

Прилог и фусноте приредила Славица Поповић Филиповић

UDK: 616.65-006.6-076

DIGITAL RECTAL PROSTATE BIOPSY WITHOUT ULTRASOUND GUIDANCE: A COMPREHENSIVE SINGLE CENTER EXPERIENCE WITH 176 PATIENTS OVER FIVE YEARS

Srbobran Branković¹, Bratislav Vasiljević²

¹Opšta bolnica, Odeljenje urologije, Aleksinac, Srbija

²Zdravstveni centar, Odeljenje urologije, Prokuplje, Srbija

The diagnosis of prostate cancer predominantly necessitates thorough histopathological examinations, typically conducted via patient biopsies. Among the various biopsy techniques available, the digital rectal biopsy (DRB) performed without ultrasound guidance remains underutilized in clinical practice when juxtaposed with the widely adopted transrectal ultrasound-guided biopsy (TRUS).

This study meticulously presents a concise yet comprehensive single-center experience involving DRB procedures applied to 176 patients across a span of five years. The incidence and grading of prostate adenocarcinoma remain critical in determining the therapeutic approach and prognosis for patients with prostate cancer. This study presents an analysis of prostate biopsy results from a cohort of 176 patients.

In our cohort indicate a significant prevalence of high-grade adenocarcinoma, with 82 patients diagnosed with grade III, 30 with grade II, and 7 with grade I. Additionally, benign prostatic hyperplasia (BPH) was observed in 50 patients, and atypical/microfocus adenocarcinoma was found in 6 patients. This distribution underscores the importance of tailored diagnostic strategies and potential interventions for various grades of prostate cancer.

The outcomes observed in this cohort include crucial metrics such as diagnostic accuracy, safety profiles, complication rates, and overall patient outcomes. Additionally, the study incorporates statistical analyses that elucidate the methodological effectiveness and relevance of DRB in the contemporary medical landscape.

This approach of DRE biopsy without US guidance stands out as a method that offers practicality, efficiency, and commendable patient satisfaction, particularly within resource-limited healthcare environments.

Key words: prostate cancer, prostate, pathohistology, adenocarcinoma

DIGITOREKTALNA BIOPSIJA PROSTATE BEZ ULTRAZVUČNOG NAVOĐENJA: SVEOBUHVAATNO ISKUSTVO JEDNOG CENTRA SA 176 PACIJENATA TOKOM PET GODINA

. Dijagnoza karcinoma prostate uglavnom zahteva temeljna histopatološka ispitivanja, najčešće putem biopsije prostate pacijenata. Među različitim dostupnim tehnikama biopsije, digitalna rektalna biopsija (DRB) izvedena bez ultrazvučnog navođenja danas retko korišćena u kliničkoj praksi kada se poredi sa široko prihvaćenom transrektalnom biopsijom vođenom ultrazvukom (TRUS).

Ova studija predstavlja sažeto, ali sveobuhvatno iskustvo jednog centra koje uključuje procedure DRB primenjene na 176 pacijenata u periodu od pet godina. Incidencija i gradus adenokarcinoma predstavljaju izazov, determinišu terapijski pristup i prognozu za pacijente sa karcinomom prostate. Ova studija predstavlja analizu rezultata biopsije prostate u kohorti od 176 pacijenata.

Rezultati u našoj kohorti ukazuju na značajnu prevalenciju adenokarcinoma visokog gradusa, sa 82 pacijenta sa dijagnozom III stepena, 30 sa gradusom II i 7 sa gradusom I. Pored toga, benigna hiperplazija prostate (BPH) je primećena kod 50 pacijenata dok je atipična hiperplazija/ mikrofokusni

adenokarcinom pronađen kod 6 pacijenata. Ova distribucija naglašava važnost prilagođenih dijagnostičkih strategija i potencijalnih intervencija za različite graduse karcinoma prostate.

Rezultati uočeni u ovoj kohorti uključuju metrike kao što su dijagnostička tačnost, bezbednosni profili, stope komplikacija i patohistološke rezultate biosiranih pacijenata. Pored toga, studija uključuje statističke analize koje razjašnjavaju metodološku efikasnost i relevantnost DRB-a u savremenom medicinskom postupku.

DRE biopsija prostate bez vodstva ultrazvukom ističe se kao metod koji nudi praktičnost, efikasnost i pozitivno je ocenjena u smislu komfora pacijenata, posebno u zdravstvenim okruženjima sa ograničenim resursima gde trenutno ili još uvek nema tehničkih mogućnosti za ciljane, fuzione i kognitivne biopsije prostate.

Ključne reči: karcinom prostate, prostata, patohistologija, adenokarcinom

Introduction

Prostate cancer ranks as one of the foremost causes of cancer-related deaths among men globally, making accurate and timely diagnosis absolutely vital (1). The diagnostic framework fundamentally involves the procurement of tissue samples through various biopsy methodologies. Although TRUS-guided biopsy is heralded as the gold standard within this realm, the alternative of performing digital rectal biopsy without the assistance of ultrasound guidance presents itself as a simpler, more accessible option (2). This is particularly salient in resource-constrained environments where advanced diagnostic imaging technologies may not be readily available (3). This study is designed to rigorously evaluate the efficiency and safety profile of DRB, hinging on data culled from a single-center experience (4).

Material and methods

A retrospective analysis was conducted on prostate biopsy results from 176 patients who presented with clinical indications of prostate abnormalities. Biopsy samples were histologically examined and graded according to the Gleason scoring system. The patients were categorized based on the highest grade of adenocarcinoma identified:

- High-grade adenocarcinoma grade III
- High-grade adenocarcinoma grade II

- High-grade adenocarcinoma grade I

In addition, instances of benign prostatic hyperplasia (BPH) and atypical/microfocus adenocarcinoma were recorded and analyzed.

Patient Selection

From January 2018 to December 2022, a cohort of 176 patients suspected of harboring prostate cancer underwent the digital rectal biopsy technique without the support of ultrasound guidance. The criteria for patient selection hinged predominantly on clinical suspicions detected during the digital rectal examination (DRE), elevated levels of prostate-specific antigen (PSA), or abnormal findings noted during imaging procedures (4, 5).

Procedure: The digital rectal biopsy was executed following a detailed and standardized procedural protocol:

1. Patient Preparation > Comprehensive pre-procedural counseling was conducted, alongside the administration of prophylactic antibiotics to mitigate infection risks.
2. Examination: A thorough and meticulous digital rectal examination was executed with the intent of identifying any firm, nodular, or asymmetric areas within the prostate gland.
3. Biopsy Taking: Biopsy tissues were judiciously extracted from the suspicious areas identified through the DRE using a spring-loaded biopsy needle designed for efficiency and precision.

- Post-procedure Care: Following the biopsy, patients were closely monitored for any immediate complications, with a structured follow-up mechanism in place to assess any delayed adverse events that may arise over time.

Statistical Considerations

A comprehensive data collection process was deployed, focusing on key variables such as diagnostic yield, complication incidence, and overall patient satisfaction ratings. Statistical analyses were conducted to derive metrics including sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV). Furthermore, complication rates were systematically analyzed utilizing proportion tests, and the patient satisfaction levels were appraised through a structured Likert scale survey.

Results

Patient Demographics Among the 176 patients analyzed, the mean age recorded was 63.4 years (with an age range spanning 45 to 82 years) (Figure 1), in conjunction with a median PSA level of 9.2 ng/mL (IQR 7.0-14.5).

Diagnostic Accuracy in our cohort (Figure 2):

- Sensitivity: 62% (109 out of 176 patients)
- Specificity: 88% (154 out of 176 patients)
- PPV: 78%
- NPV: 75%

The data indicates a reasonable diagnostic performance, notably for palpable nodules identified during the digital rectal examination (Figure 3).

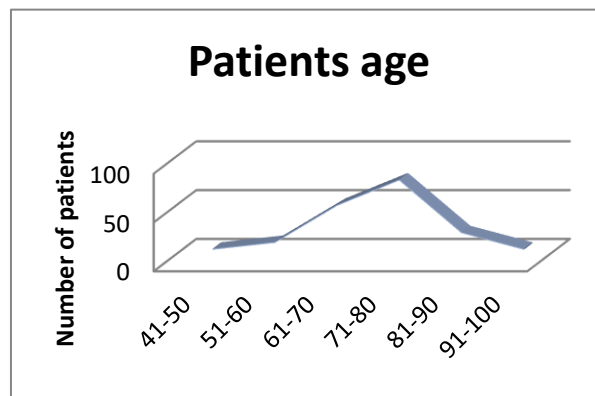


Figure 1. Patient age distribution

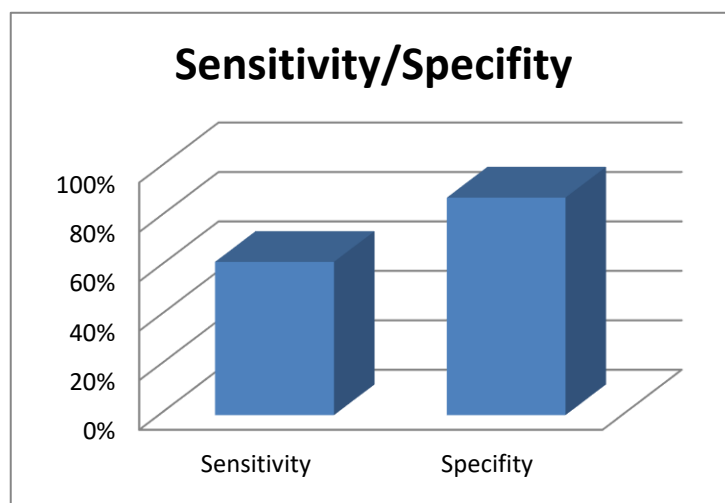


Figure 2. Sensitivity and Sspecificity

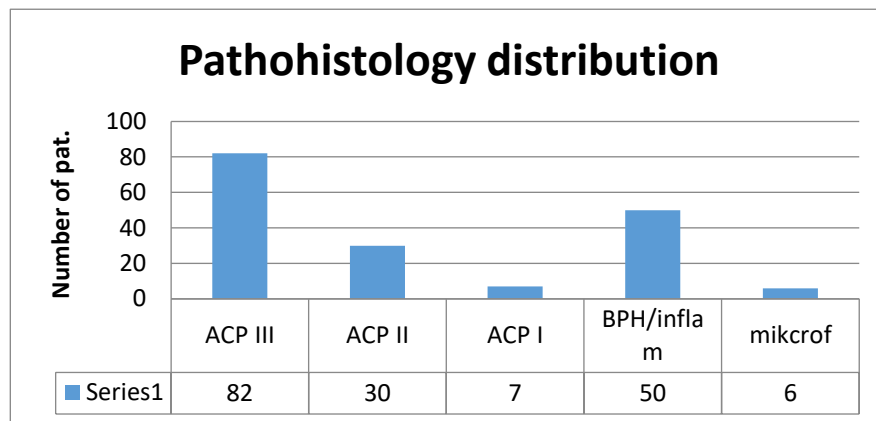


Figure 3. Pathohistology of prostate biopsies

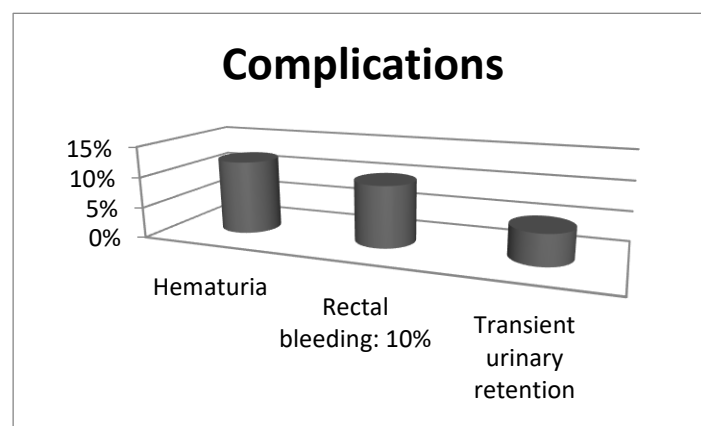


Figure 4. Complications after DRE biopsy

Complications

All of the complications were minor complications without severe infection or sepsis occurred in our cohort (Figure 4).

Minor complications observed included:

- Hematuria: 12% (21 out of 176 patients)
- Rectal bleeding: 10% (18 out of 176 patients)
- Transient urinary retention: 5% (9 out of 176 patients).

Importantly, no major complications were reported within the cohort. The overall complication rate was calculated to be 27% (48 out of 176 patients), aligning closely with findings documented in other biopsy methodologies.

Patient Outcomes

- Satisfaction: The average patient satisfaction scores registered an impressive 4.1 out of a maximum of 5 on the Likert scale, reflecting an overall positive patient experience throughout the biopsy process.

-Repeat Biopsies: A total of 24 patients (14%) necessitated a repeat biopsy due to inconclusive initial results, highlighting the importance of continued surveillance in clinical practice.

Discussion

The findings of this study propose that DRB serves as an effective initial diagnostic modality, especially in healthcare settings where access to advanced imaging techniques is limited. By providing a minimally invasive option that demonstrates acceptable diagnostic accuracy and high levels of patient satisfaction, DRB emerges as a valuable tool in the context of prostate cancer screening and diagnosis.

The data of our cohort reveal that nearly half (46.6%) of the cohort has high-grade adenocarcinoma grade III, highlighting a significant need for aggressive treatment strategies for these patients. The occurrence of grade II and grade I adenocarcinoma further supports the necessity for differentiated treatment plans based

on tumor grading. The substantial presence of BPH in 28.4% of the patients emphasizes the importance of distinguishing benign conditions from malignant ones in prostate diagnostics. The identification of atypical/microfocus adenocarcinoma in 3.4% of patients may represent early-stage disease or borderline cases requiring close monitoring and possibly early intervention.

In a comparative analysis with TRUS-guided biopsies, DRB without ultrasound assistance exhibits lower sensitivity while upholding commendable specificity. This methodology proves particularly effective in identifying significant malignancies among patients presenting with palpable abnormalities discerned during the DRE. The relative simplicity involved in the DRB procedure, coupled with a diminished requirement for specialized equipment, further emphasizes its advantages in specific clinical contexts.

Further research endeavors should aim to investigate the potential for integrating DRB with advancements in imaging technologies, such as MRI fusion techniques, in order to augment diagnostic accuracy. Conducting multicenter trials could yield broader insights, enhancing the generalizability of the findings and the applicability of DRB in diverse clinical scenarios.

Conclusion

The extensive single-center analysis encompassing 176 patients over a five-year duration underscores the practical viability of the digital rectal biopsy without ultrasound guidance as an effective diagnostic instrument for prostate cancer. Our study underscores the critical variability in prostate adenocarcinoma grades within a clinical cohort of 176 patients. High-grade adenocarcinoma, particularly grade III, presents a considerable diagnostic and therapeutic challenge. Effective management of prostate cancer requires precise histopathological evaluation and tailored treatment strategies.

Further research and longitudinal studies are needed to investigate outcomes based on specific adenocarcinoma grades and to optimize therapeutic approaches.

This approach of DRE biopsy without US guidance stands out as a method that offers practicality, efficiency, and commendable patient satisfaction, particularly within resource-limited healthcare environments. Given its comparatively lower sensitivity relative to TRUS-guided biopsies, clinicians are encouraged to carefully weigh individual patient factors when determining the most suitable biopsy methodology.

References

1. Banerjee SS, Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2021). Cancer statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(1), 7-33.
 2. Hodge, K. K., McNeal, J. E., Terris, M. K., & Stamey, T. A. (1989). Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *The Journal of Urology*, 142(1), 71-4.
 3. Eskicorapci, S. Y., Baydar, D. E., Akbal, C., Sofikerim, M., Kilicaslan, I., & Ozen, H. (2004). An extended 10-core transrectal ultrasonography guided prostate biopsy protocol improves the detection of prostate cancer. *European Urology*, 45(4), 444-8.
 4. Obiora, N., Sidana, A., & Sugano, D. (2018). A multicenter study assessing the safety and efficacy of digital rectal examination-guided prostate biopsy in resource-limited settings. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 21(4), 456-62.
 5. Epstein, J. I., Egevad, L., Amin, M. B., Delahunt, B., Srigley, J. R., & Humphrey, P. A. (2016). The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. *American Journal of Surgical Pathology*, 40(2), 244-252.
- McNeal, J. E. (1988). Normal and pathologic anatomy of prostate cancer. *Urology*, 31(5), 7-16.

UDK: 616"20"

KLINIČKI ASPEKTI NEKIH SINDROMA SAVREMENG DOBA

Strahinja Babić¹, Katarina Babić², Nataša Veljković³, Nevena Babić⁴, Aleksandar Jevremović⁴, Gordana Stanković Babić^{4,5}, Rade R. Babić^{4,6}

¹Ergosana, Beograd, Srbija

²Foot clinic ms, Beograd, Srbija

³Ambulanta Bubanj, Dom zdravlja, Niš, Srbija

⁴Univerzitetski Klinički centar Niš, Srbija

⁵Medicinski fakultet u Nišu, Srbija

⁶Fakultet zdravstvene zaštite u Nišu, Srbija

Sindrom obrazuju najmanje tri međusobno povezana simptoma, koji se uvek javljaju zajedno, obrazujući klinički trijas simptoma, mada ih može biti i više. Sa civilizacijskom evolucijom čoveka javili su se novi sidromi. Novi običaji, navike, stavovi i verovanja savremenog i modernog čoveka uticali su na njegovo zdravlje i doveli do javljanja novih sindroma, u čijem nastanku od presudnog značaja svakako imaju i faktori narušene životne sredine u kojoj čovek živi. Rad ima za cilj da prikaže sindrome novijeg datuma, a bazira na znanju, višegodišnjem radnom iskustvu, našim radovima saopštenim u relevantnim domaćim i stranim časopisima i domaća i međunarodna literalna saopštenja. U radu su prikazani: sindrom bolesnih zgrada, sindrom suvog oka i sindrom ženske sportske trijade. Autori zaključuju da primarne uzroke u nastanku sindroma novog doba ne treba tražiti u civilizacijskoj evoluciji čoveka, već ih treba tražiti u načinu života savremenog i modernog čoveka.

Ključne reči: sindrom, sindrom bolesne zgrade, sindrom suvog oka, sindrom ženske sportske trijade

CLINICAL ASPECTS OF SOME MODERN AGE SYNDROMES

The syndrome is formed by at least three interrelated symptoms, which always occur together, forming a clinical triad of symptoms, although there may be more. With the evolutionary civilization of man, new anchors appeared. New customs, habits, attitudes and beliefs of modern man have positively or negatively affected his health and led to the appearance of new syndromes, in the development of which the factors of the disturbed environment in which man lives are certainly crucial. The paper aims to present newer syndromes, and is based on knowledge, many years of work experience, our works published in relevant domestic and foreign journals and domestic and international literal communications. The paper presents: sick building syndrome, dry eye syndrome and female sports triad syndrome. The authors conclude that the primary causes of the syndrome of the new age should not be sought in the evolutionary evolution of man, but should be sought in the way of life of modern man.

Key words: syndrome, sick building syndrome, dry eye syndrome, female sports tiara syndrome

Uvod

U kliničkoj medicini pod sindromom (lartinski: syndroma) podrazumevamo skup međusobno povezanih simptoma koji čine jednu koherentnu nozološku celinu. Sindrom obrazuju najmanje tri međusobno povezana simptoma, koji se uvek javljaju zajedno, obrazujući "trijas simptoma", mada ih u nazivu sindroma može biti i više.

Neka oboljenja su u svom nazivu zadržali termin sindrom, jer je njihov naziv dugi niz godina bio prisutan i bio u primeni, kao što je npr. Parkinsonov sindrom, odnosno Parkinsonova bolest (1, 2).

Sa napredkom civilizacije i evolucijom čovečanstva u savremenoj kliničkoj medicini opisani su novi sindromi, čiji su uzroci nastanka u većini slučajeva nepoznati. Smatra se da u njihovom nastanku primarni uzrok nije civilizacijska evolucija čovečanstva, već način života savremenog i modernog čoveka (ishrana, nedovoljna fizička aktivnost, duvan, alkohol, droga i drugo) koji se ogleda u novim običajima, navikama i stavovima, gde od presudnog značaja imaju faktori narušene životne sredine u kojoj čovek živi, koji kao takvi negativno utiču na zdravlje i uzrokuju nastanak novih sindroma.

Naš rad

Rad ima za cilj da prikaže neke od sindroma savremenog doba sa kojima smo se mi u našem svakodnevnom radu sretali, dok rad bazira na znanju, višegodišnjem radnom iskustvu, našim radovima saopštenim u relevantnim domaćim i stranim časopisima i literalna saopštenja.

U radu su prikazani: sindrom bolesnih zgrada, sindrom suvog oka i sindrom ženske sportske trijade.

Sindrom bolesnih zgrada

Sindrom bolesnih zgrada (engleski: sick building syndrome, SBS) predstavlja jedan od varijeteta bolesti savremeng i modernog čoveka koji se javlja usled lošeg i neadekvatnog grejanja, ventilacije, osveljenja, zvučne, toplotne i hidro izolacije i drugih loših mikroklimatskih uslova zgrade. Simptomi koji se javljaju kod ljudi koji borave u lošim mikroklimatskim uslovima zgrade su u direktnoj vezi sa provedenim vremenom u "bolesnoj zgradi" (3-7).

Svetska zdravstvena organizacija je 1986. godine sindrom bolesnih zgrada definisala kao "skup bolesti izazvanih ili stimulisanih zagađenim vazduhom u zatvorenom prostoru".

Sindrom bolesnih zgrada ne treba poistovetiti sa bolešću prouzrokovane zgradom

(engleski: building related illness, BRI) koja se javlja u toku ili nakon boravka u zgradi sa zagađenim vazduhom, gde se zna uzrok bolesti i gde se po napuštanju zgrade simptomi brzo povuku.

Uzročnici sindroma bolesnih zgrada su: fizički (osvetljenje, buka, zračenje i dr), hemijski (foraldehid i druga hemijska jedinjenja koja isparavaju iz itisona, tepiha, nameštaja, zidova i dr) i biološki (gljivice, buđ, virusi i drugi mikroorganizmi koji bujaju u filterima klima uređaja i dr). Uzročnici sindroma bolesnih zgrada deluju pojedinačno, a najčešće združeno.

Pravi uzročnik sindroma bolesnih zgrada i nakon detaljnog ispitivanja može ostati nepoznat (3-7).

Moguće je da u nastanku sindroma bolesnih zgrada utiču i geopatogene zone koje u vidu štetnog zračenja deluju ne samo na ljude nego i na biljni i životinjski svet (7).

Smatra se da zgrada u kojoj se higijena vazduha održava centralnim ventilacionim sistemom, može biti mesto sa kojeg se lako prenose različite bolesti, od kojih su zabeležene i one sa mogućim smrtnim ishodom, kao što su legionarska bolest i infekcije izazvane koksaki virusom i dr.

Jedini garant da će sindrom bolesnih zgrada biti izbegnut jeste takav dizajn zgrade koji pruža udoban konfor i zdravlje stanarima, a kreće se od sistema za zidanje do ugradnje unutrašnjih obloga i postavljanja adekvatnog nameštaja.

U savremenom i modernom svetu trend je da se grade "pametne zgrade" sa centralnim ventilacionim sistemom, kao što su hoteli, bolnice, banke, sportske sale, škole i druge zgrade, u kojima se ugrađuju programirani ventilacioni sistemi koji ubacuju filtriran vazduh u radni i životni prostor, koji pa i tada ne pružaju dovoljnu i sigurnu zdravstvenu zaštitu.

U fabrikama štetne činioce sindroma bolesnih zgrada ne treba zameniti sa štetnim faktorima koji dovode do profesionalnih oboljenja poput pneumokonioze, pneumonefeloze i pneumoatmoze.

Sindrom bolesnih zgrada kod ljudi manifestuje se: glavoboljom, grebanjem u grlu, sindromom suvog oka, hroničnim konjuktivitisom, otežanim disanjem, kihanjem, šmrkanjem, sinusitisom, padom koncentracije, malaksalošću, svrabom kože, dermatitisom, umorom, bolovima u mišićima i dr. Glavobolja je jedan od najčešćih simptoma kod sindroma bolesnih zgrada. Pojava i intezitet simptoma sindroma bolesne zgrade je dirktno povezan sa dužinom vremena provedenog u "bolesnoj zgradi", tokom kojeg se intezitet sindroma bolesne zgrade pojačava sa produženim vremenom boravka u "bolesnoj zgradi" (3-7).

Pojava zdravstvenih tegoba sindroma bolesnih zgrada češća je kod osoba ženskog pola, srednjeg i nižeg obrazovnog nivoa, kod onih ljudi koje su izložene većem stresu na poslu, kao i kod onih osoba sa narušenim imunim sistemom i dr.

Zgrada se proglašava „bolesnom zgradom“ ako najmanje 20% stanara koji borave u toj zgradi ima neke od simptoma iz sindroma bolesne zgrade.

Najverovatnije da se simptomi sindroma bolesnih zgrada javljaju usled prevelike razlike između spoljašnje temperature i temperature u klimatizovanim prostorima zgrade, koja izaziva reakcije slične onim izazivane stresom. Stres je najverovatnije u ovim slučajevima izazvan temperaturnom razlikom na koju organizam nema vremena da se prilagodi (posebno kod onih osoba sa narušenom funkcijom kardiovaskularnog sistema). Zato se simptomi bolesnih zgrada najčešće javljaju kod ljudi koji borave u klimatizovanim zgradama, sa narušenom i neadekvatnom mikroklimom, koja se javlja kao posledica lošeg funkcionisanja centralne klimatizacije, ali se mogu javiti i usled neadekvatnog prirodnog provetravanja zgrade, koja je zbog energetske uštede projektovana tako da sa spoljašnjim staklenim površinama (koje hermetički zatvaraju unutrašnjost zgrade radi smanjenja toplotnog gubitaka) ne dozvoljavaju ni najmanju mogućnost za prirodnom ventilacijom (3-7).

Smatra se da u svetu trenutno ima preko 1,2 miliona poslovnih zgrada (trgovački centri, bolnice, biblioteke, škole i dr.) koje uzrokuju sindrom bolesne zgrade.

Smatra se da se sindrom bolesne zgrade može sprečiti pravilnim projektovanjem, izgradnjom i održavanjem zgrade, kao i redovnim sistematskim pregledima svih stanara kako bi se na vreme dijagnostikovala pojava ovog sindroma (3-7).

Neka od rešenja ovog problema su:

- pravilan način organizovanja rada, bez ekstremnih naprezanja u pojedinom delu dana;
- negovanje prijatne radne atmosfere, između svih korisnika zgrade;
- da se pored svakodnevnih obaveza nađe vreme da se jedan deo radnog dana provede van kancelarija i stanova, boravkom u prirodi;
- povremeno bavljenje bilo kojim sportom ili povećanjem sportske aktivnosti stanara, odnosno zapošljenih (3-7).

Sindrom suvog oka

Sindroma suvog oka (kseroftalmija) je hronično stanje, koje često pogađa ljude starije životne populacije i one kod kojih se ne stvaraju dovoljno suze ili su pak suze lošeg kvaliteta.

Dijagnozu postavlja i potvrđuje oftalmolog.

Neki od najčešćih uzroka su: starenje (75% stanovništva starijeg od 65 godina pati od sindroma suvog oka), pol (hormonske promene kod žena tokom trudnoće, dojenja, menstruacije ili menopauze često uzrokuju sindrom suvog oka), bolesti (reumatoizni artritis, šećerna bolest, astma, bolesti štitaste žlezde, glaukom, tumori suznih žlezda, urođeni nedostatak istih i dr), lekovi (protiv depresije, povišenog krvnog pritiska, kontraceptivi, antireumatici i dr), kontaktne sočiva (dovode do smanjenog lučenja suza iz očiju što dodatno uzrokuje neprijatnost prilikom njihovog nošenja, zatim dovode do iritacije, upale oka, stvaranja proteinskih naslaga na sočivima i dr), okružnje (dim, fluorescentno svetlo, klimatizovani prostori, centralno grejanje, vetar i dr), rad na računaru (pri dugotrajnom radu na računaru kada zaboravljamo da trepnemo pa se količina suza smanjuje, a oči se sve više suše) i dr.

Najčeći simptomi suvog oka su: suvoća oka, peckanje oka, osećaj žarenja, osećaj peska u oku, grebanje u oku, umor očiju, tegobe pri gledanju i treptanju i dr.

Terapija: u primeni su kapi veštačkih suza. Veštačke suze su gotov medicinski proizvod koji se može kupiti u apotekama bez recepta. Služi kao nadohnada prirodnih suza. Ne postoji nikakvo ograničenje i kontraindikacija za njihovu primenu. Mogu ih koristiti deca i trudnice. Jednostavne su za upotrebu. Upotrebljavaju se prema potrebi. Primena: ukapati 1-2 kapi u svako oko nekoliko puta dnevno ili kada se u očima oseća nelagodnost. Jedna od dobrih osobina veštačkih suza je da ukoliko se istovremeno koriste sa drugim kapima za oči, pojačavaju njihovu resorpciju, dejstvo i produžavaju trajanje njihovog efekta (1, 2, 8-10).

Sindrom ženske sportske trijade

Sindrom ženske sportske trijade čini trijas simptoma - poremećaj u ishrani (ogleda se u energetske deficitu), amenoreja i osteoporoza. Sindrom se sreće kod mladih žena koje se bave sportom, i to kod onih žena koje teže da smanje telesnu težinu jer smatraju i veruju da će tako uticati i doprineti na performans ili da sama priroda sporta teži da koriguje i održi telesnu težinu sportkinje koja je bitna za kompoziciju vitkog tela.

Dovoljno je da se javi jedan, eventualno dva od tri simptoma i da uslede trajne posledice po zdravlje žene.

Smatra se da je u nastanku ovog sindroma okidač neki od sportova: atletika (dugoprugašice), gimnastika, klizanje na ledu, balet, ples i drugi srodni sportovi.

Sindrom ženske sportske trijade može se sresti i kod mladih devoljaka koje se ne bave

sportom, a koje žele da izgledaju poput manekenki, pa pristupaju dugotrajnom mršavljenju kako bi postale tvigi (tanke poput grane) i kako bi se transformisale u replike fotomodela i manekenki, kada je okidač izgladnjivanje ili neki drugi oblik nepravilne i poremećene ishrane.

Sindrom ženske sportske trijade je ozbiljan problem jer kao takav kasnije za života dovodi do poremećaja reproduktivne sposobnosti žene, čestih preloma kostiju skeleta i dr. (11-14).

Sindrom ženske sportske trijade uveo je American College of Sports Medicine 1997. godine kada je kod mladih sportiskinja uočen nastanak lančane reakcije, koji je po nekom nepisanom pravilu uvek započinjao premećajem u ishrani, sa kojim se javljala amenoreja, a potom nadovezivala osteoporoza.

Osnovni problem u sindromu ženske sportske trijade je smanjen unos glavnih nutrijenata, kao što su belančevine, ugljeni hidrati, masti, gvožđe, kalcijum, fosfor, cink, magnezijum, selen i druge hranjive materije neophodne za normalno funkcionisanje metabolizma, u prvom redu genitalnog i kostnozglavnog sistema. Poremećaj metabolizma dovodi najpre do poremećaja menstrualnog ciklusa, koji remeti lučenje polnih hormona, bitnih ne samo za seksualnu i reproduktivnu funkciju žene već i za metabolizam mineralnih materija neophodnih za formiranje kostiju, koji se manifestuje osteoporozom, povećanom krhkošću i lomljivošću (11-14).

Dakle, kao takav sindrom ženske sportske trijade predstavlja ozbiljan problem koji u prevenciji i lečenju zahteva multidisciplinarni pristup i učešće psihologa, nutricioniste, doktora specijaliste sportske medicine i trenera kako bi se postojeći problem rešio. Povećan unos hrane i smanjenje inteziteta i trajanje treninga su primarne mere koje treba preduzeti u rešavanju ovog sindroma. Preporučuju se česti obroci, bogati nutritivnim materijama (šargarepa, maslac ili voće preliveno jogurtom), u manjim količinama uz postepeno povećanje porcije. Od relevantnog značaja je primena suplementa bogati vitaminima i mineralnim materijama, u prvom redu vitamin C, D, kalcijum, fosfor, gvožđe i drugi nutrijenti (11-14).

Zaključak

U radu su prikazani sindromi novijeg datuma: sindrom bolesnih zgrada, sindrom suvog oka i sindrom ženske sportske trijade. Primarne uzroke u njihovom nastanku ne treba tražiti u civilizacijskoj evoluciji čoveka, već ih treba tražiti u načinu života savremenog i modernog čoveka. Od relevantnog značaj za definisanje, prepoznavanje i dijagnostiku novih sindroma je znanje i višedecenijsko iskustvo u struci.

Literatura

1. Babić S, Veljković N, Marjanović A, Babić N, Stanković-Babić G, Babić R: Klinički aspekti nekih sindroma. *APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM* 2020; 18 (1): 25-9.
2. Babić S, Veljković N, Marjanović A, Babić N, Stanković Babić G, Babić R: Civilizacijske bolesti - naša iskustva. *APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM* 2022; 20 (3):145-52.
3. Nikić D, Stojanović D: Sindrom nezdravih zgrada –posledica savremenog načina života. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* 2004; 132(7-8):240-5.
4. Jezerčić A: Kako se nositi sa sindromom bolesne zgrade. *Kem. Ind.* 2017;66 (1-2): 116-8.
5. Beneš M, Miškulin MM, MatićMM: Pojavnost simptoma sindroma bolesne zgrade među zaposlenicima javnih institucija s područja grada Osijeka. *Med. Flum.* 2014;50(4); 446-53.
6. Božić J, Ilić P, Ilić S: Sindrom bolesnih zgrada. *Mozaik Medicinskih Komunikacija* 2017;82 (14):16-7.
7. Vorgučić A: Geneza izučavanja uticaja geopatogenih zona na pojavu endemske nefropatije. U knjizi prof dr Spire Strahinjica "Balkanska endemske nefropatija I ednanski balkanski tumori urotelijuma. *Retrospektiva 1941-2011"* Medicinski fakultet u Nišu i Akademij medicinskih nauka SLD. Galaksija – Niš. Niš. 2011: 59-64.
8. Suvo oko. *Prepoznajte! Sprečite! Lečite!* Hemofarm. Vršac www.hemofarm.co.yu Poslednje otvaranje: oktobar 2023.
9. Stanković-Babić G: *Suvo oko*. Zadužbina Andrejević. Beograd. 2012.

10. Kanski JJ: Clinical ophthalmology. Butterworth. Heinemann. Edinburg. London. New York. Philadelphia. St Louis. Sydney. Toronto. 2003.
11. Milošević Z: Fizička aktivnost, sport i zdravlje. U knjizi Stojanović D. sa naslovom: Higijena sa medicinskom ekologijom. Medicinski fakultet u Nišu. Galaksija. Niš. 2012: 166-72.
12. Stojanović D: Ishrana sportista. U knjizi Stojanović D. sa naslovom: Higijena sa medicinskom ekologijom. Medicinski fakultet u Nišu. Galaksija. Niš. 2012: 173-5.
13. Serdar M: Ženska sportska trijada. Diplomski rad. Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu. Zagreb. 2015.
14. Zenska sportska trijada – začaran krug preterivanja. <https://www.trcanje.rs/zdravlje/zenska-sportska-trijada-zacarani-krug-preterivanja> Poslednje otvaranje: oktobar 2023.

UDK: 616.12-008.46-074
616-008.6:577.466.1

KORELACIJA IZMEĐU MOŽDANOG NATRIURETSKOG PEPTIDA I PROSEČNOG VOLUMENA TROMBOCITA

Mirjana Isailović Keković¹, Predrag Keković²

¹Opšta bolnica „Dr Aleksa Savić“, Prokuplje, Srbija

²Ordinacija „InterKardia 027“, Prokuplje, Srbija

Srčana insuficijencija predstavlja klinički sindrom koji karakteriše nesposobnost srca da zadovolji potrebe organizma za kiseonikom i energetskim materijama. BNP je moćan natriuretik, diuretik i vazodilatator. MPV (mean platelet volume) je mašinski izračunata prosečna veličina trombocita u krvi. Povećan srednji volumen trombocita (MPV) povećava rizik od srčanih oboljenja. Cilj ovog rada je ispitivanje korelacije između NT-proBNP i MPV. U studiju je uključen 41 pacijent (25 muškog pola i 16 ženskog pola). Pacijenti su na osnovu dobijenih vrednosti NT-proBNP podeljeni u dve grupe: I grupa sa NT-proBNP > 100 pg/ml; II grupa sa NT-proBNP ≤ 100 pg/ml. Studija je pokazala da su pacijenti koji su imali vrednosti NT-proBNP iznad 100 pg/ml (grupa I) bili starije životne dobi nego pacijenti sa normalnim vrednostima NT-proBNP; takođe su pacijenti sa povišenim vrednostima NT-proBNP imali veći MPV, ukupan broj TR i NLR.

Dokazana je pozitivna korelacija između vrednosti NT-proBNP i MPV.

ključne reči: moždani natriuretski peptid, srednji volumen trombocita, srčana insuficijencija

CORRELATION BETWEEN BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE AND MEAN PLATELET VOLUME

Heart failure is a clinical syndrome characterized by the heart's inability to meet the body's needs for oxygen and energy. BNP is a powerful natriuretic, diuretic and vasodilator. MPV (mean platelet volume) is the machine-calculated average size of platelets in the blood. An increased mean platelet volume (MPV) increases the risk of heart disease. The aim of this work is to examine the correlation between NT-proBNP and MPV. The study included 41 patients (25 males and 16 females). Based on the obtained NT-proBNP values, the patients were divided into two groups: I group with NT-proBNP > 100 pg/ml; II group with NT-proBNP ≤ 100 pg/ml. The study showed that patients who had NT-proBNP values above 100 pg/ml (group I) were older than patients with normal NT-proBNP values; also patients with elevated NT-proBNP values had higher MPV, total number of TR and NLR.

A positive correlation between NT-proBNP values and MPV was demonstrated.

Key words: brain natriuretic peptide, mean platelet volume, heart failure

Uvod

Markeri neurohumoralne aktivacije, u koje ubrajamo natriuretske peptide, pružaju značajne dijagnostičke i prognostičke informacije o mnogim bolestima, naročito o akutnom koronarnom sindromu (AKS) i kongestivnoj srčanoj slabosti (HF). Porodicu natriuretskih peptida čine: pretkomorski (ANP-atrial natriuretic peptide) i moždani natriuretski peptid (BNP-brain natriuretic peptide) koji se sintetisu u miokardnim ćelijama, kao i natriuretski peptid tip-C (CNP) koji se sintetise u endotelu. BNP nastaje iz prohormona (proBNP) koji se pre lučenja iz kardiomiocita cepa na neaktivni aminoterminalni fragment proBNP (NT-proBNP) i na biološki aktivan hormon BNP (tj. COOH-terminalni proBNP). BNP je moćan natriuretik, diuretik i vazodilatator.

MPV (mean platelet volume) je mašinski izračunata prosečna veličina trombocita u krvi. Povećan srednji volumen trombocita (MPV) povećava rizik od srčanih oboljenja (3).

Srčana insuficijencija (HF) predstavlja klinički sindrom koji karakteriše nesposobnost srca da zadovolji potrebe organizma za kiseonikom i energetskim materijama srazmerno fizičkoj aktivnosti, pod uslovom da je venski priliv normalan. Srčana insuficijencija nastaje usled strukturnih ili funkcionalnih abnormalnosti srca koje dovode do povišenih intrakardijalnih pritiska i smanjenog minutnog volumena, najpre u miru, a zatim i u naporu. Srčana slabost je hronična, progresivna bolest s visokom stopom smrtnosti. Pet godina od postavljanja dijagnoze preživljavanje bolesnika sa srčanom insuficijencijom u odmakloj fazi bolesti se izjednačava s preživljavanjem obolelih od malignih bolesti (1).

U odnosu na vrednost ejeckione frakcije leve komore, razlikujemo tri kategorije srčane slabosti:

1. Srčana slabost s redukovanom ejeckionom frakcijom leve komore, $EF \leq 40\%$ (**HF_{rEF}** – heart failure with reduced ejection fraction).
2. Srčana slabost s blago redukovanom ejeckionom frakcijom leve komore, $EF 41-49\%$ (**HF_{mEF}** – heart failure with mid-range ejection fraction).
3. Srčana slabost sa očuvanom ejeckionom frakcijom leve komore, $\geq 50\%$ (**HF_{pEF}** – heart failure with preserved ejection fraction).

Cilj rada

Cilj ovog rada je ispitivanje korelacije između NT-proBNP i MPV.

Metode rada

Urađena je kompletna krvna slika. Vrednost NT-proBNP je merena uz pomoć aparata Nano Chek proBNP analyzer (2).

Rezultati

U studiju je uključen 41 pacijent (25 mučkog pola i 16 ženskog pola). Pacijenti su na osnovu dobijenih vrednosti NT-proBNP podeljeni u dve grupe: I grupa sa NT-proBNP > 100 pg/ml; II grupa sa NT-proBNP ≤ 100 pg/ml. Rezultati rada dati su u tabeli 1.

	Grupa I	Grupa II	P
Godine	69,00 ± 8,82	60,70 ± 12,00	< 0,05
MPV	10,70 ± 0,70 fL	9,84 ± 0,54 fL	< 0,001
TR	254,75 ± 104,58 × 10 ⁹ /L	202,47 ± 52,76 × 10 ⁹ /L	< 0,05
Neu/Ly (NLR)	7,16 ± 7,44	2,69 ± 3,34	< 0,05

Tabela 1.

Diskusija

Pacijenti u grupi I su bili stariji (prosečne starosti 69,00 ± 8,82 godina), dok su u grupi II bili mlađi (prosečne starosti 60,70 ± 12,00 godina) i ta razlika je bila statistički značajna $P < 0,05$.

Pacijenti grupe I su imali veće vrednosti MPV (10,70 ± 0,70 fL) nego u grupi II (9,84 ± 0,54 fL); $P < 0,001$.

Prosečna vrednost trombocita (TR) u grupi I bila je 254,75 ± 104,58 × 10⁹/L; u grupi II 202,47 ± 52,76 × 10⁹/L; $P < 0,05$ (4).

Odnos neutrofila/limfocita (NLR) u grupi I bio je $7,16 \pm 7,44$, dok je u grupi II $2,69 \pm 3,34$; $P < 0,05$ (5).

Korealacioni Pirsonov koeficijent u obe grupe između NT-proBNP i MPV je bio pozitivan i iznosio je $r = 0,50$; takođe je bio pozitivan između NT-proBNP i NLR i iznosio je $r = 0,24$, dok je korelacioni koeficijent bio negativan između NT-proBNP i TR i iznosio je $r = -0,07$.

Zaključak

Studija je pokazala da su pacijenti koji su imali vrednosti NT-proBNP iznad 100 pg/ml (grupa I) bili starije životne dobi nego pacijenti sa normalnim vrednostima NT-proBNP; takođe su pacijenti sa povišenim vrednostima NT-proBNP imali veći MPV, ukupan broj TR i NLR.

Dokazana je pozitivna korelacija između vrednosti NT-proBNP i MPV.

Literatura

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumach A, Böhm M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21; 42(36):3599-726.
2. Mongirdienė, A.; Laukaitienė, J.; Skipskis, V.; Kašauskas, A. Platelet Activity and Its Correlation with Inflammation and Cell Count Readings in Chronic Heart Failure Patients with Reduced Ejection Fraction Medicina 2021, 57(2), 176.
3. Andreea Catană,, Cătălina Liliana Andrei, Suzana Guberna et al. ; Possible Correlations between Mean Platelet Volume and Biological, Electrocardiographic, and Echocardiographic Parameters in Patients with Heart Failure; Life 2024, 14, 260.
4. Małyszczak A, Łukawska A, Dyląg I, Lis W, Mysiak A, Kuliczkowski W. Blood platelet count at hospital admission impacts long-term mortality in patients with acute coronary syndrome. Cardiology 2020;145:148-54.
5. Adamstein N.H., MacFadyen J.G., Rose L.M., Glynn R.J., Dey A.K., Libby P., Tabas I.A., Mehta N.N., Ridker P.M. The neutrophil-lymphocyte ratio and incident atherosclerotic events: Analyses from five contemporary randomized trials. Eur. Heart J. 2021;42:896-903. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa1034. Babić S, Veljković N, Marjanović A, Babić N, Stanković Babić G, Babić R: Civilizacijske bolesti - naša iskustva. APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM 2022; 20 (3):145-52.

UDK: 616.617-001.3(497.11)"2018/2023"

JATROGENE POVREDE URETERA – ISKUSTVO CENTRA NA SEKUNDARNOM NIVOU

Petar Vesović¹, Bratislav Vasiljević², Nenad Radmanović², Vera Čolović², Aleksandar Mamontov², Slađan Petrović³, Ivan Miladinović³

¹ZC Prokuplje, Odeljenje urologije, Prokuplje, Srbija

²ZC Prokuplje, Služba ginekologije i akušerstva, Prokuplje, Srbija

³ZC Prokuplje, Odeljenje hirurgije, Prokuplje, Srbija

U ukupnom procentu povreda urotrakta, povrede uretera zauzimaju svega 1-2% povreda uretera. Zbog svog anatomskog položaja i lokalizacije, povrede uretera su u preko 80% rezultat medicinskih intervencija.

Cilj ove studije je ispitivanje brojnosti i najčešćih operativnih zahvata koji su uzrokovali jatrogeno povređivanje uretera kod oba pola.

Prospektivna studija koja je do sada obuhvatila 21 pacijenta sa jatrogenim povredama uretera u Zdravstvenom centru Prokuplje u periodu od 2018-2023. god. Jatrogene povrede uretera se najčešće javljaju kod uroloških, ginekoloških i kolorektalnih operacija zbog svoje anatomske pozicije i često teške intraoperativne vizualizacije.

Tokom peropda od 5 godina u ZC Prokuplje zabeleženo je ukupno 21 povreda uretera. Povrede uretera nastale su tokom operativnog lečenja odeljenju ginekologije, hirurgije i urologije. Sve povrede su nastale dejstvom direktne mehaničke sile osim jedne koja je nastala neposrednim dejstvom električne struje.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se jatrogene operacije najčešće javljaju tokom ginekoloških operacija, u našem slučaju učestalost predstavlja oko 66%, literatura pokazuje da procenat može biti i do 75%.¹² Kod benignih operacija učestalost jatrogenih povreda se kretala od 0,4-2,5%, a samo trećina svih povreda je prepoznata u toku operacije.

Povrede uretera, kako jatrogene tako i traumatske su jako retke. Ali ne dijagnostikovane povrede uretera su povezane sa ozbiljnim komplikacijama, povećavaju troškove lečenja, ali i morbiditet. Zbog toga jako je važno da urolozi budu upoznati sa tehnikama dijagnostike i zbrinjavanja povreda uretera.

Ključne reči: ureter, jatrogena povreda, ligatura uretera, bubreg, hidronefroza

ATROGENIC INJURIES OF THE URETER - THE EXPERIENCE OF THE CENTER AT THE SECONDARY LEVEL

In the total percentage of urotract injuries, ureteral injuries occupy only 1-2% of ureteral injuries. Due to its anatomical position and localization, more than 80% of ureteral injuries are the result of medical interventions.

The aim of this study is to examine the number and most common surgical interventions that caused iatrogenic injury to the ureter in both sexes.

A prospective study that so far included 21 patients with iatrogenic ureteral injuries at the Prokuplje Health Center in the period from 2018-2023. year Iatrogenic injuries of the ureter most often occur during urological, gynecological and colorectal surgeries due to their anatomical position and often difficult intraoperative visualization.

A total of 21 ureteral injuries were recorded in ZC Prokuplje during a period of 5 years. Ureteral injuries occurred during operative treatment in the Department of Gynecology, Surgery and Urology. All injuries were caused by direct mechanical force, except for one that was caused by direct electric current.

The results of our research show that iatrogenic operations most often occur during gynecological operations, in our case the frequency is about 66%, the literature shows that the

percentage can be up to 75%.¹² In benign operations, the frequency of iatrogenic injuries ranged from 0.4-2, 5%, and only a third of all injuries were recognized during surgery.

Ureter injuries, both iatrogenic and traumatic, are very rare. But undiagnosed ureteral injuries are associated with serious complications, increase treatment costs, and morbidity. Therefore, it is very important that urologists are familiar with the techniques of diagnosis and treatment of ureteral injuries.

Key words: ureter, iatrogenic injury, ureteral ligature, kidney, hydronephrosis

Uvod

U ukupnom procentu povreda urotrakta, povrede uretera zauzimaju svega 1-2% povreda (1). Zbog svog anatomskog položaja i lokalizacije, povrede uretera su u preko 80% rezultat medicinskih intervencija (2). Prema mehanizmu povređivanja glavni uzrok jatrogenih povreda uretera: direktna ligatura uretera ili formiranje povećanog pritiska okolnog tkiva tokom prilagođavanja ligature, drobljenje ili stiskanje uretera instrumentom, parcijalna ili kompletna resekcija, termalna oštećenja direktnom ili indirektnom koagulacijom, denervacija ili devaskularizacija (3, 4). Najčešće lokalizacija povrede je donja trećina uretera u odnosu na srednju i gornju (5). Najmanja učestalost povrede uretera javlja se tokom vaskularnih i operacija opšte hirurgije, dok je učestalost najveća tokom uroloških, ginekoloških i kolorektalnih operacija (6). Većina povreda uretera se ne prepoznaju na vreme a dijagnostičke mere u ranom postoperativnom periodu često nisu dovoljne da bi se postavila dijagnoza (7). Zlatni standard u dijagnostici uretera je MSCT urografija (8).

Materijali i metode

Ispitivanjem su obuhvaćeni pacijenti sa jatrogenim povredama uretera koji su lečeni na odeljenjima urologije, ginekologije i hirurgije u zdravstvenom centru Prokuplje, u periodu od

2018-2023. godine. Statistička obrada podataka vršena je u programu SPSS.

Ispitivanje je uključilo 21og pacijenta, od toga 15 žena i 6 muškaraca, prosečne starosti 47,4 godina.

Rezultati

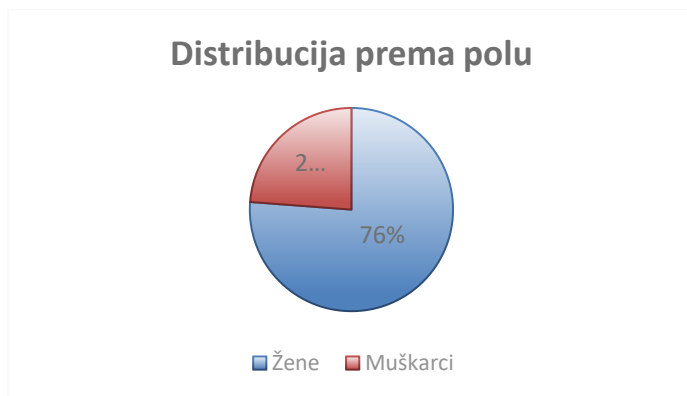
Tokom perioda od 5 godina u ZC Prokuplje zabeleženo je ukupno 21 povreda uretera. Povrede su nastale tokom operativnog lečenja odeljenju ginekologije, hirurgije i urologije. Sve povrede su nastale dejstvom direktne mehaničke sile osim jedne koja je nastala neposrednim dejstvom električne struje.

Na Grafikonu 1 može se uočiti distribucija prema polovima od kojih je najveći broj povreda uretera nastao kod žena, a značajno manji broj kod muškaraca.

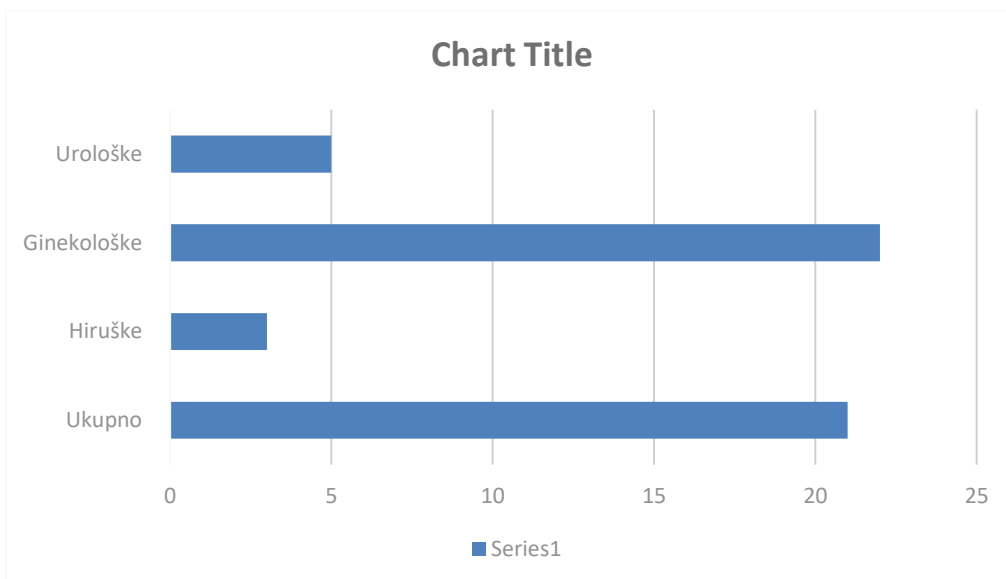
Grafikon 2 pokazuje ukupan broj povređenih kao i distribuciju prema hirurškim specijalnostima kod kojih je nastala povreda.

Značajno veća učestalost pojave povreda uretera tokom ginekoloških operacija nije neobičajna i najčešće nastaje nemogućnošću da se ureteri jasno vizualizuju naročito tokom obilnog krvarenja i hitnih stanja (8).

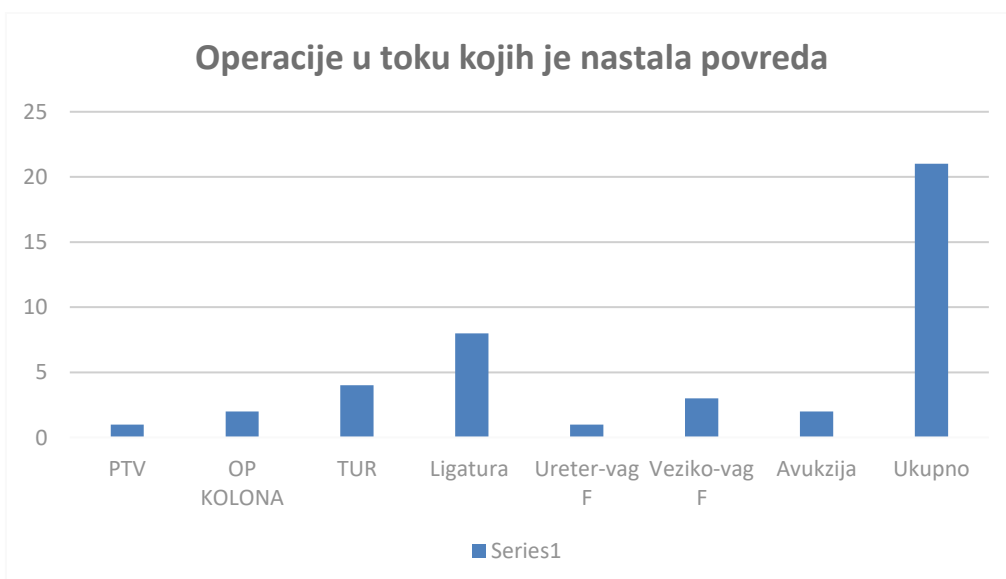
Brojnost jatrogenih povreda prema operativnim zahvatima opisanih u ovoj studiji prikazani su u Grafikonu 3.



Grafikon 1.



Grafikon 2.



Grafikon 3.

Diskusija

Jatrogene povrede su najčešći uzročnik povrede uretra i predstavljaju oko 75% svih povreda uretera (9). Najčešće povređivana je donja trećina (91%), potom srednja (7%) i gornja (2%) (10). Povrede su prijavljene kod različitih operacija od ginekoloških, uroloških, vaskularnih, operacija opšte hirurgije, ali i kod ordopedskih operacija (11).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se jatrogene operacije najčešće javljaju tokom ginekoloških operacija, u našem slučaju učestalost predstavlja oko 66%. Literatura pokazuje da procenat može biti i do 75% (12). U operacijama benignih bolesti učestalost jatrogenih povreda se kretala od 0,4-2,5%, a samo trećina svih povreda je prepoznata u toku operacije (13).

Iako je broj pacijenata u našoj studiji mali, procentualna zastupljenost jatrogenih povreda se poklapa sa velikim studijama dostupne literature. Povrede uretera tokom prostatektomije se u svetskoj literaturi javljaju u oko 5% sto je slučaj i sa našim istraživanjem (14). Kolorektalne operacije zbog česte maligne invazivnosti i anatom-

ske blizine mogu biti uzrok jatrogenih povreda, u literaturi je taj broj jako varijabilan i najčešće je oko 0,5-1,5% dok je u našem istraživanju taj procenat veći, ali zbog malog broja pacijenata ovakav rezultat se ne može adekvatno tumačiti (15).

Zaključak

Povrede uretera, kako jatrogene tako i traumatske su jako retke. Ali ne dijagnostikovane povrede uretera su povezane sa ozbiljnim komplikacijama, povećavaju troškove lečenja, ali i morbiditet. Zbog toga jako je važno da urolozi budu upoznati sa tehnikama dijagnostike i zbrinjavanja povreda uretera. Većina povreda zahteva operativno lečenje putem kratkih resekcija i uretero-ureterostomijama u gornjoj i srednjoj trećini, dok donjoj trećini nekada i ureteroneocistostomijama. I pored primene savremenih ureteralnih sondi, bojenje uretera i sličnim preventivnim metodama, ovladavanje operativnom tehnikom i daje predstavlja najznačajniji preventivni faktor za jatrogene povrede.

Literatura

1. Pereira, B.M., et al. A review of ureteral injuries after external trauma. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2010. 18: 6
2. Lobo N, Kulkarni M, Hughes S, Nair R, Khan MS, Thurairaja R. Urologic complications following pelvic radiotherapy. *Urology*. 2018; 122:1-9.
3. Matsumura Y, Iemura Y, Fukui S, Kagebaya shi Y, Samma S. Iatrogenic injuries of urinary tract: outcomes of surgical repairs. *Hinyokika Kyo*. 2018;3(64):95-9
4. Iacroy SE, Winters JC. Urinary tract in jures: recognition and management. *Clin Co Ion Rectal Surg*. 2010;23(2):104-12.
5. Mundy AR, Andrich DE. Urethral trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. *BJU Int*. 2011;108(3):310-27.
6. Esparaz AM, Pearl JA, Herts BR, LeBlanc J, Kapoor B. Iatrogenic urinary tract injuries: etiology, diagnosis, and management. *Semin Intervent Radiol*. 2015;32(2):195-208
7. Petersen SS, Doe S, Rubinfeld I, Davydova Y, Buekers T, Sangha R. Rate of urologic injury with robotic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018;5(25):867-71.
8. Summerton DJ, Kitrey ND, Lumen N, Serafetinidis E, Djakovic N. EAU guidelines on iatrogenic trauma. *Eur Urol*. 2012;62(4):628-39
9. Middleton P. The trauma epidemic. In: Smith J, Greaves I, Porter K, editors. *Major trauma*. Oxford: University Press; 2010. p. 604.
9. Dobrowolski, Z. et al. Renal and ureteric trauma diagnosis and management in Poland. *BJU Int*. 89, 748-51 (2002).

10. Selzman, A. A. & Spirnak, J. P. Iatrogenic ureteral injuries: a 20-year experience in treating 165 injuries. *J. Urol.* 155, 878-81 (1996).
11. Cass, A. S. & Bubrick, M. P. Ureteral injuries in colonic surgery. *Urology* 18, 359-64 (1981).
12. Te Linde RW, Thompson JD, Rock JA. *Te Linde's operative gynecology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
13. Drake MJ, Noble JG. Ureteric trauma in gynecologic surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:108-17.
14. Park R, Martin S, Goldberg JD, Lepor H. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: insights into incidence, effectiveness of intervention, effect on continence and factors predisposing to occurrence. *Urology*. 2001; 57(4): 742-6.
15. arpala-Spa?rman T, Paananen I, Santala M, Ohtonen P, Hellstro"m P. Increasing numbers of ureteric injuries after the introduction of laparoscopic surgery. *Scand J Urol Nephrol*. 2008;42(5):422-7.

PROPOZICIJE ZA PISANJE RADOVA U ACTA MEDICA HAMMEUMI

Acta Medica Hammeumi (AMH) je tematski časopis iz oblasti medicinskih nauka. Časopis objavljuje originalne radove koji nisu prethodno publikovani. U AMH se objavljuju: uvodnici, naučni i stručni članci, prethodna ili kratka saopštenja, revijski radovi tipa opšteg pregleda, aktuelne teme, meta-analize, prikazi slučajeva, prikazi knjiga i drugi prilozi. Radovi se štampaju na srpskom i engleskom jeziku sa apstraktom na srpskom i engleskom jeziku.

Acta Medica Hammeumi izlazi dva puta godišnje, otvorenog je pristupa i bez naplaćivanja.

Časopis Acta Medica Hammeumi je posvećen održanju najviših standarda etike publikovanja i preduzima sve prihvatljive mere protiv svake zloupotrebe u polju izdavanja radova. Svi autori koji aplikuju radove za objavljivanje u AMH kao originalne članke svedoče da dostavljeni radovi predstavljaju njihov doprinos i da nisu kopirani ili plagirani u celosti ili delimično iz drugih radova. Autori moraju otvoreno potvrditi sve ili pojedinačne potencijalne sukobe interesa ili koristi povezane sa svojim radom. Na isti način, AMH se obavezuje na objektivnu i pravičnu recenziju podnetih radova za publikovanje, kao i sprečavanje svakog stvarnog ili potencijalnog sukoba interesa između uređivačkog odbora, recenzenata i preglednog materijala.

Generalne propozicije

Svi radovi koji se objavljuju u AMH podležu dvostruko-slepom procesu recenzije i revizije od strane Uređivačkog odbora, koji određuje i redosled njihovog štampanja. Primedbe i sugestije urednika i recenzenata dostavljaju se autoru radi konačnog oblikovanja. Radovi se predaju u elektronskom obliku. Rukopisi radova prihvaćenih za štampu ne vraćaju se autoru.

Tekstovi rada se moraju submitovati elektronski, bilo na CD/DVD-u ili putem e-mejla (office@sldprokuplje.rs), sa dvostrukim proredom u A4 formatu i levom marginom od 3 cm.

Prva strana rada treba da sadrži:

- naslov rada,
- puna imena i prezimena autora,
- puni nazivi ustanova i organizacijskih jedinica u kojima je rad realizovan i mesta u kojima se ustanove nalaze,
- arapskim brojevima iza imena autora označene njihove institucije,
- znakom * označenu osobu zaduženu za korespondenciju u vezi predatog rukopisa i dati punu adresu, broj telefona i e-mail te osobe.

Druga strana treba da sadrži samo naslov rada, nestrukturisani rezime i ključne reči, bez imena autora i institucija. Veličina rezimea za naučne i stručne članke, revijske radove tipa opšteg pregleda i meta-analize može da bude do 250 reči, a za sve ostale tipove publikacija do 150 reči. Ispod rezimea sa podnaslovom "Ključne reči" navesti 3-5 ključnih reči ili izraza. Autori treba da za ključne reči koriste odgovarajuće deskriptore, tj. definisane termine iz *Medical Subject Heading* (MeSH) liste *Index Medicus-a*. Prva i druga strana se predaju na srpskom i engleskom jeziku i ne obeležavaju se brojevima.

Tekst članka: Naučni i stručni članci, kao i opšti pregledi i meta-analize ne smeju prelaziti 16 stranica sa priložima; aktuelne teme - 8 stranica; kazuistika 6 - stranica;

prethodna saopštenja - 5 stranica, a izveštaji sa skupova i prikazi knjiga - 2 stranice. Naučni i stručni članci obavezno treba da sadrže poglavlja: uvod, cilj, materijal i metode, rezultati, diskusija i zaključak. Zahvalnost ili komentar povodom sponzorstva rada dati na kraju teksta članka iza poglavlja "zaključak". U tekstu naznačiti mesta priloga i obeležiti ih onako kako su obeleženi u prilogu.

Rad treba biti urađen u programu *Microsoft Word for Windows*. Za verziju na engleskom jeziku koristiti font Arial, veličine 10pt, kodna stranica (English). Za verziju na srpskom jeziku koristiti font Arial, veličine 10pt, kodna stranica (Serbian lat ili Croatian).

U radu je obavezno korišćenje međunarodnog sistema mera (SI) i standardnih međunarodno prihvaćenih termina.

Stranice teksta članka i literaturu treba numerisati arapskim brojevima u donjem desnom uglu.

Literatura se daje u posebnom poglavlju, pri čemu se navodi onim redosledom kojim se citati pojavljuju u tekstu. Broj literaturne reference se u tekstu označava arapskim brojem u zagradi. Navode se svi autori, ali ako ih je više od 6 za ostale koristiti skraćenicu „et al”. Za navođenje literature koristiti pravila Vancouver-ske konvencije.

Priloge u vidu tabela i slika (grafikoni, crteži, fotografije, formule i dr.) ne unositi u tekst članka, već predati odvojeno na kraju manuskripta. Svaka tabela i slika se obeležava arapskim brojem redosledom pojavljivanja u tekstu (npr. Tabela 1, Slika 1 i dr.) i svakoj se daje kratak naslov. Kratka objašnjenja i skraćenice daju se u fusnoti. Za fusnotu koristiti sledeće simbole: *, †, ‡ itd. Fotografije treba da budu oštre do formata dopisnice (20x25 cm u rezoluciji 600dpi). Fotografije obeležiti redosledom kojim se pojavljuju u tekstu (Slika 1, Slika 2 itd), detaljno objašnjenje slike treba dati u fusnoti. Ukoliko je tabela ili ilustracija već negde objavljena treba citirati izvor i priložiti pismeno odobrenje, ukoliko se radi o zaštićenom materijalu. Ukoliko je na fotografiji prikazan bolesnik tako da se može prepoznati, potrebno je njegovo pismeno odobrenje, u suprotnom delovi fotografije se moraju izbrisati da bolesnik ne može biti identifikovan.

Za izradu grafičkih priloga može se koristiti bilo koji grafički program, pri čemu slike moraju biti snimljene u .jpg formatu rezolucije 600dpi. Tabele i grafikone najpoželjnije je uraditi u Excel for Windows, originalni Excel fajl se trebaju submitovati ili importovati Excel slike u Windows kao Excel objekti a ne slike.

Na posebnoj stranici autori trebaju dati izjave:

- a) o prihvatanju uslova objavljivanja radova u AMH,
- b) potpise svih autora rada.

Acta Medica Hammeumi zadržava pravo dalje distribucije i štampanja radova.

Radovi se submituju elektronski na adresu: www.sldprokuplje.rs/amh

Poželjno je poslati skeniranu kopiju Conflict Of Interest Statement potpisanu od strane autora.

CIP - Каталогизacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

61

ACTA Medica Hammeumi : naučni časopis Regionalne Podružnice Srpskog lekarskog društva u Prokuplju = journal of Medical Sciences of Regional Section Serbian Medical Association in Prokuplje / glavni urednik Darko Laketić. - [Štampano izd.]. - God. 1, br. 1 (okt. 2021)- . - Prokuplje : Podružnica Srpskog lekarskog društva, 2021- (Blace : Copy original). - 30 cm

Polugodišnje. - Tekst na srp. i engl. jeziku. - Sa povremenim suplementom. - Drugo izdanje na drugom medijumu:

Acta Medica Hammeumi (Online) = ISSN 2787-3331

ISSN 2787-3323 = Acta Medica Hammeumi (Štampano izd.)

COBISS.SR-ID 48104713

Научни часопис Српског лекарског друштва Прокупље

ACTA MEDICA HAMMEUMI

објавио је текстове из историје српске медицине

Славице Поповић Филиповић у склопу едиције

ОТРГНУТО ОД ЗАБОРАВА

ОТРГНУТО ОД ЗАБОРАВА

ДР ДИМИТРИЈЕ Р. КАЛИЈАДИС

ТОПЛИЧКИ ЛЕКАР И ВИШЕГОДИШЊИ УПРАВНИК
ОКРУЖНЕ БОЛНИЦЕ У ПРОКУПЉУ



Др Димитрије Калијадис
1869 - 1942

ОТРГНУТО ОД ЗАБОРАВА

ДР БОЖИДАР МИЛОСАВЉЕВИЋ ЧАМПАР

ПРВИ ЛЕКАР У ЛУКОВСКОЈ БАЊИ, ПОТОЊИ ХИРУРГ,
РОДОНАЧЕЛНИК ЛЕКАРСКЕ ПОРОДИЦЕ



Др Божидар Милосављевић Чампар
1897 - 1969

ОТРГНУТО ОД ЗАБОРАВА

ПРОФ. ДР ВОЈИСЛАВ К. СТОЈАНОВИЋ

ВЕЛИКАН СРПСКЕ ХИРУРГИЈЕ МЕЂУНАРОДНОГ УГЛЕДА,
ХИРУРГ У ПРОКУПЉУ, УВЕК СЕ РАДО ВРАЋАО ТОПЛИЦИ



Др Војислав К. Стојановић
1906 - 1991

У СЛЕДЕЋЕМ БРОЈУ ЧАСОПИСА

ОТРГНУТО ОД ЗАБОРАВА

ПРОФ. ДР ДИМИТРИЈЕ Т. ДИМИТРИЈЕВИЋ

НЕУРОПСИХИЈАТАР, ПРОФЕСОР УНИВЕРЗИТЕТА,
ПОЧЕО КАРИЈЕРУ КАО ЛЕКАР И УПРАВНИК СРЕСКЕ БОЛНИЦЕ У КУРШУМЛИЈИ
ПОСЛЕ ПРВОГ СВЕТСКОГ РАТА



Др Димитрије Т. Димитријевић
1891 - 1961

