

Na osnovu člana 52. i 138. Statuta Univerziteta u Banjoj Luci, te člana 4. i 5. Pravilnika o postupku i uslovima izbora akademskog osoblja Univerziteta u Banjoj Luci, Nastavno – naučno vijeće Medicinskog fakulteta, na sjednici održanoj 16.12.2011.godine, donijelo je odluku br. 0602-992/2011 o obrazovanju komisije u sastavu:

- 1. Dr Bakir Mehić**, redovni profesor, naučno polje interna medicina, uža naučna oblast pulmologija, Medicinski fakultet Sarajevo, predsjednik,
- 2. Dr Živka Eri**, redovni profesor, uža naučna oblast patologija, Medicinski fakultet, Novi Sad, član,
- 3. Dr Zdenka Krivokuća**, redovni profesor, uža naučna oblast anatomija, Medicinski fakultet, Banja Luka, član,

za pisanje izvještaja za izbor u zvanje

dr Mirka Stanetića, vanrednog profesora

za užu naučnu oblast interna medicina, Medicinskog fakulteta u Banjaluci.

Na raspisani Konkurs Univerziteta u Banjaluci, objavljen 07. 12. 2011. godine u listu "Glas Srpske" za izbor nastavnika za užu naučnu oblast interna medicina, prijavio se kandidat:

Dr Mirko Stanetić, doktor medicinskih nauka, vanredni profesor Medicinskog fakulteta u Banjaluci, na užoj naučnoj oblasti interna medicina, zaposlen u Klinici za plućne bolesti Univerzitetskog Kliničkog centra Banja Luka.

Nakon uvida u sve elemente sadržane u konkursnom materijalu navedenog kandidata, koji su relevantni za izbor, komisija podnosi slijedeći:

I Z V J E Š T A J

KOMISIJE O PRIJAVLJENOM KANDIDATU ZA IZBOR U ZVANJE

I PODACI O KONKURSU

Konkurs objavljen: 07. 12. 2011. godine u dnevnom listu "Glas Srpske" Banja Luka

Uža naučna oblast: interna medicina,

Naziv fakulteta: Medicinski fakultet

Broj kandidata koji se biraju: 4 (četiri)

Broj prijavljenih kandidata: 4 (četiri)

II PODACI O KANDIDATU

1. Osnovni biografski podaci

Ime, srednje ime i prezime: **Mirko (Jevto) Stanetić**

Datum i mesto rođenja: **24.07.1961.godine u Bosanskoj Gradišci**

Ustanove u kojima je bio zaposlen:

- Dom zdravlja Skender Vakuf/Kneževo
- Klinika za plućne bolesti, Klinički centar Banja Luka

Zvanja/radna mjesta:

- 1998 - 2000. Viši asistent na predmetu interna medicina, Medicinski fakultet Banja Luka
- 2000 - 2006. Docent na predmetu interna medicina, Medicinski fakultet Banja Luka
- 2006 - do danas - Vanredni profesor na predmetu interna medicina, Medicinski fakultet Banja Luka

Članstva u Naučnim i stručnim organizacijama ili Udruženjima:

- Predsjednik društva pulmologa Republike Srpske,
- Član Društva doktora medicine Republike Srpske,
- Član Evropske asocijacije pulmologa (ERS),
- Član Udruženja pulmologa Republike Srbije.

2. Biografija, diploma i zvanja

Osnovne studije:

Naziv institucije: **Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjaluci**

Mjesto i godina završetka: **Banja Luka 1984. godine**

Postdiplomske studije (magisterijum):

Naziv institucije: **Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci**

Mjesto i godina završetka: **Banja Luka, 1998. godina**

Naziv magistarskog rada: **„Valjanost citološke analize sputuma u dijagnostici karcinoma bronha“**

Uža naučna oblast: **Interna medicina**

Doktorat:

Naziv institucije: **Medicinski fakultet, Univerzitet Novi Sad**

Mjesto i godina završetka: **Novi Sad, 2000.godina**

Naziv doktorske teze: **„Valjanost aspiracionog punktata fleksibilnom iglom u dijagnostici malignog oboljenja respiratornog trakta“**

Uža naučna oblast: **Interna medicina**

Edukacija iz citologije: Studijski boravak u Institutu za plućne bolesti u Sremskoj Kamenici

Prethodni izbori u nastavna i naučna zvanja (institucije, zvanja i periodi):

- Viši asistent od 1998. - 2000. godine
- Docent od 2000. do 2006. godine
- Vanredni profesor od 2006.godine do danas

3. Naučna djelatnost kandidata

3.1. Radovi prije izbora u prethodno nastavničko zvanje:

3.1.1. Pregledni članak u časopisu nacionalnog značaja ili poglavlje u monografiji istog ranga (8 bodova):

3.1.1.1. Kovačević P, Rajkovača Z, Stanetić M, et al. Anti – IgE terapija teške i perzistentne astme. Halo 94 2005; 30: 27 – 30.

3.1.2. Originalni naučni radovi u časopisu međunarodnog značaja (8 bodova):

3.1.2.15. Kovačević P, Matavulja A, Veljković S, et al. Ventilator Function Improvement in Patients Undergoing Regular Hemodialysis: Relation to Sex Differences. Bos J Basic Med Sci 2006; 6: 29 – 32.

3.1.3. Radovi u zborniku radova sa nacionalnog naučnog skupa, štampani u cjelini (3 boda)

3.1.3.1. Čađo-Đekić M, Stanetić M, Josipović Z, Kovačević P. ADULTNI RESPIRATORNI DISTRESS SINDROM. Zbornik radova. Majski pulmološki dani Banjaluka 2001: 109-111.

3.1.3.2. Kovačević P, Matavulj A, Veljković S, Đekić-Čađo M, Stanetić M, Rajkovača Z, Ponorac N. EFEKTI BIKARBONATNE I ACETATNE HEMODIJALIZE NA RESPIRATORNU FUNKCIJU. Zbornik radova. Majski pulmološki dani Trebinje 2003: 103- 6.

3.1.3.3. Đekić-Čađo M, Stanetić M, Kovačević P, Duronjić M, Novaković L. ALERGOLOŠKA DIJAGNOSTIKA U BOLESNIKA SA BRONHIJALNOM SATMOM. Zbornik radova. Internacionalni kongres "Zdravlje za sve" - Hronične nezarazne bolesti 2/I, Banja Luka 2003: 163 – 9.

3.1.3.4. Kovačević P, Matavulj A, Veljković S, Đekić-Čađo M, Stanetić M, Rajkovača Z, Ponorac N. UREMIJSKO PLUĆE I POL. Zbornik radova. Majski pulmološki dani Banja Dvorovi 2004: 237 - 241.

3.1.3.5. B. Kuzmić, S. Janković, V. Bošnjak - Petrović, M. Stanetić: ISPITIVANJE POVEZANOSTI PLUĆNE FUNKCIJE I KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA SA ASTMOM. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka 2001.

3.1.3.6. M. Stanetić, Ž. Eri, S. Janković, K. Jandrić: CITOLOGIC CONFIRMATION OF PARACENTRAL LUNG MALIGNANCIES SAMPLED BY TRANSTRONCHIAL ASPIRATION BIOPSY. Archive of Oncology March 2001. Vol 9, Supp 1;81.

3.1.3.7. B. Kuzmić, K. Jandrić, M. Stanetić, M. Turić: POKAZATELJI PREDVIĐANJA KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA SA ASTMOM. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Teslić 2002.

3.1.3.8. Eri, Ž. Stanić, B. Zvezdin, I. Klem, D. Vučković, Z. Kosjerina, M. Stanetić. PATOLOGIC FEATURES OF THE LUNGS IN THE IMMUNOCOMPROMISED HOST. Archive of Oncology March 2001. Vol 9, Supp 1;81.

3.1.3.9. K. Jandrić, M. Stanetić, M. Vučić, B. Kuzmić, A. Arnautović: DOMINANTAN ENDOSKOPSKI NALAZ KOD OPERISANIH MALIGNOMA BRONHA, Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka 2001.

3.1.3.10. M. Stanetić, Ž. Eri, S. Janković, K. Jandrić, M. Vučić, M. Turić, R. Korica, L. Novaković: TRANSTRONKALNA IGLENA ASPIRACIONA PUNKCIJA - METODA IZBORA ZA DOBIJANJE REPREZENTATIVNIH MATERIJALA KOD PERIFERNIH I PARACENTRALNIH LEZIJA. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka 2001.

3.1.3.11. R. Gajanin, I. Klem, Ž. Eri, M. Stanetić, B. Nikolić, V. Gajanin, T. Krajnc Nikolić; PROMJENE EPITELA BRONHA U MJESTU PRETHODNE BIOPSIJE, KOJE MOGU BITI POGREŠNO INTERPRETIRANE KAO EPIDERMOIDNI KARCINOM. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2001.

3.1.3.12. M. Stanetić, Ž. Eri, K. Jandrić, M. Turić, M. Vučić, B. Kuzmić, R. Arnautović: CITOLOŠKA POTVRDA PERIFERNO LOKALIZOVANOG MALIGNOG OBOLJENJA U MATERIJALU DOBIJENOM TRANSTRONHIJALNOM ASPIRACIONOM BIOPSIJOM. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Teslić 2002.

3.1.3.13. T. Barać, Z. Gojković, B. Jakovljević, S. Jungić, K. Jandrić, M. Stanetić: UTICAJ ONKOLOSKE TERAPIJE NA DUŽINU PREŽIVLJAVANJA OBOLJELIH OD ADENOKARCINOMA PLUCA. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Teslić 2002.

3.1.3.14. K. Jandrić, M. Stanetić, S. Janković, R. Arnautović: BRONHOPULMONALNI KARCINOM U P OSLIJERATNOM PERIODU. Kongres ratne medicine, Zbornik radova socijalno-medicinski aspekt bolesti 389-397, Banja Luka 2001.

3.1.3.15. K.Stanetić, M. Stanetić, M. Popović: TERAPIJA HIPERTENZIJE U NAŠIM USLOVIMA. III Kongres ratne medicine, Banja Luka, 2001., Zbornik radova, socialno-medicinski aspekti bolesti 105-110.

3.1.3.16. M. Pavličić, M. Stanetić, Ž. Eri, R. Gajanin: CITOLOŠKA DIJAGNOSTIKA KARCINOMA PLUĆA U ASPIRATIMA. Pneumon, Vol 40 Novi Sad 2002/2003.

3.1.3.17. M. Stanetić, K. Jandrić, M. Vučić, R. Arnautović, M. Djekić - Čadjo, M. Turić, B. Kuzmić, R. Korica, L. Novaković, S. Gajić: KLINIČKA ISKUSTVA CITOLOŠKE DIJAGNOSTIKE KARCINOMA BRONHA. Internacionalni kongres "Zdravlje za sve", Neoplastične bolesti problem 21.vijek 62-71

3.1.3.18. M. Stanetić, M. Djekić - Čadjo, R. Korica, K. Jandrić, M. Duronjić: VALJANOST STANDARDNIH DIJAGNOSTICKIH POSTUPAKA KOD PLUCNE TROMBOEMOLIJE. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Bijeljina, 2004.

3.1.3.19. K. Jandrić, M. Stanetić, S.Gajić, A. Davidovac: ZNAČAJ BRONHOSKOPIJE U DIJAGNOZI TUBERKULOZE PLUĆA. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Bijeljina, 2004.

3.1.3.20. M. Stanetić, K. Jandrić, M. Vutić, R. Arnautović, M. Djekić-Čadjo, M. Turić, B. Kuzmić, R. Korica, A. Davidovac, S. Gajić: NAŠA ISKUSTVA CITOLOŠKE DIJAGNOSTIKE KARCINOMA PLUĆA. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Bijeljina, 2004.

3.1.3.21. M. Stanetić, K. Jandrić, Ž. Eri: IGLENA ASPIRACIONA PUNKCIJA METODA IZBORA ZA DOBIJENJE REPREZENTATIVNOG MATERIJALA KOD RAZLIČITIH ENDOSKOPSKIH PROMJENA. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2005.

3.1.3.22. K. Jandrić, M. Stanetić, S. Gajić, A. Davidovac, M. Duronjić, B. Skeljić: DIJAGNOZA I NEKE KARAKTERISTIKE BRONHOPULMONALNOG KARCINOMA. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2005.

3.1.3.23. D. Popović, M. Stanetić: KORELACIJA CITOLOŠKOG HISTOLOŠKOG NALAZA NA MATERIJALU DOBIJENOM TOKOM BRONHOSKOPIJE U DIJAGNOSTICI KARCINOMA BRONHA. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2005.

3.1.3.24. D. Rodić, S. Pejčić, N. Mrkobrada, M. Čađo, M. Stanetić: PULMONARY THROMBOEMBOLISM AND THE PHASES OF THE MOON. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja, Novi Sad, godište XIII, br. 1-2, 2005.

3.1.3.25. R. Korica, K. Jandrić, M. Stanetić: LIJEČENJE TUBERKULOZE RESISTENTNE NA LIJEKOVE. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Teslić, 2002.

3.1.3.26. K. Jandrić, M. Stanetić, S. Grbić, T. Barać, M. Duronjić. TORAKOSKOPIJA U KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI U BANJOJ LUCI. Mjaski pulmološki dani, Zbornik radova, Trebinje, 2003.

3.1.3.27. K. Stanetić, G. Tešanović, M. Stanetić: CONNECTION BETWEEN OBESITY AND HYPERLIPIDEMIA. XXV jubilarna konferencija opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Zlatibor, 2004.

3.1.3.28. M.Djekić-Čadjo, M.Stanetić, Z.Josipović, D.Rodić, P.Kovačević: ADULTNI RESPIRATORNI DISTRES SINDROM - ARDS PRIKAZ SLUČAJA. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2001.

3.1.3.29. M.Djekić-Čađo, M.Stanetić, R.Korica, M.Vučić, M. Turić: TEŠKE FORME POSTPRIMARNE TUBERKULOZE PLUĆA KOD MLADIH OSOBA SA PRIKAZOM SLUČAJA, III Kongres ratne medicine, Banja Luka 2001, Zbornik radova, Ekološki aspekti rata; 299-310

3.1.3.30. Z.Gojković, N.Laganin, M.Stanetić, I.Rakita, G.Jotanović: PACIJENTICA OBOLJELA OD KARCINOMA DOJKE SA TROSTRUKIM MALIGNITETOM-PRIKAZ SLUČAJA, Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2001.

3.1.3.31. Z.Gojković, N.Laganin, M.Stanetić, I.Rakita, G.Jotanović: PACIJENTICA OBOLJELA OD KARCINOMA DOJKE SA TROSTRUKIM MALIGNITETOM-PRIKAZ SLUČAJA, Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2001.

3.1.3.32. K.Stanetić, M.Stanetić :POVEZANOST IZMEĐU AKUTNIH KARDIOVASKULARNIH DOGAĐAJA I PREVENTABILNIH FAKTORA RIZIKA. XXVI Konferencija opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Zlatibor, 2005.

3.1.3.33. G.Dragišić, M.Stanetić.: PLUĆNA FIBROZA KOD SISTEMSKOG LUPUSA ERITEMATODESA-PRIKAZ SLUČAJA. Majski pulmološki dani, Zbornik radova, Banja Luka, 2005.

3.1.3.34. M.Švraka, Z.Popović, M.Stanetić, M.Djilas, A.Milivojac: ARDS POSLIJE INTERSTICIJALNE PNEUMONIJE. Majski pulmološki dani,Zbornik Radova,Trebinje, 2003.

3.1.3.35. T.Barać, Z.Gojković, Ž.Džajić, K.Jandrić, M.Stanetić, N.Laganin, R.Gajanin: PULMONALNI BLASTOM - PRIKAZ SLUČAJA. Majski pulmološki dani,Zbornik radova,Trebinje, 2003.

3.1.4. Radovi u zborniku radova međunarodnog naučnog skupa, štampani u apstraktu (0 bodova):

3.1.4.1. Jandrić K, Janković S, Stanetić M, Arnautović R.: HAEMOPTYSIS AS AN INITIAL SYMPTOM OF BRONCHIAL CANCER, WORD CONGRES ON LUNG HEALTH, Florence, 2000.

3.1.4.2. K. Jandrić, M. Stanetić, S. Gajic, T. Barać: DOMINANT ENDOSCOPES FINDING IN PATIENTS WITH OPERABILITY BRONCHOPULMONARY CARCINOMA. XIII WoIrd congress for bronchology. June 20 - 23,2004.

3.1.4.3. R. Korica, K. Jandrić, M. Stanetić, R. Arnautović: TUBERCULOSIS AND WAR. 2nd Congress of IUATLD, Europe Region 17th Congress of Romanian Society of Pneumology, Bucharest, 2002.

3.1.4.4. M. Stanetić, Ž. Erić: EVALUATION OF THE TRANSBRONCHIAL FLEXIBLE- NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN LUNG CANCER DIAGNOSTICS. European Respiratory Journal Vol. 18, Supp.33, 2001.

3.1.4.5. R. Korica, K. Jandrić, M. Stanetić: DOTS IN CLINICAL PRACTICE. European Respiratory Journal, Vol. 24, Supp. 48, September 2004.

3.2. Radovi nakon izbora u prethodno nastavničko zvanje

3.2.1. Pregledni članak u časopisu nacionalnog značaja ili poglavlje u monografiji istog ranga (8 bodova):

3.2.1.1. Kovačević P, Stanetić M, Rajkovaca Z, Radenković M, Veljković S. EFEKTI ENDOTELINA – 1 NA FIZIOLOGIJU DISANJA. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 305 - 310.

(8 bodova)

Endotelin – 1 (ET-1) je peptid sastavljen do 21 aminokiseline sa različitim biološkim aktivnostima koji je umiješan u fiziologiju i patofiziologiju brojnih bolesti. ET-1 je potentan mitogeni regulator tonusa glatkih mišića i inflamatornih medijatora koji mogu da igraju ključnu ulogu u bolestima disajnih puteva, plućne cirkulacije, zapaljenja, kako akutnih tako i hroničnih. Ovaj pregled je fokusiran na biologiji ET-1 i njegovoj ulozi u plućnim bolestima.

3.2.1.2. Kovačević P, Stanetić M, Rajkovaca Z, Radenković M, Veljković S. EFEKTI AZOT MONOKSIDA NA FIZIOLOGIJU DISANJA. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 301 - 305.

(8 bodova)

Azot monoksid (NO) je značajna biološki aktivna molekula, njegova uloga u kontroli funkcije ćelija i organa, posebno respiratornog, kardiovaskularnog, nervnog i imunog sistema, je dobro ustanovljena. U respiratornom sistemu, ovaj molekul je odgovoran za održavanje plućnog vaskularnog integriteta. Poboljšava arterijsku oksigenaciju, što može biti u vezi sa njegovom akcijom u raspodjeli protoka krvi u plućima. Ovo svojstvo je osnova za udisanje azot monoksida (INO) u liječenju visinskog plućnog edema (HAPE), akutnog respiratornog distres sindroma i uporne plućne hipertenzije novorođenčeta. Kombinovana upotreba NO i kiseonika ima kumulativni efekat na plućnu hemodinamiku i gasnu razmjenu. Klinička primjena INO je često ugrožena teškoćama u bezbjednoj i tačnoj isporuci azot monoksida. Udisanje NO ima niz kratkoročnih i dugoročnih kontradiktornih efekata, i još uvijek je u eksperimentalnoj fazi. Klinički interes u identifikaciji izdahnutog azotnog monoksida (ENO), kao marker bolesti je takođe interesantan. Dalja proučavanja i standardizacije ENO testiranja su potrebna da se ovi nalazi pretvore u pouzdano dijagnostičko sredstvo.

3.2.2. Originalni naučni radovi u časopisu međunarodnog značaja (8 bodova):

3.2.2.1. Kovacevic P, Meyer J, Gajic O, Stanetic M, Vidovic J. NON INVASIVE VENTILATION IN CARDIOLOGY (DOES THE SICK HEART NEED A PULMONOLOGIST). Healthmed 2009; 3 (suppl 1): 25 – 27.

(8 bodova)

Na veoma jednostavan način je prikazana tjesna veza kardiologije i pulmologije u stanjima srčane insuficijencije, kada je potreba za oksigenacijom neophodna i zahtjeva maksimalno angažovanje pulmologa. Step en srčane slabosti je upravo proporcionalan potrebi za intenzivnim pulmološkim liječenjem.

3.2.2.2. Vidović J, Kovacevic P, Stanetic M, Rajkovaca Z, Zlojutro B. TREATMENT OF CRITICALLY ILL PATIENTS WITH INFLUENZA A H1N1 IN UNIVERSITY HOSPITAL BANJA LUKA. Acta Med Sal 2011; 40(Suppl 1); S49-S51.

(8 bodova)

Istraživanje je obuhvatilo potvrđene slučajeve influenze A (H1N1) u Univerzitetском kliničkom centru Banja Luka, u Bosni i Hercegovini tokom perioda od novembra 2009 do marta 2010. Neki od praćenih pacijenta su imali progresivnu bolest donjih disajnih puteva, koja se manifestovala kao akutni respiratorni distress sindrom (ARDS), i zahtijevali su prolongirano liječenje u jedinici intenzivne njege (ICU). U ovoj studiji su opisani slučajevi vitalno ugroženih bolesnika, karakteristike i tok bolesti, liječenje bolesnika sa infekcijom influenze A (H1N1) koji su tretirani u jedinici intenzivne njege. U retrospektivnoj observacionoj studiji prikazano je 20 kritično oboljelih bolesnika. Primarni cilj ispitivanja je bilo određivanje stope mortaliteta, dok je sekundarni bio određivanje stepena potrebe za mehaničkom ventilacijom u jedinici intenzivne njege, te dužina boravka.

Praćeno je 16 (80%) muških i 4 (20%) ženska pacijenta. Srednja životna dob je 43.35 godine, potrebu za mehaničkom ventilacijom su imali 14 (70%) pacijenta i mortalitet je bio 5 (25%). Kritično oboljeli tokom 2009/2010 od infekcije influenzom A (H1N1) u ICU, Univerzitetског kliničkog centra Banja Luka, su imali teška pogoršanja bolesti nakon prijema u bolnicu, što se manifestovalo sa akutnom hipoksemijom, multisistemskim manifestacijama bolesti, potrebom za prolongiranom mehaničkom ventilacijom te mnogobrojne terapijske pristupe, koji se mogu provesti samo u osposobljenim jedinicama intenzivne njege.

3.2.2.3. Kovacevic P, Stanetic M, Rajkovaca Z, Meyer FJ, Vukoja M. CHANGES IN SPIROMETRY OVER TIME IN UREMIC PATIENTS RECEIVING LONG-TERM HEMODIALYSIS THERAPY. Pneumologia 2011; 60: 36 – 9.

(8 bodova)

Komplikacije bolesti u respiratornom sistemu kod pacijenata sa hroničnom renalnom insuficijencijom koji se liječe hemodijalizom su dobro poznate. Međutim, tokom hemodijalize promjene plućne funkcije su malo istraživane. U ovoj studiji su praćene spirometrijske promjene kod pacijenata na hroničnoj dijalizi tokom petogodišnjeg perioda. Praćen je 21 pacijent, 11 ženskog pola i 10 muškog, srednje starosti 50 (+/- 11) godina. Srednje vrijeme hemodijalize je bilo 52.2 (+/- 44.7) mjeseci. Urađeni su testovi plućne funkcije jedan sat prije i jedan sat poslije provedne kompletne hemodijalize.

Svi parametri spirometrije praćeni jedan sat poslije kompletne hemodijalize (FVC, FEV1, FEF75, 50, 25, % od predvidjenih), su se signifikatno poboljšali ($p < 0.01$). Poslije pet godina, FVC je imao signifikantan pad i nisu zabilježene signifikantne razlike u praćenim parametrima.

3.2.2.4. Mehić B, Stanetić M, Tinjić L, Smoljanović V. OUR EXPERIENCES WITH ERLOTINIB IN SECOND AND THIRD LINE TREATMENT PATIENTS WITH ADVANCED STAGE IIIB/ IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER. Bosn J Basic Med Sci. 2008 Nov;8(4):386-90.

(8 bodova)

HER1/EGFR su receptori za koje se zna da imaju značajnu ulogu u tumorigenezi i overekspresiji kod više od 80% NSCLC. Studija je obuhvatila klinički program Erlotinib kod NSCLC u fazi IV otvorena ne randomizirana, multicentrićna studija kod pacijenata sa uznapredovalim stadijumom (IIIb/IV) NSCLC koji su bili pogodni za tretman sa erlotinibom po kriterijumima ukljućenja u studiju. Pacijenti za studiju u Bosni i Hercegovu su selektovani u dva klinička centra (Sarajevo i Banja Luka). Praćena je efikasnost i tolerancija na terapiju sa erlotinibom u monoterapiji u drugoj liniji. Svi pacijenti su dobijali erlotinib u jednoj dnevnoj dozi i podaci su ubacivani u bazu podataka sa CRF-om poslednjeg datuma 14.05.2008. Tokom tog perioda praćeno je devetanaest bolesnika. Ta populacija je definisana prorotoklima ukljućenja svih pacijenata koji su pogodni za lijećenje jednom dnevnom dozom erlotiniba. Dobijeni rezultati su uporedivi sa rezultatima randomizirane, placebo-kontrolisane BR.21 studije. Dokazano je da je erlotinib efikasna opcija za pacijente sa uznapredovalim NSCLC koji su prije lijećeni, ili koji nisu imali dobar odgovor na standardnu hemoterapiju. U BiH grupi pacijenata DCR je 84%, a PFS je aproksimativno 24,7 nedelje. Svi bolesnici su dobro podnosili lijećenje erlotinibom, te je samo kod malog broja bolesnika primjećen zanaćajnji osip i gastrointestinalne tegobe.

3.2.2.5. Rajkovaća Z, Kovaćević P, Stanetić M, Ristić S. ASSESMENT OF THE APPLICATION OF RECOMBINAT HUMAN THYROTROPIN IN THE FOLLOE-UP OF PATIENTS WITH WELL-DIFERENTED THYROID CARCINOMA. Vojnosanit Pregl. In press

(8 bodova)

3.2.3. Originalni naućni radovi u časopisu nacionalnog znaćaja (8 bodova):

3.2.3.1. Kovaćević P, Stanetić M, Ćado M, Novaković L, Arnautović R, Vućić M, Matavulj A, Rajkovaća Z. LIJEĆENJE NE INVAZIVNOM VENTILCIJOM U KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI KC BANJA LUKA PRVA ISKUSTVA. Scr Med 2008; 39: 19 – 23.

(5 bodova)

Neinvazivna ventilacija (NIV) je način ventiliranja bolesnika koja ne zahtijeva arteficialni disajni put (endotrahealni tubus – ETI), te se zbog toga danas široko upotrebljava u tretmanu akutne respiratorne insuficijencije (COPD, akutni kardiogeni edem pluća), što ima za posljedicu smanjenje bolesnika liječenih invazivnom mehaničkom ventilacijom. Cilj ovog rada jeste da se sagledaju prva iskustva u liječenju neinvazivnom ventilacijom u Klinici za plućne bolesti Kliničkog centra Banja Luka u desetomjesečnom periodu. Rezultati pokazuju da je u posmatranom preiodu NIV –om tretirano 36 bolesnika, a s a smrtnim ishodom kod deset bolesnika (28%). Objašnjenje za visok procenat smrtnih ishoda može se naći u kašnjenju početka ventiliranja bolesnika.

3.2.3.2. Stanetić M, Kovačević P, Rajkovača Z, Veljković S, Radenković M, Huskić J. EFEKTI NIVOVA ENDOTELINA – 1 NA PARAMETRE SPIROMetriJE KOD DIJALIZIRANIH BOLESNIKA. Scr Med 2010; 41: 71 – 76.

(5 bodova)

Bolesnici lečeni različitim dijaliznim procedurama (hemodijaliza i peritoneumska dijaliza-CAPD) imaju višestruko povišene vrednosti endotelina-1. Nije sasvim jasno da li je kod ove populacije bolesnika povišeno stvaranje ovog poznatog vazokonstriktora ili je smanjena njegova metabolička degradacija. Pored navedenog, malo je poznat efekat endotelina-1 na respiratornu funkciju. Cilj ove studije je da se prate parametri spirometrije kod bolesnika koji se leče nekim od dijaliznih modela (hemodijaliza ili CAPD) u zavisnosti od nivoa endotelina-1. U studiju je uključeno 28 bolesnika koji se leče ponavljanim hemodijalizama i 23 bolesnika lečenih CAPD-om. Svi bolesnici su bili bez primarnog oboljenja srca i pluća. Bolesnici su podeljeni po načinu dijaliziranja u dve grupe, a unutar svake grupe po nivou endotelina-1 (6,6pg/ml). Svim ispitanicima rađena je spirometrija. Kod svih dijaliziranih bolesnika sa višim nivoima endotelina-1 postoje statistički značajna smanjenja parametara spirometrije u odnosu na grupu bolesnika koji su sa nižim vrednostima endotelina-1. Razlog za to mogu biti različiti patofiziološki procesi koji prate ovo stanje, od edema pluća, preko plućne hipertenzije i inflamatornih promena, koji su tesno povezani sa efektima endotelina-1

3.2.3.3. Kovačević S, Duronjić M, Stanetić M, Kovačević P, Vidović J. MESNA KAO MUKOLITIK I POMOĆNO SREDSTVO U PROCESU ODVAJANJA BOLESNIKA SA TEŠKOM FORMOM HOBP-A OD RE SPIRATORA. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 73 - 77.

(5 bodova)

HOBP je bolest pluća sa opstrukcijom malih disajnih puteva. Pacijenti sa teškom formom HOBP-a imaju problem sa stvaranjem gustog, žilavog sekreta, pa takve pacijente treba intubirati, respiratorno podržati i vršiti česte lavože traheobronhalnog stabla. Pacijentica starije životne dobi je primljena u JIM zbog pogoršanja stanja svijesti, respiratorne funkcije, metaboličke i respiratorne acidoze. Odmah se intubira i postavi na KMV. U toku hospitalizacije svo vrijeme na monitoringu. Svakodnevno primala dezopstruktivnu terapiju, kao i antibiotsku terapiju. Najveći problem je odvajanje pacijentice od respiratora. U tome je najviše pomogla bronhoskopija sa MESNOM. Poslije tog bolesnica se lakše odvaja od respiratora, stanje svijesti se popravlja kao i gasne analize. Nakon 58 dana boravka u JIM-u pacijentica se premješta na Kliniku za plućne bolesti. Respiratorna podrška koja je omogućena u JIM-u pomaže pacijentima sa komplikacijama HOBP-a. Odvajanje od respiratora može biti otežano zbog nakupljanja sekreta, te u tom najveću pomoć može pružiti bronhoskopija sa MESNOM, kao mukolitikom.

3.2.3.4. Stanetić M, Mehić B. TARCEVA® U PRIMJENI KOD NEMIKROCELULARNOG KARCINOMA PLUĆA (EKSPERTSKO KLINIČKO MIŠLJENJE). Majske pulmološke dane 2006: 43-51.

(5 bodova)

Tarceva je jako potentan, oralni, visoko specifični, reverzibilni inhibitor tirozin kinaze receptora epidermalnog faktora rasta (EGFR TKI). Tarceva inhibira autofosforilaciju EGFR, također poznatog kao humani epidermalni receptor 1 (HER1), koji reguliše signaliziranje u unutrašnjosti ćelije odnosno nukleusu, te ćelijsku proliferaciju. Tarceva je pokazala antitumorsku aktivnost na ljudskim ksenografskim modelima kod kojih je bilo poznato da HER 1 /EGFR ima poremećenu regulaciju, kakvi su nemikrocelularni karcinom pluća (NSCLC) i skvamoznoćelularni karcinom glave i vrata (HNSCC), tj. inhibiciju tumorskog rasta ili regresiju. U ovim predkliničkim modelima, viđeni su i dodatni efekti od strane Tarceve u kombinaciji sa konvencionalnim hemoterapijskim agensima kakav je cisplatin. Kožni raš i diareja su pouzdano najčešći neželjeni efekti primjene Tarceve. Oba ova efekta limitiraju dozu lijeka na 200mg/dnevno. Pri maksimalno tolerisanoj dozi (MTD) od 150mg/dnevno raš i diareja su tolerantni i ova doza obezbjeđuje uravnoteženu plazmatsku koncentraciju koja pokazuje optimalnu inhibiciju HER 1 /EGFR in vitro.

3.2.3.5. Jandrić K, Stanetić M, Duronjić M, Gajić S. PLEURODEZA TALKOM KOD MALIGNIH PLEURALNIH IZLIVA. Majske pulmološke dane 2006: 81-85.

(5 bodova)

Efuzije pleure dovode do pogoršanja pacijentovog zdravstvenog stanja i potrebe za ponavljanim pleuralnim punkcijama. Veoma je važno da se utvrdi etiologija pleuralnog izliva i uradi pleurodeza na najefikasniji i najkomfortniji način za pacijenta. Pleuralne efuzije maligne etiologije se razvijaju u terminalnom stadijumu maligne bolesti. Među ranije upotrebljavanima agensima za pleurodezu, talk se pokazao kao najefikasniji, najpouzdaniji i najjeftiniji za pleurodezu. U toku 2005. godine pleurodeza je urađena kod 12 pacijenata sa malignim pleuralnim izlivom na Klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci. Rastvor talka je instiliran intrapleuralno kroz torakalni dren, nakon kompletne evakuacije pleuralnog izliva. Pleurodeza je smatrana uspješnom, ako nije dolazilo do ponovnog stvaranja izliva unutar 3 mjeseca nakon intervencije. Pleurodeza se pokazala kao uspješna kod 10 pacijenata iz naše serije (83,33%). Srednja vrijednost dužine trajanja pleuralne drenaže je bila 3 dana. Kao komplikacije pleurodeze javljale su se temperatura, bol i separacija pleuralnog izliva. Pleurodeza kao procedura nije dovela do značajnih komplikacija. Nakon pleurodeze pacijenti su praćeni ambulantno, određeni period. Pleurodeza talkom je najefikasnija, najjeftinija i najsigurnija metoda za obliteraciju pleuralnog prostora kod malignih pleuralnih izliva. Metoda je efikasna u visokom procentu slučajeva, mada je naš uzorak mali za kvalitetniju analizu. Kvalitet života kod ovih pacijenata je značajno poboljšán nakon određenog perioda od pleurodeze, uz gubitak simptoma naročito gušenja i bola.

3.2.3.6. Kovačević P, Matavulj A, Rajkovača Z, Ponorac N, Jakovljević B, Stanetić M, Jandrić K. UTICAJ DUŽINE HEMODIJALIZNOG STAŽA NA RESPIRATORNU FUNKCIJU. Majski pulmološki dani 2006: 85-89.

(5 bodova)

Ni jedan organ niti organski sistem nisu pošteđeni negativnog učinka terminalne faze hronične bubrežne insuficijencije, pa tako ni pluća. Mnogi autori su posmatrali komplikacije na plućima kod uremijskog bolesnika, dok je manje praćen uticaj nekog od modela liječenja terminalnog stadijuma HBI na respiratorni sistem. Cilj rada je da se utvrdi da li postoje razlike u oporavku ventilatorne funkcije bolesnika liječenih ponavljanim hemodijalize u zavisnosti od dužine dijaliznog staža. Istraživanje je obavljeno na 21 bolesniku u terminalnom stadijumu hronične bubrežne insuficijencije, bez primarnog oboljenja pluća i srca, koji su liječeni ponavljanim hemodijalizama. Svim bolesnicima rađena je spirometrija u dva vremenska intervala, 2000., te 2005. godine. Dobijeni rezultati ukazuju da se postdijalizne vrijednosti respiratorne funkcije (FVC, FEV₁, FEF₇₅, FEF₅₀,) statistički značajno popravljaju ($p < 0,01$), dok se nakon pet godina dijaliznog staža takav oporavak ne nalazi. Iz dobijenih rezultata može se zaključiti da dužina dijaliznog staža ima nepovoljan efekat na respiratornu funkciju.

3.2.3.7. Gajić S, Jandrić K, Stanetić M, Duronjić M. KORELACIJA ENDOSKOPSKOG NALAZA I UČINKA HEMOTERAPIJE KOD BRONHOPULMONALNOG KARCINOMA. Majski pulmološki dani 2006: 131-135.

(5 bodova)

U našoj klinici se bronhoskopiraju bolesnici sa bronhopulmonalnim karcinomom, koji primaju hemoterapiju nakon trećeg i šestog ciklusa. Cilj rada je da prikaže korelaciju bronhoskopskog nalaza sa učinkom hemoterapije kod pojedinih tipova karcinoma. Obradeno je 70 bolesnika od kojih je kod 30 bio mikrocelularni karcinom, kod 32 skvamozni karcinom i kod 8 adeno karcinom. Iz rezultata se vidi da je kod mikrocelularnog karcinoma nakon trećeg ciklusa hemoterapije postignuta značajna endoskopska regresija kod dvije trećine bolesnika, dok se nakon šestog ciklusa nastavlja dalja regresija kod jedne trećine bolesnika, kod jedne trećine stacionaran nalaz a kod jedne trećine progresija u odnosu na prethodni bronhoskopski nalaz. Kod skvamoznog karcinoma takode nakon trećeg ciklusa hemoterapije postoji značajna endoskopska regresija kod više od dvije trećine bolesnika, dok se nakon šestog ciklusa dalja regresija nade samo kod jedne osmine bolesnika, kod jedne polovine stacionaran nalaz i kod tri osmine progresija u odnosu na prethodni endoskopski nalaz. Kod adeno karcinoma nakon tri ciklusa hemoterapije nismo našli značajnu endoskopsku regresiju uz uglavnom stacionaran nalaz, dok nakon šestog ciklusa u jedne četvrtine nademo regresiju endoskopskog nalaza, jednu četvrtinu progresiju i kod jedne polovine stacionaran nalaz. Može se zaključiti da endoskopska regresija nalaza najbolje korelira sa mikrocelularnim karcinomom, mada postoji i značajna korelacija i sa epidermoidnim karcinomom uglavnom nakon trećeg ciklusa hemoterapije.

3.2.3.8. Dragišić G, Stanetić M. ETIOLOGIJA SINDROMA SREDNJEG REŽNJA. Majski pulmološki dani 2006: 157-163.

(5 bodova)

Sindrom srednjeg režnja je definisan kao prolazni ili trajni kolaps srednjeg režnja desnog plućnog krila. Cilj rada je utvrditi najčešće etiološke činioce sindroma srednjeg režnja i eventualne razlike u etilogiji ovog radiološkog fenomena u odnosu na starosnu dob i pol. Urađena je retrospektivna analiza podataka 40 bolesnika sa radiološkim znacima sindroma srednjeg režnja. U analiziranoj grupi bio je isti broj pacijenata muškog i ženskog pola (20), a prosječna starosna dob bila je 64 godine. Kod najvećeg broja pacijenata dijagnostikovano je karcinom pluća (15 pacijenata ili 37,5 %) i tuberkuloza (13 ili 32,5 %). Od ostalih etioloških uzroka dijagnostikovali smo pneumonije, HOBP, bronhijektazije i apsces pluća. Od ukupnog broja pacijenata sa karcinomom pluća (15), bilo je 10 muškaraca (65 %) i 5 žena (35 %). U grupi pacijenata sa potvrđenom tuberkulozom pluća (13) bilo je 10 žena (77 %) i 3 muškarca (33 %). Većina pacijenata sa karcinomom pluća i tuberkulozom imali su pozitivan bronhoskopski nalaz. Najčešći etiološki uzroci sindroma srednjeg režnja su bronhopulmonalni karcinom i tuberkuloza pluća. Javlja se u svim starosnim grupama, ali je incidenca znatno veća kod osoba starijih od 50 godina. Postoji signifikantna razlika između polova kod pacijenata sa karcinomom pluća i tuberkulozom.

3.2.3.9. Kuzmić B, Stanetić M, Jandrić K, Gajić S, Vučić M. EKG PROMJENE KOD NBPT-a. Majski pulmološki dani 2007: 101-105.

(5 bodova)

Izvođenje NBPT-a je značajna pomoćna metoda u dokazivanju hiperreaktivnosti disajnih puteva i pomoć u dijagnostici bronhijalne astme. Nespecifični provokator može izazvati promjene srčane funkcije utičući preko nervnog sistema na električnu aktivnost srčanog mišića. Te promjene registrujemo na EKG-traci. Osnovni poremećaj je ubrzanje srčanog rada kod 90,4% ispitanika sa pozitivnim NBPT-om, dok je kod 5,9% ispitanika zabilježena aritmija blažeg stepena. Znaci ishemije (elevacije T talasa u 2 ili više odvođa veća od 2mm) nadeni su kod 17 ispitanika ili 32,6%. Do manjih promjena u srčanoj funkciji dolazi i kod bolesnika sa negativnim NBPT-om. Povećanje frekvencije registrovano je kod 92,3% ispitanika dok su znaci ishemije (elevacija T talasa u 2 ili više odvođa za više od 2 mm) registrovani kod 11,1% ispitanika. Povećanje frekvencije srca kod ispitanika sa pozitivnim NBPT-om je za 15,1/min ili 19,9% dok je kod ispitanika sa negativnim NBPT-om povećanje frekvencije za 6,18/min ili 9,98%.

3.2.3.10. Jandrić K, Stanetić M, Duronjić M, Gajić S, Aleksić D, Dragišić G. TRANSTORAKALNA PUNKCIJA I BIOPSIJA U DIJAGNOZI BRONHOPULMONALNIH I MEDIJASTINALNIH MALIGNOMA. Majski pulmološki dani 2007: 149-153.

(5 bodova)

Transtorakalna punkcija je poslije bronhoskopije najznačajnija agresivna procedura u dijagnozi bronhopulmonalnih i medijastinalnih malignoma. Rad ima za cilj da pokaže značaj ove metode u dijagnozi i ranom otkrivanju bronhopulmonalnih malignoma, tehniku izvođenja i komplikacije same metode. Analizirani su rezultati svih 157 transtorakalnih punkcija urađenih na našoj klinici u 2006 godin i te izdvojeni svi verifikovani malignomi koji su obrađeni po svojim karakteristikama. Rezultati su pokazali da se u blizu 50% punktiranih pacijenata nađe neka vrsta malignoma, što čini 22% ukupno verifikovanih malignoma na našoj klinici. Najčešće se otkriju skvamozni i adenokarcinom (79%),

odnos otkrivenih malignoma kod muškaraca i žena je 3:1, pacijenti su najčešće u šestoj i sedmoj deceniji života (oko 70%), i što je najvažnije većina otkrivenih bronhopulmonalnih karcinoma transtorakalnom punkcijom je operabilno (preko 50%).

3.2.3.11. Dragišić G, Stanetić M. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA PLEURALNIH IZLIVA NA OSNOVU CITOLOŠKE ANALIZE PLEURALNE TEČNOSTI. Majski pulmološki dani 2007: 177-183.

(5 bodova)

Pleuralni izliv je rezultat oboljenja pleure, pluća, drugih intratorakalnih organa i udaljenih organa. Dijagnoza pleuralnih izliva pretrpjela je zadnjih godina velike promjene, pa ipak 20-25% pleuralnih izliva ostaje etiološki nerazjašnjeno. Cilj rada je da pokaže značaj citološke analize pleuralne tečnosti u diferencijalnoj dijagnozi pleuralnih izliva. Analizirani su rezultati citoloških analiza pleuralne tečnosti kod 110 bolesnika koji suhospitalizovani na Klinici za plućne bolesti u Banjaluci.: Pleuralne izlive smo podijelili na maligne u kojima su dokazane tumorske ćelije (34,5%), limfocitne (25,5%), hemoragične-čista krv (4,5%), empijeme (6,4%) i pleuralne izlive u kojima dominiraju makrofazi i neutrofili (19,1%). Prosječno 36,8 % malignih izliva su bili hemoragični. Najčešći uzrok limfocitnih izliva je tuberkuloza, u našem istraživanju u 67,9% slučajeva. U uzorcima pleuralne tečnosti, čistu krv smo našli kod 5 pacijenata, a uzroci su bili povreda (1), karcinom (3) i tuberkuloza (1). Pleuralni izlivi sa dominacijom neutrofila i makrofaga su najčešće posljedica pneumonija (33,3%). Kod 7 pacijenata je dokazan empijem pleure. Od ukupnog broja pleuralnih izliva gdje smo napravili citološku analizu pleuralne tečnosti, 9,1% je ostalo etiološki nerazjašnjeno. Dobijeni rezultati potvrđuju da su najčešći uzroci pleuralnih izliva maligna oboljenja (pluća i udaljenih organa) i tuberkuloza. Na osnovu citološke analize pleuralne tečnosti moguće je postaviti dijagnozu nekih malignoma. Pleuralni izlivi sa dominacijom limfocita su najčešće tuberkulozne etiologije.

3.2.3.12. Kuzmić B, Gajić S, Stanetić M. PLEURALNI IZLIVI KOD NON HODGKINOVOG LIMFOMA-prikaz slučaja. Majski pulmološki dani 2007: 183-189.

(5 bodova)

Pacijent D.Ž. rođen 1940. godine, koji je liječen tri godine zbog ponavljanih pleuralnih izliva, da bi se konačna dijagnoza postavila tek nakon te tri godine. Bolest je počela septembra 2002. godine, sa jakim bolovima sa desne strane grudnog koša, povremenim suhim kašljem i slabošću. Otpušten je pod dijagnozom eksudativnog specifičnog pleuritisa. Liječen je antituberkuloticima i kortikosteroidima. 2004. ponovo je ispitivan u Klinici za plućne bolesti i otpušten pod dijagnozom eksudativnog bilateralnog pleuritisa, kardiomiopatije i splenomegalije. Upućen je na VMA-Kliniku za plućne bolesti, gdje je ispitivan radi razjašnjenja etiologije obostranih izliva. Nakon ispitivanja otpušten je pod dijagnozom Hilothorax bilateralis., MCP chr.comp, HTA. Novembra 2005. godine pacijent je primijetio uvećan limfonodus na desnoj strani vrata, bazalno, te je upućen hematologu. Uradena je ekstirpacija limfonodusa radi biopsije i dobijena PHD: Non Hodgkin lymphoma (visoko maligni i visoko mitotski aktivni slabo diferentovani). Imunohistohemijski Dg. Lymphoma non Hodgkin-follicular lymphoma, CD 20+++. Do sada liječen citostatskom terapijom (Endoxan I Pronison VI kura, zatim VI kura po protokolu CHOP; potom primio VIII kura terapije po protokolu COP-Rituximab). Bolesnik se dobro osjeća i zaključuje se da je bolest u fazi remisije.

3.2.3.13. Gajić S, Jandrić K, Duronjić M, Stanetić M. TRANSTORAKALNA PUNKCIJA U DIJAGNOZI BRONHOPULMONALNOG KARCINOMA U KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI BANJALUKA U 2007. GODINI. Scr. Med. 2008: 63-67.

(5 bodova)

U našoj klinici transtorakalna punkcija je najčešće korištena agresivna metoda poslije bronhoskopije u dijagnostikovanju bronhopulmonalnog karcinoma. Cilj ovog rada je da pokaže značaj navedene metode u dijagnostici bronhopulmonalnog karcinoma, mogućnost ranog otkrivanja, te samu tehniku izvođenja. Analizirali smo rezultate 204 izvedene transtorakalne punkcije u 2007. godini, te verifikovane malignome obradili po njihovim karakteristikama, a dobijene rezultate uporedili sa rezultatima iz 2004. i 2006. godine. U 2007. smo uradili 204 TTP, što je značajno više u odnosu na 2006 (157), a posebno 2004 (115). Rezultati su pokazali da se kod više od 40% punktiranih našla neka vrsta malignoma, a ovom metodom je dijagnostikovano oko 21% (u 2006. 22%) malignoma u našoj klinici. Od navedenog broja najviše su bili zastupljeni skvamozni (58%) i adenokarcinom (21%), dok su ostali (mikrocelularni, karcinoid i NSCLC koji nisu striktno svrstani) bili značajno manje zastupljeni. Zastupljenost skvamoznog je porasla za 14% u poređenju sa 2004. godinom, a zastupljenost adenokarcinoma se smanjila za oko 7%. Što se tiče komplikacija ove metode, uglavnom se radilo o pneumotoraksu (oko 3%), koji se odmah reekspanzijom zbrinjavao u našoj klinici. Iz navedenog se može zaključiti da je ova metoda izuzetno važna u dijagnostici i ranom otkrivanju bronhopulmonalnog karcinoma, te da je broj TTP u našoj klinici procentualno više porastao u odnosu na bronhoskopije. S obzirom na vrijednost ove metode, njene komplikacije su gotovo beznačajne.

3.2.3.14. Jandrić K, Stanetić M, Duronjić M, Gajić S, Glišić S, Menićanin T. TRANSTORAKALNA BIOPSIJA U DIJAGNOZI BRONHOPULMONALNIH, PLEURALNIH I MEDIJASTINALNIH MALIGNOMA. Scr. Med. 2008: 67-71.

(5 bodova)

Transtorakalna biopsija ponekad je jedino rješenje za postavljanje definitivne dijagnoze bronhopulmonalnih, pleuralnih i medijastinalnih promjena najčešće maligne etiologije. Rad ima za cilj da pokaže značaj ove metode u dijagnozi navedenih promjena čija etiologija nije dokazana uobičajnim dijagnostičkim procedurama (bronhoskopija, TTP, pleuralna punkcija i slično). Metoda je dosta jednostavna mada nosi sa sobom značajne rizike od mogućih komplikacija. Analizirani su rezultati svih 16 transtorakalnih biopsija urađenih na našoj klinici u 2007 godini, te izdvojeni svi verifikovani malignomi. Rezultati su pokazali da se u 81,25% biopsiranih pacijenata našla neka vrsta malignoma, što čini 5,5% ukupno verifikovanih malignoma na našoj klinici. Najčešće su otkriveni limfomi i mezotelijomi po 30,76% ili 61,5% zajedno, zatim adenokarcinom i mikrocelularni karcinom po 15,38% ili zajedno 30,76%, te makrocelularni karcinom kod 7,7% otkrivenih malignoma. Kod 18,75% biopsiranih pacijenata nisu nađene maligne promjene. Komplikacije ove metode kod nas su bile hemoptizije nakon biopsije samo kod jednog pacijenta. Može se zaključiti, da je ova pretraga ponekad metoda izbora u dijagnozi malignoma, prije svega limfoma i mezotelioma, gdje je za definitivnu dijagnozu često potrebna imunohistohemija, za koju je neophodan veći uzorak, koji se ne može dobiti na drugi način.

3.2.3.15. Jandrić K, Stanetić M, Gajić S, Duronjić M, Menićanin T, Glišić S. VALJANOST CITOLOŠKE DIJAGNOSTIKE BRONHOPULMONALNIH MALIGNOMA NA KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI BANJA LUKA. Scr. Med. 2008: 71-75.

(5 bodova)

Više od 10 godina na našoj klinici se radi citološka analiza preparata uzetih na različite načine, koja značajno doprinosi brzom, jeftinom i tačnoj dijagnozi prije svega malignih oboljenja. Cilj rada je da procjeni valjanost citološke dijagnostike bronhopulmonalnih malignoma, učestalost pregleda u toku jedne godine, te pokaže broj i distribuciju različitih malignoma, kao i pozitivnost pojedinih metoda uzimanja uzorka. Analizirano je 1374 citološka preparata u 2007 godini na našoj klinici iz banjalučke, prijedorske, dobojske i sarajevske regije, te distrikta Brčko, od kojih je 422 verifikovanih malignoma. Rezultati su pokazali da je najveći broj citoloških preparata otkrivenih malignoma dobijen putem bronhoskopije (kateter i TBNA) blizu 75%, zatim FTP oko 20%, pleuralnom punkcijom preko 8%, punkcijom limfnog čvora blizu 7%, dok su ostali uzorci znatno rijede zastupljeni ukupno 1,65%. Pozitivnost svih uzoraka je preko 90%, kod nekih i 100%, izuzev nađenih malignih ćelija u izlivima 62,50%. Najčešće se otkriva skvamozni karcinom kod 61,61% (najčešće bronhoskopski blizu 80%), zatim mikrocelularni kod 19,90% (najčešće TBNA preko 85%), adenokarcinom kod 13,03% (najčešće TBNA preko 50%), svi ostali manje od 6,5%. Podudarnost citoloških i patohistoloških nalaza je preko 98,5% i a najčešća nepodudarnost je između adenokarcinoma i skvamoznog. Može se zaključiti da je citologija u pulmologiji prije svega kod verifikacije malignoma, veoma značajna jeftina, praktična, brza i pouzdana metoda, koja je potpuno kompletna sa patohistologijom.

3.2.3.16. Duronjić M, Jandrić K, Stanetić M, Vučić M, Gajić S, Menićanin T. ZNAČAJ BRONHOSKOPIJE U DIJAGNOSTICI BRONHOPULMONALNOG KARCINOMA, NAŠA ISKUSTVA. Scr. Med. 2008: 75-79.

(5 bodova)

U spektru invazivnih dijagnostičkih metoda koje se koriste u dijagnostici bronhopulmonalnih oboljenja, a naročito bronhopulmonalnog karcinoma, bronhoskopiji pripada najvažnije mjesto. U našoj ustanovi se u većini slučajeva izvodi fiberoptičkim bronhoskopom. Cilj rada je pokazati važnost ove metode u dijagnostici, citološkoj distribuciji, kao i sadašnjem trendu bronhopulmonalnog karcinoma, te odnos endoskopski pozitivnog i urednog nalaza. U radu smo iznijeli sve bronhopulmonalne karcinome dijagnostikovane ovom metodom u 2007. godini, kao i njihovu citomorfološku podjelu. Bronholozi ove klinike su tokom 2007. godine načinili 1112 bronhoskoptja, od čega u samoj ustanovi 832. Od tog broja 650 bronhoskopija je radjeno u dijagnostičke, 78 u terapijske, a 104 u svrhu praćenja toka maligne bolesti. Kod 24,61% bronhoskopiranih je verifikovana maligna bolest, što iznosi 62,25% od ukupnog broja dijagnostikovanih malignoma u našoj klinici. Najveći procenat od tih pripada skvamocelularnom karcinomu (48,75%), slede mikrocelularni karcinom (23,75%), adenokarcinom (18,75%), nemikrocelularni karcinomi (8,12%), ostali (0,62%). Od ukupnog broja dijagnostičkih bronhoskopija kod 173 bolesnika smo našli endoskopske znake maligne bolesti, i to u odnosu na broj bronhoskopski dijagnostikovanih malignoma (160) čini 92,4%. Ostali su verifikovani drugim invazivnim dijagnostičkim metodama. Porast broja verifikovanih adenokarcinoma je rezultat preciznije dijagnostike. I pored procentualnog smanjenja bronhoskopski dijagnostikovanih karcinoma u odnosu na druge invazivne metode, bronhoskopija zauzima primarno mjesto u dijagnostici maligne bolesti pluća.

3.2.3.17. Menićanin T, Guzijan M, Novaković L, Stanetić M, Jandrić K. BROJ NOVOOTKRIVENIH MALIGNOMA U KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI KLINIČKOG CENTRA BANJA LUKA U 2007. GODINI. Scr. Med. 2008: 79-85.

(5 bodova)

Karcinom pluća, je najčešći karcinom kod čovjeka, kako u svijetu tako i u našoj zemlji. Cilj rada je bio da ukaže na učestalost obolijevanja od karcinoma pluća kod pacijenata hospitalizovanih na Klinici za plućne bolesti u 2007. godini. Analizirali smo i zasupljenost određenih citoloških tipova karcinoma pluća, polnu i starosnu strukturu pacijenata, stadijum bolesti i terapijske mogućnosti kod novotkrivenih malignoma. Uradili smo retrospektivnu analizu kliničkih podataka 257 novotkrivenih pacijenata, kojima je citološkom analizom verifikovana maligna bolest pluća. U ispitivanoj grupi bolesnika 220 (86%) su bili muškarci, dok su 37(14%) bile žene. Najveći procenat bolesnika je bio u dobi od 60-70 godina starosti, čak 88 bolesnika a najmanji u dobi od 30-40 godina starosti i to 10 bolesnika. Broj bolesnika sa pušačkim stažom preko 15 godina je 231 (90%), ostalo su bivši pušači (4%), te nepušači (6%). Kod muškaraca imamo dominaciju skvamoznog karcinoma 48%, potom mikrocelularnog 20%, te adenokarcinoma kod 19% bolesnika. U ženskoj populaciji adenokarcinom je zastupljen kod 42% bolesnica, potom skvamozni karcinom kod 30% te mikrocelularni kod 20% bolesnica. Najveći broj verifikovanih karcinoma pluća nalazio se u desnom plućnom krilu (125) dok su kod 13 bolesnika u momentu potvrđivanja dijagnoze već postojale udaljene metastaze. U momentu potvrđivanja dijagnoze operabilno je bilo 12% bolesnika, na simptomatski tretman je upućeno 10% bolesnika, dok je ostalih 78% bolesnika tretirano kombiniranim modalitetima liječenja hemioterapijom radioterapijom. Broj oboljelih od karcinoma pluća je u stalnom porastu, kako u našoj zemlji, tako i u svijetu. U odnosu na prethodni period registrovali smo veći broj dijagnostifikovanih adenokarcinoma i manji broj oboljelih kojima je postavljena dijagnoza skvamoznog karcinoma. Ustanovili smo da postoji pomjeranje dobne granice obolijevanja od karcinoma pluća ka mlađoj životnoj dobi tj. petoj i šestoj deceniji života. U momentu postavljenja dijagnoze najveći broj pacijenata se nalazio u intratorakalno odmaklom stadijumu bolesti tako da su i dalje najčešći modaliteti liječenja kombinovana polihemioterapija i radioterapija.

3.2.3.18. Stanetić M, Novaković L, Turić M, Guzijan M, Menićanin T. EVALUACIJA REZULTATA JEDNOGODIŠNJE PRIMJENE TARCEVA-e U LIJEČENJU UZNAPREDOVALOG NEMIKROCELULARNOG KARCINOMA PLUĆA. Scr. Med. "Majski pulmološki dani 2008": 179-183.

(5 bodova)

Karcinom pluća najčešći je visceralni maligni tumor i vodeći uzrok smrti muškaraca u BiH (izvještaj WHO iz 2003). 70% novodijagnostikovanih karcinoma pluća su u uznapredovalim stadijima bolesti (IIIB i IV). Cilj rada je predstaviti vlastito iskustvo u liječenju uznapredovalog nemikrocelularnog karcinoma pluća. Obuhvaćeno je 19 pacijenata tretiranih Tarceva-om, koji su prethodno liječeni nekim od protokola sa platinom u osnovi. Naše rezultate smo poredili sa rezultatima studije BR21. Dobijeni rezultati su uporedivi sa rezultatima dobijenim u studiji BR21, čak i bolji, što se može objasniti kvalitetnijim odabirom bolesnika za liječenje inhibitorima tirozin kinaze.

3.2.3.19. Guzijan M, Stanetić M, Novaković L. ANALIZA KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA SA KARCINOMOM PLUĆA LIJEČENIH HEMIOTERAPIJOM PROTOKOLIMA (PLATINA-ETOPOSID I PLATINA -GEMCITABIN). Scr. Med. „Majski pulmološki dani 2008”: 259-269.

(5 bodova)

Terapija citostaticima pored svojih pozitivnih efekata ima i značajan broj nus pojava, naročito izraženih na ćelije koje se proliferišu (granulociti, trombociti, eritrociti). Drugi neželjeni efekti su mučnina, povraćanje, gubitak kose, malaksalost... U radu smo pratili 30 bolesnika koji su primali hemioterapiju po protokolima PE i PG. U PE grupi nismo našli značajnija odstupanja vrijednosti krvnih parametara dok u PG grupi imamo udruženu pojavu anemije, leukopenije, trombocitopenije kod 20% bolesnika. Mučnina i povraćanje su u podjednakom procentu bili zastupljeni u obe grupe. Respiratorne tegobe su uglavnom korelirale sa stadijumom bolesti. Oko 60% bolesnika je prestalo da radi svoje ranije poslove.

3.2.3.20. Stanetić K, Savić S, Stanetić M, Tešanović G. ULOGA PORODIČNOG LJEKARA U TRETMANU PACIJENATA SA HOBP. Scr. Med. 2008: 337-343.

(5 bodova)

Pacijenti sa HOBP se često susreću u radu ljekara u porodičnoj medicini. Nove studije su dokazale da oko 85% pacijenata sa HOBP može zbrinuti porodični ljekar. Cilj ispitivanja je kako su tretirani pacijenti sa HOBP u JZU Dom zdravlja, Banja Luka. Istraživanje je restrospektivno, a provedeno je kod pacijenata u dva tima porodične medicine u Domu zdravlja Banja Luka. Podaci o farmakološkom tretmanu pacijenata sa HOBP tokom 2007. godine prikupljeni su iz zdravstvenih kartona i druge medicinske dokumentacije pacijenata. Istraživanjem je obuhvaćen 84 pacijent sa postavljenom dijagnozom HOBP (ženskog pola 36, muškog pola 48). Tokom jednogodišnjeg perioda 46 (54.76%) ispitivanih pacijenata je imalo jednu ili više teških pogoršanja HOBP, a 14 (16.67%) pacijenata je hospitalizovano. Tokom pogoršanja bolesti većina pacijenata je primala intravenski teofilin: u 14 slučajeva pa preporuci pulmologa, u 20 slučajeva po preporuci porodičnog ljekara, a 24 pacijenta su dobili intravenski teofilin u Službi hitne pomoći. Većina ispitivanih pacijenata koristi kratkodjelujući ili dugodjelujući teofilin peroralno: 24 (28.57%) povremeno i 44 (52.38%) kontinuirano. U ispitivanoj grupi pacijenata, njih 54 (64.28%) koristi kratkodjelujući beta2 agonist salbutamol putem inhalacija tokom pogoršanja bolesti, 15 (17.86%) pacijenata koristi antiholinergike, a 30 (35.71%) salmeterol+flutikazon. Porodični ljekari imaju značajnu ulogu u tretmanu pacijenata sa HOBP. Istraživanje je pokazalo da je porodični ljekar tokom 92 (14.38%) tražio konsultaciju pulmologa, a tokom ostalih 548 (85.62%) pregleda porodični ljekar samostalno pružio odgovarajuću uslugu. Najčešće korišteni lijek u tretmanu pacijenata sa HOBP u ispitivanoj grupi je intravenski, kratkodelujući i dugodjelujući peroralni teofilin. Drugi najčešće korišten lijek je kratkodjelujući beta2 agonist salbutamol. Inhalacione antiholinergike i dugodjelujuće beta2 agoniste koristi manji broj ispitivanih pacijenata.

3.2.3.21. Gajanin R, Stanetić M, Amidžić Lj, Gajanin V, Gojković Z, Babić M, Balaban N, Janičić D. DIFERENCIJACIJA MALIGNIH EPITELNIH NEOPLAZMI PLEURE. Scr. Med. 2009: 85-91.

(5 bodova)

Maligni epitelni tumori pleure mogu biti primarni i sekundarni. Primarni maligni mezotelni tumori su podijeljeni u četiri osnovna histološka tipa: epiteloidni, sarkomatoidni, dezmodoplastični i mješoviti. Morfološka slika može biti različita, što predstavlja teškoće u diferencijaciji u citološkim i bioptičkim materijalima. Tumori drugih organa mogu metastazirati u pleuru, a naročito karcinomi pluća. Dijagnoza tumora pleure je bazirana na histološkom i/ili citološkom ispitivanju materijala dobijenih iz promjena smještenih na pl euri. Neophodna je korelacija citoloških, histoloških materijala sa drugim kliničkim podacima. U dijagnostici pleuralnih tumora neophodna je upotreba dodatnih analitičkih metoda (histohemijskih, imunohistohemijskih i ultrastrukturnih). Ne postoji jedinstvena paleta antitijela koja bi se koristila u svim dijagnostičkim dilemama. Paleta dijagnostičkih procedura je različita i zavisi od kliničkih podataka, morfološke slike lezije. Većina autora predlaže primjenu antitijela visoko specifičnih i senzitivnih za mezotel i za metastatski tumor. Preporučuje se korišćenje dva antitijela specifična za mezotel i dva antitijela specifična za epitel (ili neki drugi tumor koji diferencijalno-dijagnostički dolazi u obzir). Panel antitijela koji se najčešće koristi u diferencijaciji je sljedeći: calretinin, WT1, CK 5/6, TTF1, CEA, i B72.3.

3.2.3.22. Jandrić K, Stanetić M, Menićanin T, Gajić S, Duronjić M. ZNAČAJ CITOLOGIJE U DIFERENCIJALNOJ DIJAGNOZI PROMJENA NA JETRI OBOLJELIH OD BRONHOPULMONALNIH MALIGNOMA. Scr. Med. 2009: 195-199.

(5 bodova)

Često se u praksi okrugle pečetaste promjene na jetri ne mogu jasno izdiferencirati, ni ultrazvukom, ni KT-om, prvenstveno ciste i meta promjene. To ima veliki značaj u stejdžingu bronhopulmonalnog karcinoma. Cilj rada je da ukaže na značaj punkcije i citologije u diferencijalnoj dijagnozi cista i meta promjena na jetri i samim tim pomogne precizniji stejdžing bronhopulmonalnog karcinoma. Metoda je dosta jednostavna i izvodi se tako što se promjene na jetri punktiraju pod kontrolom ultrazvuka (može i KT-a), najtanjim mogućim iglama i citološki analiziraju. Analizirali smo 10 takvih slučajeva u 2008 godini na Klinici za plućne bolesti u Banjoj Laci i dobili sledeće rezultate. Od ukupno 10 punktiranih bolesnika, kod 7 smo dokazali postojanje malignih ćelija, a kod 3 nije bilo takvih ćelija. Kod bolesnika kod kojih smo našli maligne ćelije, kod 4 smo verifikovali meta promjene koje su odgovarale citološkom tipu verifikovanog bronhopulmonalnog karcinoma, kod 2 smo našli meta ćelije bronhopulmonalnog karcinoma, koji je radiološki postojao, ali se nije mogao morfološki vertfikovati uobičajnim dijagnostičkim metodama i kod 1 bolesnika smo našli meta promjene karcinoma za kojeg se nije znalo primarno ishodište. Citološka analiza punktata promjena na jetri je od izuzetnog značaja, prije svega u diferencijalnoj dijagnozi cista i meta promjena. Često je metoda izbora konačnog stejdžinga bronhopulmonalnog karcinoma i operativne izvodljivosti.

3.2.3.23. Stanetić M, Kovačević P, Rajkovača Z, Veljković S, Radenković M, Huskić J. EFEKTI NIVOVA ENDOTELIN – 1 NA PARAMETRE SPIROMETRIJE KOD DIJALIZIRANIH BOLESNIKA. Scr. Med. 2010: 71-76.

(5 bodova)

Poznato je da bolesnici liječeni različitim dijaliznim procedurama (hemodijaliza i peritoneumska dijaliza – CAPD), imaju višestruko povišene vrijednosti endotelina – 1 (ET-1). Nije sasvim jasno da li je kod ove populacije bolesnika povišeno stvaranje ovog potentnog vazokonstriktora ili je smanjena njegova metabolička degradacija. Pored navedenog, malo je poznat efekat ET-1 na respiratornu funkciju. Iz svega iznesenog, kreirana je studija sa ciljem da se prate parametri spirometrije kod ovih bolesnika koji se liječe nekim od dijaliznih modela (hemodijaliza i CAPD) u zavisnosti od nivoa ET-1. U studiju je uljučeno 28 bolesnika koji se liječe ponavljanim hemodijalizama i 23 bolesnika liječenih CAPD-om. Svi bolesnici su bili bez primarnog oboljenja srca i pluća. Bolesnici su podijeljeni po načinu dijaliziranja u dvije grupe, a unutar svake grupe po nivou ET-1 (6,6 pg/ml). Svim ispitanicima je rađena spirometrija. Kod svih dijaliziranih bolesnika sa višim nivoima ET-1, postoje statistički značajna smanjenja parametra spirometrije u odnosu na grupe bolesnika koji su sa nižim vrijednostima ET-1. Razlog za to mogu biti različiti patofiziološki procesi koji prate ovo stanje, od edema pluća, preko plućne hipertenzije i inflamatornih promjena, koji su tijesno povezani sa efektima ET-1.

3.2.3.24. Stanimirović D, Rajkovača Z, Stanković S, Gajić S, Stanetić M, Vučić M. KLINIČKI ZNAČAJ SPECT SCINTIGRAFIJE PLUĆA SA ^{99m}Tc-DEPREOTIDOM U POSTAVLJANJU DIJAGNOZE KARCINOMA PLUĆA – PILOT STUDIJA. Scr. Med. 2010: 151-157.

(5 bodova)

Karcinom pluća predstavlja jednu od najčešćih neoplazmi. I pored napretka u dijagnostici i liječenju, karcinom pluća je vodeći uzrok mortaliteta izazvanog karcinomima u Evropi i SAD. Pored rutinske dijagnostičke obrade koja uključuje klinički pregled, RTG pluća, CT grudnog koša i bronhoskopiju, postoji potreba za dodatnom dijagnostičkom metodom koja će omogućiti efikasniji dijagnostički pristup. Scintigrafija pluća sa ^{99m}Tc-depreotidom zasniva se na pojačanoj ekspresiji somatostatinskih receptora za koje se vezuje radiofarmak kod karcinoma pluća. Prema dostupnim podacima ovo omogućava visoku dijagnostičku efikasnost u diferenciranju benigne i maligne prirode čvorova u plućima. Cilj ovog pilot istraživanja je da ispita dijagnostički značaj scintigrafije pluća sa ^{99m}Tc-depreotidom kod bolesnika sa suspektim karcinomom pluća i odredi u kojim kliničkim slučajevima je od koristi upotreba ^{99m}Tc-depreotida. Ova pilot studija obuhvatila je 9 bolesnika (7 muškaraca i 2 žene), srednje životne dobi 56,7 godina (starosti od 42-74 godine), koji su upućeni u Zavod za nuklearnu medicinu i bolesti štitne žlijezde Kliničkog centra Banja Luka, sa kliničkom, RTG ili CT sumnjom na karcinom pluća. Konačna dijagnoza postavljena je citološkom i histopatološkom analizom uzoraka dobijenih tokom bronhoskopije. Nalaz scintigrafije pluća sa ^{99m}Tc-depreotidom tumačen je kao pozitivan na malignitet ako je na scintigramima uočeno patološko fokalno nakupljanje u područjima u kojim je utvrđeno postojanje solitarnog čvora u plućima. Kod 8 od 9 bolesnika, nalaz SPECT scintigrafije pluća sa ^{99m}Tc-depreotidom je bio pozitivan. Od toga je bilo 7 stvarno pozitivnih nalaza i jedan lažno pozitivan nalaz (bolesnik sa apscesom pluća). Kod jednog bolesnika radilo se o stvarno negativnom nalazu, dok u ispitivanoj grupi bolesnika nije bilo lažno negativnih slučajeva. Zaključak ovog pilot istraživanja potvrđuje klinički značaj scintigrafije pluća sa ^{99m}Tc-depreotidom u dijagnostici karcinoma pluća i donošenju odluke o hirurškom zahvatu.

3.2.3.25. Mijatović S, Stanetić M, Novaković Lacković L. MOŽDANE METASTAZE KOD PACIJENATA SA KARCINOMOM PLUĆA U KLINICI ZA PLUĆNE BOLESTI KLINIČKOG CENTRA BANJA LUKA U PERIODU OD GODINU DANA (01.08.2008.-01.08.2009.). Scr. Med. 2010: 157-164.

(5 bodova)

Karcinom pluća je najčešći izvor moždanih metastaza. Iako mozak nije najčešće mjesto metastaziranja karcinoma pluća, moždane metastaze su uzrok većeg morbiditeta i mortaliteta od ostalih metastatskih lokalizacija. Cilj rada je analizirati vrijeme pojave moždanih metastaza, broja moždanih lezija i preporučeni tretman kod pacijenata sa primarnim karcinomom pluća, s obzirom na vrstu primarnog tumora i prethodno primijenjenu terapiju. Retrospektivnom analizom obuhvaćena su 54 pacijenta sa dijagnostikovanim moždanim metastazama primarnog tumora pluća liječena na Klinici za plućne bolesti Kliničkog centra Banja Luka u periodu od 01. avgusta 2008. godine do 01. avgusta 2009. godine; 43 ispitanika muškog, 11 ženskog pola, srednje starosne dobi 65,4 godine. Kod 29 pacijenata dijagnoza moždanih metastaza postavljena je nakon dijagnostikovanog primarnog tumora pluća (prosječno trajanje slobodnog intervala 8.7 mjeseci); kod 15 pacijenata dijagnoza moždanih metastaza postavljena je istovremeno sa dijagnozom primarnog tumora, dok su kod 10 pacijenata prvo verifikovane moždane lezije. Solitarna moždana lezija je nađena kod 24 (44.4 %) pacijenta (23 pacijenta sa NSCLC, 1 pacijent sa mikrocelularnim karcinomom), dok je 30 (55.6 %) pacijenata (21 sa NSCLC i 9 sa SCLC) imalo multiple moždane metastaze. Od 24 slučaja solitarnih lezija 4 pacijenta su operisana prije dijagnostikovanja primarnog tumora; kod preostalih 20 pacijenata 14 (70 %) slučajeva solitarna lezija bila je operabilna. Jednom pacijentu je predložena kombinovana resekcija primarnog tumora i solitarne metastaze. 25 (46.3 %) pacijenata upućeno je na palijativnu zračnu terapiju. Prilikom prve prezentacije onkološkom konzilijumu hemoterapija je predložena za 29 pacijenata, dok je simptomatska terapija preporučena za 9 pacijenata.

3.2.3.26. Duronjić M, Stanetić M, Kezić Z, Vučić M, Korica R, Čađo-Đekić M. ULOGA TESTA – INTERFERON GAMA (IGRA – interferon gama release assay) U DETEKCIJI TUBERKULOZNE INFEKCIJE, NAŠA ISKUSTVA. Scr. Med. 2010: 235-238.

(5 bodova)

Kao test brze detekcije tuberkulozne infekcije, u svijetu se sve češće koristi interferon gama test iz krvi ispitanika, zasnovan na principu ćelijski posredovanog imunološkog odgovora. Naročito često je korišten u dijagnostici LTBI i udaljene infekcije. Udaljena infekcija je pojam koji se odnosi na slučaj stare TB infekcije koja je uklonjena djelovanjem imunog sistema osobe, ali koja još uvijek može da predstavlja prijetnju koja može reaktivirati bolest. U našem ispitivanju provedenom na 43 neselektivno izabrana pacijentima, 18 je imalo pozitivnu kulturu sputuma po Levenštajnu, a 25 negativnu. Samo kulturelno pozitivne bolesnike smo tretirali kao pouzdano inficirane mikobakterijumom tuberkuloze. Svim ispitanicima smo radili interferon gama test, koji je pokazao visoku senzitivnost u 99,44 %, specifičnost je bila manja 64 %. U poređenju sa TST, ovaj test je pokazao veću senzitivnost 91,675 prema 58,33 %, ali specifičnost od 50 % mu je manja u poređenju sa TST 71,43 %.

3.2.3.27. Novaković L, Stanetić M, Stanić J. DESETOGODIŠNJE PREŽIVLJENJE PACIJENATA SA SCLC. Scr. Med. 2010: 267-270.

(5 bodova)

Mikrocelularni karcinom pluća se smatra izrazito agresivnom i progresivnom bolesti. Zavisno od proširenosti bolesti, zbog hemo i radiosenzitivnosti mikrocelularnog karcinoma, primjenjujemo liječenje hemo i/ili radioterapijom. Mediana preživljenja se kreće od 14-20 mjeseci. U našem centru registrovana je više (tri) pacijenta sa višegodišnjim preživljenjem.

3.2.3.28. Kovačević S, Duronjić M, Stanetić M, Kovačević P, Vidović J. MESNA KAO MUKOLITIK I POMOĆNO SREDSTVO U PROCESU ODVAJANJA BOLESNIKA SA TEŠKOM FORMOM HOPB-a OD RESPIRATORA. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 73 - 77.

(5 bodova)

HOPB je bolest pluća sa opstrukcijom malih disajnih puteva. Pacijenti sa teškom formom HOBP-a imaju problem sa stvaranjem gustog, žilavog sekreta, pa takve pacijente treba intubirati, respiratorno podržati i vršiti česte lavože traheobronhalnog stabla. Pacijentica starije životne dobi je primljena u JIM zbog pogoršanja stanja svijesti, respiratorne funkcije, metaboličke i respiratorne acidoze. Odmah se intubira i postavi na KMV. U toku hospitalizacije svo vrijeme na monitoringu. Svakodnevno primala dezopstruktivnu terapiju, kao i antibiotsku terapiju. Najveći problem je odvajanje pacijentice od respiratora. U tome je najviše pomogla bronhoskopija sa MESNOM. Poslije tog bolesnica se lakše odvaja od respiratora, stanje svijesti se popravlja kao i gasne analize. Nakon 58 dana boravka u JIM-u pacijentica se premješta na Kliniku za plućne bolesti. Respiratorna podrška koja je omogućena u JIM-u pomaže pacijentima sa komplikacijama HOBP-a. Odvajanje od respiratora može biti otežano zbog nakupljanja sekreta, te u tom najveću pomoć može pružiti bronhoskopija sa MESNOM, kao mukolitikom.

3.2.3.29. Novaković L, Stanetić M, Turić M, Krstović G. EVALUACIJA REZULTATA LIJEČENJA TARCEVA-om U II i III LINIJI U UZ NAPREDOVALOM NEMIKROCELULARNOM KARCINOMU PLUĆA. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 284-287.

(5 bodova)

U Kliniku za plućne bolesti KC Banja Luka, od 2005 godine, se u terapiji uznapredovalog nemikrocelularnog karcinoma pluća koristi Tarceva. Kriterijumi za ordiniranje Tarceva-e obuhvataju sljedeća ograničenja u smislu indikacija: druga ili treća linija tretmana NSCLC, mlađa životna dob, IIIb stadijum bolesti, po odluci pulmološkog onkološkog konzilijuma uz obavezno mišljenje specijaliste koji već ima iskustva u liječenju erlotinib-om, ECOG status 0-2, terapija do progresije bolesti uz kontrole svake 4 sedmice ili do pojave ozbiljnih neželjenih efekata lijeka (nastavak liječenja samo u slučaju stabilne bolesti ili objektivni odgovor na liječenje). Prvobitne preporuke uključivanja ovog preparata pretpostavljale su neuspjeh prethodnog liječenja u I i/ili II liniji HT. Sadašnje preporuke Tarcevu već svrstavaju u I liniju HT, ali kod NSCLC koji imaju mutacije EGFR. U našoj ustanovi, Tarcevu smo primjenjivali u II i III liniji HT. Cilj rada je predstaviti i uporediti rezultate primjene Tarceve u II i III liniji.

3.2.4. Radovi u zborniku radova sa nacionalnog naučnog skupa, štampani u cjelini (3 boda):

3.2.4.1. Veljković S, Kovačević P, Matavulj A, Rajkovača Z, Huskić J, Stanetić M, Ponorac N, Zagorac Z, Jakovljević B, F. J. Meyer. EFEEKTI HEMODIJALIZE I PERITONEUMSKE DIJALIUZE NA RESPIRATORNU FUNKCIJU. Zbornik radova. Majski pulmološki dani Jahorina 2007: 91 –94.

(3 boda)

Bolesnici u terminalnom stadijumu HBI, kao rezultat bolesti, ali i različitih dijaliznih režima, razvijaju veliki broj komplikacija na skoro svim organima i organskim sistemima. Najčešće opisivane komplikacije koje od strane respiratornog sistema su: uremijsko pluće, plućne infekcije, uremijski pleuritis, te uremijske kalcifikacije. Zbog kontraverzi o efektu različitih dijaliznih metoda na respiratorni sistem postavljen je cilj istraživanja; ispitati efekte različitih dijaliznih modela na respiratornu funkciju. U studiju je uključeno 43 bolesnika u terminalnom stadijumu HBI, bez primarnog oboljenja srca i pluća. Dvadeset i dva bolesnika (12 žena), srednje životne dobi 55,9 godina, liječeno je ponavljanim hemodijalizama (HD). Dvadeset i jedan bolesnik (10 žena), srednje životne dobi 55,8 godina, liječen je CAPD protokolom. Spirometrija je rađena svim bolesnicima, na HD protokolu neposredno prije uključivanja u HD krug, a bolesnicima na CAPD protokolu neposredno prije pražnjenja peritoneumske duplje. Rezultati do kojih smo došli za HD bolesnike pokazuju da parametri $FEF_{50, 25}$ (% predviđenih vrijednosti) su ispod 80%. Dok CAPD bolesnici pokazuju smanjenje ispod 80% predviđenih vrijednosti za parameter $FEF_{75, 50, 25}$. Može se zaključiti da bolesnici na CAPD protokolu imaju izraženiji stepen poremećaja protoka kroz male disajne puteve u odnosu na pacijente liječene hemodijalizom.

3.2.5. Radovi u zborniku radova međunarodnog naučnog skupa, štampani u apstraktu (0 bodova)

3.2.5.1. Kovacevic P, Matavulj A, Rajkovaca Z, Ponorac N, FJ Meyer, Stanetic M. Pulmonary function in uremic patients: effects of haemodialysis duration. Eur Respir J 2006; 28 (suppl): 201S

3.2.5.2. Stanetić M, Kovačević P, Matavulj A, Rajkovača Z, Huskić J, Veljković S. Effects of endothelin-1 on respiratory function in hemodialysis patients. Chest 2007:616S.

3.2.5.3. P. Kovacevic, J. Vidovic, M. Krunic, B. Zlojutro, M. Jandric, S. Kovacevic, M. Stanetic . Development of intensive care medicine in Bosnia and Herzegovina. Intensive Care Med 2010; 36 (suppl)

3.2.6. Prevod knjige

3.2.6.1. Ferijeve diferencijalne dijagnoze. Prevod. Beograd 2006.

Ovaj pregledni priručnik diferencijalnih dijagnoza omogućuje da se na osnovu simptomatologije bolesti izabere vrsta dijagnostičkih i terapijskih procedura na racionalan način omogući uspješan praktičan rad.

(3 boda)

3.2.6.2. Harrisonov priručnik medicine. Prevod 16. izdanja: Respiracione bolesti, Beograd 2005.

(3 boda)

Harrisonova načela interne medicine - skraćeno izdanje je smjernica i uvod u dublju analizu kliničkog problema. Autori su na 1087 stranica iz praktičnih potreba savremenog ljekara kondenzovali kliničke dijelove teksta iz Harrisonovih načela interne medicine u ovo džepno izdanje priručnika. Sadrži ključna saznanja o dijagnostici i liječenju većine bolesti s kojima se ljekar uglavnom sreće u praksi. Prvi dio je fokusiran na njegu hospitalizovanog bolesnika i predstavlja trend produbljivanja svijesti ljekara o značaju individualizacije pristupa bolesniku. Drugi dio se odnosi na ocjenu i početno zbrinjavanje čestih hitnih stanja u medicini. Poglavlja o kardinalnim manifestacijama i zbrinjavanju čestih bolesti su u potpunosti revidirana u svjetlu najnovijih dostignuća u medicini.

4. Obrazovna djelatnost kandidata

4.1. Obrazovna djelatnost prije posljednjeg izbora u nastavničko zvanje:

4.1.1. Univerzitetski udžbenik koji se koristi u zemlji:

4.1.1.1. Stanetić M. Pulmološki priručnik. Medicinski fakultet Banja Luka 2002.

(8 bodova)

4.1.1.2. Stanetić M. Patološka fiziologija disanja. U Kalušević M. ur. Patološka fiziologija. Medicinski fakultet Banja Luka, 2002.

(8 bodova)

4.2.2. Studijski priručnik:

GOLD smjernice za dijagnostiku i terapiju HOBP

(1 bod)

4.2.3. Gostujući profesor na domaćim uneverzitetima:

-

4.2. Obrazovna djelatnost nakon poslednjeg izbora u nastavničko zvanje:

4.2.1. Univerzitetski udžbenik koji se koristi u inostranstvu:

4.2.1.1. Stanetić M, Kovačević P. INFEKCIJA KAO UZROČNIK POGORŠANJA HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA. U Bošnjak - Petrović ur. Hronična opstruktivna bolest pluća. Beograd: Libri Medicorum, 2011: 179 - 189.

(8 bodova)

4.2.1.2. Stanetić M. PREVENCIJA I KONTROLA HRONINE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA (HOBP). U Vulić D, Babić N. Hronične nezarazne bolesti, prevencija i kontrola. Banja Luka: Medicinski fakultet, 2011: 223 – 241.

(8 bodova)

4.2.1.3. Jakovljević B, Gojković Z, Stanetić M, Babić N. PREVENCIJE I KONTROLA MALIGNIH BOLESTI. U Vulić D, Babić N. Hronične nezarazne bolesti, prevencija i kontrola. Banja Luka: Medicinski fakultet, 2011: 175-223.

4.2.3. Gostujući profesor na domaćim uneverzitetima:

4.2.3.1. Medicinski fakultet Foča

(3 boda)

4.2.4. Gostujući profesor na stranim Uneverzitetima:

4.2.4.1. Medicinski fakultet, Univerzitet Beograd

(6 bodova)

4.2.5. Mentorstvo kandidata za stepen drugog ciklusa:

4.2.5.1. Žana Ajder, DIE NICHT-INVASIVE BEATMUNG AUF DER INTENSIVSTATION (PULMOLOGIE), Medizinische Universitaet Wien, Wien 2009. mentor

(2 boda)

4.2.5.2. Lora Novaković - Lacković. PROCJENA KLINIČKOG ODGOVORA U ODNOSU NA EKSPRESIJU RECEPTORA EPIDERMALNOG FAKTORA RASTA (EGFR-A) KOD PACIJENATA SA MONOTERAPIJSKIM TRETMANOM ERLOTINIBOM. Medicinski fakultet, Banja Luka 2011. mentor

(2 boda)

4.2.5.3. Ilić M. PROFIL SAVREMENOG TUBERKULOZNOG BOLESNIKA I NJEGOV UTICAJ NA IZLEČENJE, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjaluci, 2007. Mentor

(2 boda)

4.2.6. *Mentorstvo kandidata za stepen trećeg ciklusa:*

4.2.6.1. Ilić M. KARAKTERISTIKE TUBERKULOZE U VOJVODINI NA PRELAZU DVA VEKA (XX-XXI) SA TRENDOM KRETANJA DO 2020.GODINE. Medicinski fakultet, Univerzitet Novi Sad, Novi Sad 2011. član Komisije za javnu odbranu

(0 bodova)

5. Stručna djelatnost kandidata

5.2. *Stručna djelatnost nakon poslednjeg izbora u nastavničko zvanje:*

5.2.1. *Stručni radovi u časopisu nacionalnog značaja (2 boda):*

5.2.1.1. Kovačević P, Vidović J, Krunić M, Zlojutro B, Erić Ž, Rajkovača Z, Stanetić M, Verhaz A. Akutni respiratorni distres sindrom kao komplikacija primarne varicella zoster virus infekcije kod trudnice. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011; 1: 83 - 86.

(2 boda)

Varicella je akutna primarna varicella-zoster virusna (VZV) infekcija. Varicela trudnica je rizična i za trudnicu i za njezin plod. U 10% slučajeva očituje se pneumonitisom i respiratornim distresom u trudnice, koji mogu postati indikacije za indukciju porođaja. Cilj rada je bio da se prikaže infekcija varičelom kod odrasle osobe sa kasnijim kliničkim pogoršanjem i znacima akutnog respiratornog distres sindroma (ARDS). Ovde je opisan slučaj prethodno zdrave mlade ženske osobe, u 39. nedelji trudnoće (jednoplodna trudnoća), hospitalizovane treći dan poslije pojave makulo-papulo-vezikulozne ospe. Uključeni su Aciklovir i antibiotska terapija prvog dana hospitalizacije, treći dan dolazi do porođaja i pogoršanja kliničke slike sa simptomatologijom ARDS. Pacijentkinja je prebačena u Jedinicu internističke intenzivne medicine, intubirana, stavljena na kontrolisanu mehaničku ventilaciju. U toku hospitalizacije dolazi do daljeg pogoršanja opšteg stanja pacijentkinje uz hemodisnaku i respiratornu nestabilnost (izražena hipotenzija i pad saturacije), uz radiološki nalaz obostranih pleuralnih izliva, te pneumotorakom desno. Nakon toraks drenaže, te upotrebe vazoaktivnih lijekova, stanje pacijentkinje se deseti dan hospitalizacije popravlja kao i parametri mehaničke ventilacije. U zaključku treba naglasiti da bi mortalitet kod ovako kompleksnih kazusa bio 100% bez mogućnosti pristupanju mehaničkoj ventilaciji, što je omogućila u tom trenutku tek osnovana multidisciplinarna Jedinica intenzivne medicine Kliničkog centra Banja Luka.

5.2.1.2. Kuzmić B, Gajić S, Stanetić M. PLEURALNI IZLIVI KOD NON HODGKINOVOG LIMFOMA-prikaz slučaja. Majski pulmološki dani 2007: 183-189.

(2 boda)

Pacijent D.Ž. rođen 1940. godine, koji je liječen tri godine zbog ponavljanih pleuralnih izliva, da bi se konačna dijagnoza postavila tek nakon te tri godine. Bolest je počela septembra 2002. godine, sa jakim bolovima sa desne strane grudnog koša, povremenim suhim kašljem i slabošću. Opušten je pod dijagnozom eksudativnog specifičnog pleuritisa. Liječen je antituberkuloticima i kortikosteroidima. 2004. ponovo je ispitivan u Klinici za plućne bolesti i otpušten pod dijagnozom eksudativnog bilateralnog pleuritisa, kardiomiopatije i splenomegalije. Upućen je na VMA-Kliniku za plućne bolesti, gdje je ispitivan radi razjašnjenja etiologije obostranih izliva. Nakon ispitivanja otpušten je pod dijagnozom Hilothorax bilateralis., MCP chr.comp, HTA. Novembra 2005. godine pacijent je primijetio uvećan limfonodus na desnoj strani vrata, bazalno, te je upućen hematologu. Urađena je ekstirpacija limfonodusa radi biopsije i dobijena PHD: Non Hodgkin lymphoma (visoko maligni i visoko mitotski aktivni slabo diferentovani). Imunohistohemijski Dg. Lymphoma non Hodgkin-follicular lymphoma, CD 20+++. Do sada liječen citostatskom terapijom (Endoxan I Pronison VI kura, zatim VI kura po protokolu CHOP; potom primio VIII kura terapije po protokolu COP-Rituximab). Bolesnik se dobro osjeća i zaključuje se da je bolest u fazi remisije.

5.2.1.3. Kuzmić B, Gajić S, Jandrić K, Stanetić M., Vučić M. DIJAFRAGMALNE HERNIJE KAO UZROK LAŽNIH RADIOLOŠKIH INFILTRATA PLUĆA (prikaz slučaja). Scr. Med. „Majski pulmološki dani 2009”: 1-5.

(2 boda)

Pacijentica stara 73 g odine, od t egoba navodi gušenje, suh kašalj, ubrzano zamaranje, slab apetit. Liječi se od povišenog pritiska i “srčanih tegoba”. Na prijemu je svjesna, orijentisana, pokretna, afebrilna i eupnoična. Fizikalni nalaz na plućima i srcu, osim oslabljenog disajnog šuma desno bazalno uz povremene inspiratorne pukote je neupadljiv. Nalaz EKG-a ukazuje na ishemijsku lijevu komoru, a laboratorijski nalazi su uredni. Bronhoskopski nisu viđeni znaci malignosti. Nakon urađenog RTG EGD-a nađe se veća fiksna hernija kroz prednji otvor dijafragme desno. Preporuča se operativna terapija, koju pacijentica trenutno odbija. Hernije prednjeg dijela dijafragme su rijetke, ali je na njih potrebno misliti, jer simptomatologijom i radiološkim izgledom mogu izgledati kao plućni infiltrati (najčešće malignomi).

5.2.1.4. Kuzmić B, Gajić S, Jandrić K, Davidovac A, Stanetić M. BRONHOPNEUMONIJA KAO KOMPLIKACIJA KOD BOLESNIKA OBOLJELOG OD NOVOG VIRUSA INFLUENCE H1N1 (Prikaz slučaja). Scr. Med. „Majski pulmološki dani 2010“: 262-267.

(2 boda)

Influenca ili gripa je ozbiljna respiratorna infektivna bolest, često praćena brojnim komplikacijama. Jedna od težih komplikacija infekcije virusom gripa su pneumonije. Radi se o četrdesetogodišnjem pacijentu koji je hospitalizovan na Infektivnoj klinici zbog povišene temperature, kašlja i opšte slabosti. U toku prva dvadeset četiri časa se stanje pacijenta pogoršava u smislu respiratorne insuficijencije i progresije obostranih zasjenjenja na plućima, te je premješten u JIM na neinvazivnu ventilaciju i intenzivnu antibiotsku terapiju. Nakon dvadeset četiri časa, stanje je stabilizovano. Zbog slike atipične pneumonije, uključen je Tamiflu. Opšte stanje bolesnika se ponovo pogoršava i pored oksigeno terapije preko nazalne sonde pada vrijednost pO₂ i sO₂, a raste vrijednost pCO₂, te bolesnik zbog potrebe za respiratornom potporom, ponovo vraćen u JIM gdje ostaje šest dana. Poslije toga pacijent se konzilijarno premješta u Kliniku za plućne bolesti. Kod prijema afebrilan, pokretan, eupnoičan u miru.

Sputum na K i AB: U dva sputuma izolovan Acinetobacter, jedan sputum negativan. Dva uzorka seruma na Influenca A od 23.11.2009. g. stigla iz Instituta za virusologiju, vakcine i serume „Torlak“, pozitivna (1/256+++ i 1/256+++). Opšte stanje bolesnika se poboljšava, radiološki nalaz u regresiji, vrijednost Se u padu. Bolesnik otpušten, uz nastavak terapije: Klaritromycin, antipiretici pp, vitamini. Na posljednjoj kontroli, nakon mjesec dana, uredan auskultatorni nalaz, uredan nalaz spirometrije i bodypletizmografije. Radiološki nalaz u odličnoj regresiji. Sa 13, CRP manji od 8.

5.2.1.5. Glišić S, Jandrić K, Stanetić M, Marić G, Menićanin T, Gajić S, Duronjić M. KARCINOM BRONHA I NORMALAN RADIOGRAM PLUĆA. Scr. Med. „Majski pulmološki dani 2010“: 331-337.

(2 boda)

Karcinom bronha je jedan od vodećih uzroka smrti u svijetu i kod nas. Radiografija grudnog koša je nezaobilazan dijagnostički postupak u postavljanju dijagnoze karcinoma bronha. Karcinom pluća se na radiogramu može manifestovati kao periferni tumor, kao centralni tumor, ali PA snimak pluća može biti i bez patološkog nalaza, naročito kod tumora u traheji i glavnom bronhu. Cilj rada je prikazati pacijente kod kojih je radiogram okarakterisan kao uredan, a kod kojih je fiberbronhoskopijom dokazan karcinom bronha. U periodu od 2004-2008. godine je dijagnostikivano ukupno 1328 karcinoma pluća, od toga je kod 51 pacijenta (3,84 %) radiogram okarakterisan kao uredan. U ispitivanom uzorku bilo je 80,4 % pacijenata muškog pola, a 19,6 % ženskog pola. Prosječna dob pacijenata je 54 godine, bilo je 88,23 % pušača, 5,88 % nepušača i kod 8,88 % nismo imali podatke o pušenju. Dominantni simptomi koje se pacijenti navodili pri pregledu su hroničan kašalj, dispneja i hemoptizije. U našem uzorku je najviše bio zastupljen skvamozni karcinom (49,01 %), mikrocelularni (29,41 %), a zatim NSCLC (11,76 %) i adenokarcinom (9,80 %). Može se zaključiti da je potrebno detaljno ispitivanje pacijenta sa simptomima dugotrajnog kašlja, hemoptizija, dispneje i gubitka tjelesne težine posebno ukoliko se radi o dugogodišnjim pušačima, muškog pola, i ako su stariji od 40 godina, čak i kada je rutinski radiogram uredan.

5.2.1.6. Arnautović R, Vučić M, Korica R, Stanetić M, Duronjić M. BRUCELOZA I TUBERKULOZA –PRIKAZ SLUČAJA. Majski pulmološki dani 2011: 13-17.

(2 boda)

U radu je prikazan 64-godišnji pacijent koji je liječen u klinici za infektivne bolesti zbog bruceloze (potvrđena analizom krvnog seruma na Brucella spp. – nalaz pozitivan). Nakon sprovedene jednomjesečne terapije (doksicilin 2x100mg), izostaju očekivane radiološke regresivne promjene u plućnom parenhimu (prevedi u plućima), zbog čega se radi nastavka dijagnostike i terapije upućuje u kliniku za plućne bolesti. Nakon urađenih pretraga, započne se liječenje četvornom ATL terapijom uz Doksiciklin. Kultura sputuma (ili ispljuvka, iskašljaja) po LOW je bila pozitivna dva puta i koincidirala je sa K.T. promjenama plućnog parenhima koje su ukazivale na specifičan proces. Po završenom liječenju četvornom ATL terapijom došlo je do umjerene radiološke regresije, stabilizacije kliničkog stanja i konverzije sputuma. Kod pacijenta su dijagnostikovane i liječene istovremeno dvije infektivne (ili zarazne) bolesti, koje su se neovisno istovremeno pojavile.

5.2. Projekti

5.2.1. Projekti prije izbora u prethodno nastavničko zvanje: _____

5.2.3. Projekti nakon izbora u prethodno nastavničko zvanje:

5.2.3.1. Naučni projekat odobren od strane Ministarstva za nauku i tehnologiju u V ladi Republike Srpske: Kovačević P. Stanetić M, Rajkovača Z, Kovačević - Preradović T. Fiziologija disanja i vazoaktivnih supstanci kod bolesnika u pr edijaliznom i dijaliznom periodu liječenja.

(8 bodova)

5.2.3.2. Naučni projekti odobreni od strane UKC Banja Luka: Kovačević P. Stanetić M, Rajkovača Z. Određivanje azot monoksida kod ventiliranih bolesnika – pilot projekat.

(4 boda)

5.2.3.3. Naučni projekti odobreni od strane UKC Banja Luka: Kovačević P. Stanetić M, Rajkovača Z. Mehanička ventilacija zemalja Jugoistočnog Balkana 2009.

(4 boda)

5.2.3.4. GRIFOLS IG0903 – u toku

(4 boda)

5.2.3.5. SAIL – Sigurnost primjene Avastina u kombinaciji sa HT koja sadrži platinu kao i linija terapije kod pacijenata sa uznapredovalim ili recidivirajućim ne skvamoznim NSCLC

(4 boda)

5.2.3.6. PONIARD – pikoplatina i dobra potporna terapija u poređenju sa dobrom potpornom terapijom u pacijenata sa recidivirajućim ili progresivnim SCLC šest mjeseci nakon i linije HT sa platinom u osnovi

(4 boda)

5.2.3.7. LUME – Lung 2 – dvostruko slijepo istraživanje III faze radi ispitivanja efikasnosti i bezbjednosti primjene BIBF 1120 i standardne pemetrexed terapije u poređenju sa placebom i standardnom pemetrexed terapijom kod pacijenata sa IIB/IV fazom ili rekurentnim nemikrocelularnim karcinomom pluća nakon neuspjeha prve linije hemoterapije

(4 boda)

5.2.4. Studijski priručnik:

5.2.4.1. Vodič za nemikrocelularni karcinom 2009.

(1 bod)

5.2.4.2. Vodič za mikrocelularni karcinom 2011.

(1 bod)

Djelatnost kandidata prije posljednjeg izbora u nastavničko zvanje

3. Naučna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 124

4. Obrazovna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 16

5. Stručna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 0

Sveukupno bodova: 140

Djelatnost kandidata nakon posljednjeg izbora u nastavničko zvanje

3. Naučna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 210

4. Obrazovna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 31

5. Stručna djelatnost kandidata

Ukupan broj bodova: 48

Sveukupno bodova: 289

ANALIZA RADA KANDIDATA, PEDAGOŠKO-NASTAVNA I STRUČNA AKTIVNOST

Tri ravnopravna lica profesije nastavnika Medicinskog fakulteta čine liječenje i edukacija uz nesebično prenošenje stečenih znanja i naučno istraživački rad. Analizirajući sve tri neraskidive karike ljekarske i nastavničke profesije Prof. dr Mirka Stanetića, jasno se vidi njihova ravnopravnost, povezanost i isprepletenost još od prvih studentskih dana. U studentskom periodu Dr Stanetić je učestvovao u izradi studentskih radova i organizovanju rada studenata Medicinskog fakulteta u Banjaluci. Nakon završenih studija, Dr Stanetić počinje da se bavi praktičnim radom sa ciljem unapređenja pulmologije u kliničkoj praksi. Uvođenjem citološke analize u rutinski rad Klinike za plućne bolesti ostvario je mogućnost, da na svakodnevno dobijenom biološkom materijalu radi kontinuirano istraživanje, koje je uz završetak poslediplomskih studija krunisano odbranom magistarskog rada i doktorske disertacije. Kontinuitet u njegovom naučno-istraživačkom radu ogleda se u velikom broju naučnih i stručnih radova publikovanih u cjelosti kao i kongresnih saopštenja. Poslije odbrane magistarske i doktorske disertacije, te izbora za nastavnika Medicinskog fakulteta bio je mentor za izradu brojnih studentskih diplomskih radova i tri magistarska rada. Svojim nesebičnim naučno-istraživačkim doprinosom pomaže u izradi doktorskih disertacija, te ima interdisciplinarnu saradnju sa predkliničkim predmetom, fiziologija. U pedagoškom radu koristi savremena nastavna sredstva i najnoviju literaturu, što mu omogućava da sa velikim uspjehom izvodi teorijsku i praktičnu nastavu iz interne medicine. Svoj doprinos ovom licu profesije dao je publikovanjem većeg broja udžbenika iz oblasti interne medicine i pulmologije. Tokom svog rada, kako u prosvjeti tako i u zdravstvu, do izražaja dolaze njegove organizacione sposobnosti koje se ogledaju u usješnom vođenju Katedre za internu propedeutiku i organizaciji pulmološke onkologije u Republici Srpskoj. Bio je gostujući predavač na domaćim i stranim univerzitetima gdje i dalje nastavlja da promoviše Medicinski fakultet i Univerziteti klinički centar u Banjaluci.

III ZAKLJUČNO MIŠLJENJE

Prof.dr Mirko Stanetić je dosadašnjim pedagoškim, naučnim radom, te zdravstvenom djelatnošću značajno doprinio razvoju Katedre interne medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci. U skladu sa Zakonom o visokom obrazovanju i Statutom Univerziteta kojima su propisani uslovi za izbor nastavnika, uzimajući u obzir broj i kvalitet objavljenih radova, veliko pedagoško i naučno-istraživačko iskustvo, te zdravstvenu djelatnost, Komisija konstatuje da Dr Mirko Stanetić ispunjava sve uslove za izbor u zvanje redovnog profesora. Komisija, na osnovu svega napred rečenog, i na osnovu ličnog poznavanja kandidata, sa posebnim zadovoljstvom predlaže Naučno-nastavnom vijeću Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci i Senatu Univerziteta, da Dr Mirka Stanetića, vanrednog profesora, izabere u zvanje redovnog profesora za užu naučnu oblast Interna medicina na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Banjaluci.

Članovi Komisije:

Dr Bakir Mehić, redovni profesor,
naučno polje interna medicina,
uža naučna oblast pulmologija
specijalista pneumoftizilog,
Medicinski fakultet, Sarajevo, BiH

Dr Živka Eri, redovni profesor
Specijalista patolog – citolog,
uža naučna oblast patologija,
Medicinski fakultet, Novi Sad, Srbija

Dr Zdenka Krivokuća, redovni profesor,
uža naučna oblast anatomija,
Medicinski fakultet, Banja Luka, BiH
