

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ: Medicinski



ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ
о пријављеним кандидатима за избор у звање

I. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: Одлука Сената бр. 02/04-3.632-105/13 од 04.4.2013.год.
Ужа научна/умјетничка област: Неурологија
Назив факултета: Медицински факултет Универзитета Бања Лука
Број кандидата који се бирају један
Број пријављених кандидата један
Датум и мјесто објављивања конкурса: 10.04.2013.год. „Глас Српске“, Бања Лука.
Састав комисије: а) Предсједник: Др Владимир Костић, академик, редован професор, ужа научна област Неурологија, Медицински факултет Универзитета у Београду. б) Члан: Др Небојша Јовић, редован професор, ужа научна област Неурологија, Медицински факултет Универзитета у Београду. ц) Члан: Др Драгослав Сокић, ванредни професор, ужа научна област Неурологија, Медицински факултет Универзитета у Београду.
Пријављени кандидати 1. Зоран Ж. Семиз

II. ПОДАЦИ О КАДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци

Име и презиме:	Зоран (Живко) Семиз
Датум и мјесто рођења:	10.04.1954. год. Приједор, Република Српска, БиХ
Установе у којима је био запослен:	Дом здавља Приједор, Медицински центар „Др Младен Стојановић“, Приједор (касније назив Општа Болница), Приватна здравствена установа – Специјалистички центар „Поликлиника Семиз“, Приједор.
Звања/радна мјеста:	Специјалиста неуропсихијатар: <ul style="list-style-type: none">- Начелник неуропсихијатријске службе Опште болнице Приједор;- Шеф кабинета за епилепсије и електроенцефалографију ОБ Приједор;- Начелник Неурологије ОБ Приједор од 1996.год.- Заменик директора (директора за медицинска питања) ОБ Приједор, од 1997. Год.- Приватна ЗУ СЦ „Поликлиника Семиз“, Приједор од 2000.год.- Асистент, виши асистент, доцент, ванредни професор (све на Катедри за Неурологију Меди. Факултета, Универзитета Банја Лука).- Примаријус од 1998. год- Професор на Високој медицинској школи у Приједору од њеног оснивања 1997.год.
Научна/умјетничка област:	Неурологија

Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:

- Члан Коморе Доктора медицине Републике Српске;

А) члан прве Комисије за континуирану медицинску едукацију, касније продужено за још један мандат,

Б) члан Комисије доктора медицине који обављају приватну праксу

Ц) сада члан Комисије за признања и награде.

- Члан Друштва Доктора медицине (предсједник Подружнице лекара за регију Приједор од 1996-2000.год.)

- Члан Удружења неуролога Републике Српске

- Члан Европског Удружења неуролога (EFNS)

б) Биографија, дипломе и звања:

Основне студије

Назив институције:	Медицински факултет Универзитета Београд
Мјесто и година завршетка:	Београд, 1981.год.

Постдипломске студије:

Назив институције:	1. Неурологија: Неуролошка клиника Ребро, Загреб. 2. Форензичка психијатрија: Специјална болница Врапче, Загреб.
Мјесто и година завршетка:	Загреб: 1987. и 1989.год.
Назив магистарског рада:	„Pojava epileptičkih napada nakon cerebrovaskularnog inzulta“. Медицински факултет Универзитета у Београду, 1994.год.
Ужа научна/умјетничка област:	Неурологија

Докторат:

Назив институције:	Медицински факултет Универзитета Београд.
Мјесто и година завршетка:	Београд, 1998.год.
Назив дисертације:	„Rane i kasne posledice ratnih kranio cerebralnih povreda“.
Ужа научна/умјетничка област:	Неурологија

Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, период)

Катедра за Неурологију, Медицински факултет Универзитета Банја Лука:

- Асистент 1994.-1997. год.
- Виши асистент 1997.- 2000.год.,
- Доцент 2000.- 2007.год,
- Ванредни професор од 2007.год. до данас.

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије посљедњег избора/реизбора

1. Научна монографија националног значаја

1.2. **Semiz ZŽ.** Traume glave i posttraumatske epilepsije, Medicinski fakultet Univerziteta Banja Luka, 2004. (10 бодова)

2. Оригинални научни рад у часопису међународног значаја

2.1. **Semiz ZŽ.** Pourazowe napady padaczkowe i padaczka w wyniku wojennych urazow czaszkowo-mozgowych. Epileptologia 2003, 11: 27-41 (10 бодова)

3. Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја

3.1. **Semiz ZŽ.** Uticaj ratne kraniocerebralne povrede na kognitivne funkcije. Scr Med 1998; 29 (2): 59-63. (6 бодова)

4. Научни рад на скупу међународног значаја штампан у целини

4.1. **Semiz ZŽ., Semiz Lj., Glušac B.** Klinička procena težine ratnih trauma glave primenom Glasgow Come Scale (GCS) i praćenja posttraumatske amnezije (PTA). U: Funkcionalni rezultati liječenja ratnih povreda, Knjiga 2: Zbornik radova III Kongresa ratne medicine (ratne i poratne posljedice) sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2001; 66-73. (5 бодова)

4.2. **Semiz ZŽ, Semiz Lj.** The Frequency of lesions of central motoring neuron after war cranial cerebral injuries. U: Semiz ZŽ (ured.) Hronične nezarazne bolesti, Knjiga 2/I: Zbornik radova Internacionalni kongres "Zdravlje za sve"- perspektive zdravlja u 21.vijeku, Banja Luka, 2003; 208-16. (5 бодова)

5. Научни рад на скупу међународног значаја штампан у зборнику извода радова

5.1. **Semiz ZŽ.** Posttrauma Epilepsy after the War Craniocerebral Injury. 23rd International Epilepsy Congress, Prague, Czech Republic, Epilepsia, [Abstracts]. 1999; vol.40 (Suppl. 2): 270.

(3 бода)

5.2. **Semiz Z.** Ratne kraniocerebralne povrede-značaj i posledice.VIII Kongres Neurohirurga Jugoslavije sa međunarodnim učešćem, Beograd, Zbornik sažetaka, [Abstrakt] 1998;62.

(3 бода)

5.3. Semiz ZŽ. Neurološki deficiti kao dio posttraumatskih funkcionalnih poremećaja poslije ratnih povreda glave. Prvi Kongres ljekara za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Bosne i Hercegovine, sa međunarodnim učešćem, Tuzla, Zbornik sažetaka, [Abstrakt]. 2000; 27.

(3 бода)

5.4. Semiz Z, Semiz Lj. Učestalost faktora rizika kod cerebrovaskularnog infarkta. XIV Kongres lekara Srbije i kongres lekara otadžbine i dijaspora, (Abstract), Beograd, 2000; 130.

(3 бода)

5.3. Semiz ZŽ. Značaj otvorenih povreda glave u nastanku posttraumatskih epilepsija. 2. Kongres epileptologa Srbije i Crne Gore, Beograd, VMA [Abstrakt], 2004; 22.

(3 бода)

5. Уређивање зборника радова међународног научног скупа

5.1. Stojaković B, Semiz Z. Kongres ratne medicine sa međunarodnim učešćem (ratne i poratne posljedice), Banja Luka, Zbornik radova, Knjiga 3, 2001.

(2 бода)

5.2. Semiz ZŽ. Hronične nezarazne bolesti, Knjiga 2/I. Internacionalni kongres »Zdravlje za sve«, perspektive zdravlja u 21. vijeku, Zbornik radova, Banja Luka, 2003.

(2 бода)

5.3. Semiz ZŽ. Hronične nezarazne bolesti, Knjiga 2/II. Internacionalni kongres »Zdravlje za sve«, perspektive zdravlja u 21. vijeku, Zbornik radova, Banja Luka, 2003.

(2 бода)

Укупно: 57 бодова

Радови послје последњег избора/реизбора

1. Научни рад на научном скупу међународног значаја штампан у целини

1.1. Semiz ZŽ, Semiz Lj. Karakteristike fokalnih epileptičnih napada zavisnih od lokalizacije. Drugi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2008; 174-7.

(5 бодова)

...Centralni nervni sistem čini veliki broj nervnih ćelija (10^{12}) koje su međusobno povezane na vrlo specifičan način. Koru mozga (u kojoj se nalazi pedeset milijardi nervnih ćelija) možemo anatomski podijeliti na filogenetski stariji, troslojni arhikorteks (hipokampus), paleokorteks (temporo-mezijalno) i najmlađi, šestoslojni neokorteks. Ovaj potonji čini najveći dio mozga čovjeka. Epilepsije nastale kao posljedica žarišnih (fokalnih) promjena se karakterišu napadima za koje postoji lezija manje-više jasno određenog područja moždane kore. I sami napadi počinju u određenim, ograničenim dijelovima mozga, što daje i osnovne karakteristike pojedinim kliničkim slikama, pa i njihovu klasifikaciju. Epilepsije nastale u frontalnom lobusu

su, po svojoj učestalosti, druga najčešća grupa epileptičnih napada, gdje etiološki možemo razlikovati tri oblika frontalnih epilepsija. A takođe i prema kliničkoj slici razlikujemo više grupa epilepsija frontalnog režnja. Od svih lokalizacija najčešći epileptični napadi su porijeklom iz temporalnog lobusa, bilo da se radi o jednostavnim ili kompleksnim napadima, ili pak o sekundarnoj generalizaciji. Kada govorimo o epilepsijama temporalnog režnja onda govorimo, ili o temporomezijalnom, ili temporomedijalnom porijeklu napada, sa svim svojim specifičnostima i kartakteristikama. Ako je za neku regiju ponekad teško, sa sigurnošću, odrediti simptomatologiju napada, onda je to sigurno slučaj sa parijetalnim lobusom. To je zbog toga što je veći dio parijetalnog režnja «nijem» za kliničke simptome epileptičnih napada. Ipak, kada se jave inicijalni simptomi sa izbijanjem u parijetalnom režnju oni imaju svoju specifičnost. Epilepsije vezane za okcipitalni lobus su najrjeđe epilepsije, a samim tim i relativno oskudno do sada epidemološki obrađene. Propagacija određenih simptoma uglavnom ide u tri smjera, tako da razlikujemo i tri vste epileptičnih napada.

1.2. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Arterijska hipertenzija i faktori rizika u okviru primarne prevencije.

Drugi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2008; 182-8.

(5 бодова)

...Ispitivanjem prisutnih FR u okviru mogućnosti provođenja mjera primarne prevencije kod pacijenata sa arterijskom hipertenzijom u petogodišnjem periodu došli smo do sledećih zaključaka: Od 2964 pacijenta u petogodišnjem periodu, arterijsku hipertenziju je imalo 829(28%) pacijenata, a bez promjena na ciljnim organima je bilo 136(16,4%) pacijenata. Analiza je obuhvatila 74 žene i 62 muškarca. Do momenta pregleda najveći broj pacijenata je imao hipertenziju koja je postojala već godinu dana: 37 muškaraca (59,7%) i 31 žena (41,9%). Bez saznanja o dotadašnjem postojanju hipertenzije su bila 33 pacijenta(24,3%). Najčešće zastupljeni promjenljivi FR su bili stres, kod 113(83,1%), fizička neaktivnost kod 88(64,7%) i pušenje kod 81(59,5%) pacijenata. Kod nepromjenljivih FR pol je značajan kod 127(93,4%), genetska predispozicija kod 81(59,5%), a starosna dob kod 79(58,1%) pacijenata. Istovremeno prisustvo 2 FR je imao 41(30,2%) pacijent a 3 FR 40(29,4%).

1.3. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Uticaj mjera primarne prevencije na vrijednosti krvnog pritiska.

Treći međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2009; 200-5.

(5 бодова)

...Arterijska hipertenzija (HTA) je najmasovnija nezarazna bolest savremenog čovječanstva (WHO) i istovremeno jedan od vodećih faktora rizika za koronarnu bolest, cerebrovaskularni insult, hroničnu bubrežnu i srčanu insuficijenciju. Ona može da se ispolji u svako životno doba, a najčešće pogađa osobe u naponu životne snage, mijenja kvalitet života i skraćuje njegovo trajanje. Ukazati na efekte provedenih mjera primarne prevencije arterijske hipertenzije tokom šestomjesečnog perioda. Mjere primarne prevencije HTA su provodjene tokom 6 mjeseci u Specijalističkim ordinacijama «Dr Semiz» u Prijedoru, pri čemu je od ukupno 829(100%) pacijenata sa arterijskom hipertenzijom, izdvojeno i praćeno 136 (16,4%) koji nisu imali promjena na ciljnim organima. Ispitivanje je obuhvatilo 136 (16,4%) pacijenata koji su podliježali provodjenju mjera primarne prevencije arterijske hipertenzije. Na početku liječenja, najčešće vrijednosti sistolnog krvnog pritiska su bile 150-159 mmHg. Nakon 3 mjeseca praćenja, najveći broj pacijenata je imao sistolni krvni pritisak 140-149 mmHg, 43(31,6%), što je zabilježeno u obe polne grupe. Analiza nakon 6 mjeseci je pokazala da je najveći broj pacijenata, 47 (34,6%) imao vrijednosti sistolnog krvnog pritiska 130-139 mmHg. Pojedinačno posmatrano po polnim grupama, u grupi muškaraca najveći broj, 24 (38,7%) su imali sistolni krvni pritisak 120-129 mmHg. Najčešće vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska bile 100-109 mmHg, kod 77 (56,6%) pacijenata i to u obe polne grupe. Poslije 3 mjeseca praćenja, ove vrijednosti su

najčešće bile 85-89 mmHg, kod 39 (28,7%) pacijenata. Pri tome su one najčešće verifikovane u grupi žena, 25 (33,8%). Kod muškaraca su najčešće izmjerene vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska bile 90-99mmHg, kod 19 (30,6%). Nakon 6 mjeseci praćenja, najveći broj pacijenata je imao dijastolni krvni pritisak 70-79 mmHg, 48 (35,3%). Pojedinačno gledano po polnim grupama, ovakva učestalost je zabilježena u grupi muškaraca, 22 (35,5%). Međutim, u grupi žena je najčešće verifikovan dijastolni krvni pritisak nakon 6 mjeseci praćenja bio 80-89 mmHg, kod 28 žena (37,8%). Nije bilo pacijenata s dijastolnim krvnim pritiskom iznad 110 mmHg. Pacijenti s arterijskom hipertenzijom kod kojih nije bilo promjena na ciljnim organima imali su nakon 6 mjeseci statistički značajno manje vrijednosti i sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska.

1.4. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Uticaj mjera primarne prevencije kod pacijenata sa arterijskom

hipertenzijom i dijabetes melitusom. Treći međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2009; 195-9.

(5 бодова)

...Arterijska hipertenzija (HTA) i diabetes mellitus (DM) se često javljaju udruženo, sastavni su dijelovi metaboličkog sindroma, a na njihov nastanak i ispoljavanje utiču genetska predispozicija i brojni rizični faktori. HTA i DM povećavaju incidenciju kardiovaskularnih bolesti, utiču na njihov klinički tok i komplikacije, te su mjere primarne prevencije usmjerene ka poboljšanju kvaliteta života i sprečavanju tih komplikacija. Ukazati na efekte provedenih mjera primarne prevencije na vrijednosti krvnog pritiska kod pacijenata kod kojih su postojali udruženo arterijska hipertenzija (HTA) i diabetes mellitus typ II (DM typ II). Ispitivanje je učinjeno u ambulantnim uslovima kod 39 pacijenata sa DM typ II i HTA. U toku 6 mjeseci su provedene mjere primarne prevencije arterijske hipertenzije i praćeni njeni efekti. Od 136 (100%) pacijenata sa HTA, 39 (28,7%) je imalo Diabetes mellitus typ 2. Nakon 3 mjeseca praćenja pacijenata sa HTA i DM, sistolni krvni pritisak je najčešće bio 140-149 mmHg, kod 18 (46,2%) pacijenata. Poslije 6 mjeseci, sistolni krvni pritisak za istu grupu se najčešće kretao 130-139 mmHg, kod 13 (33,3%) pacijenata. Dijastolni krvni pritisak se nakon 3 mjeseca liječenja, najčešće kretao 100-109 mmHg, kod 15 (38,4%) pacijenata. Istovremeno je povećan i broj pacijenata sa dijastolnim krvnim pritiskom nižim od 100mmHg. Najčešće zabilježene vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska, 6 mjeseci kasnij, su se kretale u granicama 80-89 mmHg, kod 19 (48,7%) pacijenata. Dijastolni krvni pritisak niži od 80 mmHg je imalo 12 (30,8%) pacijenata. Provedene mjere primarne prevencije arterijske hipertenzije u grupi pacijenata sa DM typ II su dovele do statistički značajnog smanjenja i sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska kod posmatrane ciljne grupe.

1.5. Semiz ZŽ, Semiz Lj. Depresije poslije cerebrovaskularnog insulta: rani početak. Četvrti

međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje rad, sport. Banja Luka, Zbornik radova, 2011; 387-391.

(5 бодова)

...Obzirom na visoku prevalenciju i cerebrovaskularnih insulta (CVI) i depresija, udružena ovih bolesti dodatno otežava, ne samo kvalitet života, već je i ozbiljna prepreka za sve mjere i pokušaje rehabilitacije bolesnika. Cilj rada je bio pokazati učestalost javljanja ranog početka depresije poslije CVI ishemijskog tipa, sa njegovim specifičnostima u vezi sa starosti bolesnika, polom, te odnosom prema stepenu fizičke hendikepiranosti. Za dijagnostikovanje je korišćena MKB-10, Međunarodna klasifikacija bolesti, Hamiltonova skala depresivnosti (HAM-D-17), te Barthel Indeks (BI) skala onesposobljenosti. Od 84 bolesnika sa CVI, njih 29 (34,5%) je imalo posledično rani početak depresije. Rana depresija se nešto više javila u dobi do 60 godina starosti (10,7%), a u kasnijem dobu je taj procent bio nešto niži. Statistički je značajno bila više prisutna kod žena sa CVI, (18;62,1%), nego kod muškaraca sa CVI (11;20,0%): $\chi^2 (1, n = 84) = 13,063$; $p < 0,001$. Korelacija između stepena fizičke onesposobljenosti i razvoja jače početne depresije je bila vrlo visoka: $\chi^2 (12, n = 84) = 45,057$; $p < 0,001$; $fi = 0,423$.

1.6. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Uticaj mjera primarne prevencije kod arterijske hipertenzije na vrijednosti holesterola. Četvrti međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport. Banja Luka, Zbornik radova, 2011; 392-398.

(5 бодова)

...Arterijska hipertenzija je vodeći nezavisni faktor rizika za koronarnu bolest, cerebrovaskularni inzult, hroničnu bubrežnu i srčanu insuficijenciju. Povišen serumski holesterol, kao nezavisan faktor rizika, je medju lipidnim frakcijama najbolje poznat i igra najznačajniju ulogu u procesu razvijanja ateroskleroze i brojnih oboljenja koja je prate, a istovremeno je faktor rizika i za samu hipertenziju. Cilj ispitivanja je bio ukazati na učestalost promjenljivih faktora rizika i efekte mjera primarne prevencije na vrijednosti holesterola, kod pacijenata s arterijskom hipertenzijom. Ispitivana grupa je bila bez kliničkih i subkliničkih promjena na ciljnim organima. Ispitivanje je učinjeno u Specijalističkim ordinacijama «Dr Semiz» u Prijedoru tokom petogodišnjeg perioda i obuhvatilo je 136 ispitanika oba pola, starosne dobi od 25 do 64 godine života, kod kojih su provodjene mjere primarne prevencije arterijske hipertenzije i dislipidemije u šestomjesečnom periodu. Analizom promjenljivih faktora rizika, verificovali smo najveću učestalost stresa, kod 113 (83,1%) pacijenata. Povišene vrijednosti holesterola je imalo 33,8 % pacijenata. Najčešće vrijednosti na početku ispitivanja su bile 5,17-6,18 mmol/l, kod 67 pacijenata. Nakon 3 mjeseca, ove vrijednosti su imala 53 pacijenta, a poslije 6 mjeseci ih je bilo 38. Vrijednosti > 6,2 mmol/l je imalo 46 pacijenata na početku, a 14 na kraju ispitivanja. Holesterol < od 5,17 mmol/l imala su 23 pacijenta na početku uvođenja mjera primarne prevencije, a tokom 6 mjeseci došlo je do povećanja broja pacijenata na 84. Razlike u vrijednostima holesterola između prvog i ostalih mjerenja bile su statistički značajne uz vjerovatnoću od 99%, $t < 2,58$; $p < 0,01$.

2. Научни рад на скупу међународног значаја, штампан у зборнику извода радова

2.1. **Semiz Z.Ž.** Semiz Lj. Poststroke depression. The 7th World Congress on Controversies in Neurology. Istanbul, 2013; 102.

(3 бода)

3. Међународни научни пројект у својству сарадника на пројекту

2.1. Интернационални мултицентрични пројект о праћењу утицаја антиепилептика на ток трудноће: Europea Registry of Antiepileptic Drugs in Pregnancy (EURAP Study)

(3 бода)

Укупно: 36 бода

Од Коморе Доктора медицине Републике Српске 2009.год. добио Повељу за научно-истраживачки рад.

УКУПНО БРОЈ БОДОВА

57+36

93

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора

1. Универзитетски уџбеник који се користи у иностранству

1.1. **Semiz ZŽ**, Račić DV, Ercegovac MD, Kovačević MS. Epilepsija - epileptički status. U: Kovačević

SM (ured.) Urgentna medicina, Službeni list SCG, Beograd, 2005; 37-55.

(12 бодова)

2. Други облици едукације

2.1. Refreshing Course in EEG, International Federation of Clinical Neurophysiology European Chapter, Belgrade, november, 2-3, 2001.

(3 бода)

Као асистент, виши асистент и доцент редовно водио практични и теоретски део вежби студентима четврте године студија медицине.

Укупно: 15 бодова

Образовна дјелатност последице последњег избора

1. Радионоце

1.1. Предавач на 3. Радионици о дијабетесу и компликацијама, Барселона, 9-13.4.2009.

(3 бода)

1.2. Педавач на 4. Радионици о дијабетесу и компликацијама, Лисабон, 7-11.4.2010.

(3 бода)

Као ванредан професор редовно држи предавања и испите на Медицинском факултету у Банја Луци студентима четврте године медицине, шесте године стоматологије и треће године Факултета Здравствене неге.

Предавач на настави за специјализацију из Неурологије.

Укупно: 6 бодова

УКУПНО БРОЈ БОДОВА:

15+6

21

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора

1. Стручни радови објављени у часопису националног значаја

1.1. **Semiz ZŽ.** Uticaj vrste cerebrovaskularnog inzulata na pojavu i učestalost epileptičnih napada. Scr Med 1996; 27 (1): 33-37

(2 бода)

2. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

2.1. **Semiz ZŽ.** Glavobolje kao dio posttraumatskog sindroma после ratnih kranocerebralnih povreda. U: Glavobolje 2: Zbornik radova Drugog Jugoslovenskog simpozijuma o glavoboljama, Novi Sad 1998; 193-202

(3 бода)

2.2. **Semiz ZŽ.**, Semiz Lj., Glušac B. Karakteristike ratnih kraniocerebralnih trauma U: Funkcionalni rezultati liječenja ratnih povreda, Knjiga 2: Zbornik radova III Kongresa ratne medicine (ratne i poratne posljedice) sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2001; 115-124.

(3 бода)

2.3. Glušac B., Semiz Lj., Savić B., Glušac J., **Semiz Z.** Promjene u morbiditetu radno aktivnog stanovništva koje je neposredno učestvovalo u ratu. U: Socijalno-medicinski aspekti bolesti, Knjiga 4: Zbornik radova III Kongresa ratne medicine (ratne i poratne posljedice) sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2001; 29-39.

(1,5 бод)

2.4. **Semiz ZŽ.**, Semiz Lj. Ateroskleroza u cerebrovaskularnoj bolesti, faktori rizika i novi aspekti regresije. U: Semiz ZŽ (ured.) Hronične nezarazne bolesti, Knjiga 2/I: Zbornik radova Internacionalni kongres "Zdravlje za sve" - perspektive zdravlja u 21. vijeku, Banja Luka, 2003; 34-46. (2 бода)

(3 бода)

2.5. Semiz Lj, **Semiz ZŽ.** Sekundarne hiperlipoproteinemije - uzroci i terapijski efekti. U: Semiz ZŽ (ured.) Hronične nezarazne bolesti, Knjiga 2/I: Zbornik radova Internacionalni kongres "Zdravlje za sve" - perspektive zdravlja u 21. vijeku, Banja Luka, 2003; 59-69.

(3 бода)

2.6. Semiz Lj, **Semiz ZŽ.** Uticaj Helicobacter pylori na gastrične tegobe i Sy. Weir. Prvi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2006; 268-9.

(3 бода)

2.7. Semiz Lj, **Semiz ZŽ.** Profil pacijenata sa sekundarnim hiperlipoproteinemijama i efekti nefarmakoloških mjera liječenja. Prvi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2006; 270-1.

(3 бода)

3. Реализован међународни стручни пројект у свижојству руководиоца пројекта

3.1. Као субспецијалиста епилептологије и електроенцефалографије реализовао формирање епилептолошког кабинета ОБ Приједор после грађанског рата , чији је био дугогодишњи шеф. Увео у рад употребу дигиталног ЕЕГ снимања.

(5 бодова)

3. Члан Комисије за полагање специјалистичког испита

3.1. Рјешење о именовању Комисије и одобравању полагања специјалистичког испита Радмановић др Маринку, бр 01-151-276/99.

(1 бод)

Укупно: 27,5 бодова

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)

1. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

1.1. **Semiz ZŽ**, Semiz Lj. Učestalost i vrste glavobolja kod pacijenata sa epilepsijom. Drugi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2008; 178-81.

(3 бода)

...Udruženost glavobolja sa epilepsijama se javlja relativno često. Ta udruženost, naročito migrene i epilepsije, može postojati kao komorbiditet, ali i kao koincidencija bez komorbiditeta. Glavobolje su naročito izražene u postiktalnom periodu, gdje se po nekim autorima učestalost javljanja i do 50%, a pri tome migrenozni tip glavobolja dominira sa oko 16%. Oko 3% odraslih bolesnika sa epilepsijom ima epileptične krize za vrijeme migrenskog napada ili neposredno poslije njega. Cilje bio da se utvrde učestalost javljanja, povezanost i kliničke karakteristike glavobolja kod pacijenata sa epilepsijom. Od ukupno 129 pacijenata sa epilepsijom, praćenih kroz ambulantni rad, njih 41 (31,8%) je imalo, uz epilepsiju i neki tip glavobolje. Ispitanici su bili osobe muškog i ženskog pola, uzrasta od 17 do 58 godina. Klasifikacija bolesti je izvršena prema važećim klasifikacijama za epilepsije (ILAE, 1989) i glavobolje (IHS, 1988), a klasifikacija primarnih glavobolja je usklađena i sa ICD-10 (1997). Kod svih pacijenata je učinjen klinički pregled, EEG, te CT ili MR glave. U grupi epilepsija dominirali su generalizovani toničko-klonički napadi (GTK), dok su u grupi glavobolja značajno mjesto zauzimali migrena i tenzioni tip glavobolja, a ostali tipovi su bili manje zastupljeni. U interiktalnom i preiktalnom periodu dominirale su migrenske glavobolje, dok je tenzioni tip glavobolje bio više zastupljen u postiktalnom periodu. Primarne glavobolje su bile značajno više zastupljene nad drugim tipovima glavobolja. Zaključak: u grupi bolesnika sa epilepsijom i glavoboljom dominirali su GTK epileptični napadi. Od svih oblika glavobolja najzastupljenija je bila migrena koje se javljala najčešće u interiktalnom i preiktalnom periodu, dok je tenzioni tip bio više zastupljen u postiktalnom periodu.

1.2. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Uticaj stila života na razvoj mikroangiopatija kod pacijenata sa diabetes melitusom tipa II. Drugi međunarodni kongres »Ekologija, zdravlje, rad, sport«, Banja Luka, Zbornik radova, 2008; 189-93.

(3 бода)

...Diabetesne mikroangiopatije predstavljaju vaskularne promjene specifične za diabetes mellitus, koje se razvijaju relativno rano i često, progresivnog su karaktera i loše prognoze. Cilj rada je bio ukazati na efekte korekcije stila života na razvoj mikroangiopatija kod diabetičara na peroralnim hipoglikemicima. Ispitivanje je učinjeno u ambulantnim uslovima kod 148 diabetičara tipa II, liječenih peroralnim hipoglikemicima, koji su bili podijeljeni u dve grupe (I grupa s prihvaćenim preporukama o stilu života i II grupa koja se nije pridržavala uputa). Kod svih je provedena edukacija i praćeni su efekti korekcije načina ishrane i fizičke aktivnosti u toku pet godina. Ispitanici su bili oba pola i starosti iznad 35 godina. Od 148 ispitanika sa Diabetes melitusom tip II, preporučenog načina ishrane i redovne fizičke aktivnosti pridržavalo se 61 (41,2 %). U grupi ispitanika koja se pridržavala preporučenog stila života, diabetesna retinopatija se javila kod 14,8%, neuropatija kod 14,7%, a nefropatija kod 6,5% ispitanika. U grupi II (ispitanici koji se nisu pridržavali preporučenog stila života) retinopatija se javila kod 29,8 %, neuropatija kod 19,5%, a nefropatija kod 10,4%. Pridržavanje stila života u praćenom petogodišnjem periodu je pokazalo značajno manji razvoj mikroangiopatija kod diabetesne bolesti tipa II, liječene peroralnim hipoglikemicima.

1.3. **Semiz ZŽ**, Semiz Lj. Mogući efekti Berlithiona® na ishemijske procese u CNS-u. Savremena terapija Diabetes mellitusa, Barselona, Španija, Zbornik radova, Berlin-Chemie Menarini, 2009; 87-91.

(3 бода)

...Za svoje funkcionisanje mozak, koristi kiseonik i glukozu. Vrlo je osjetljiv na nedostatak ovih energetskih materija, te može da reaguje vrlo burno, često i ireverzibilno. U hipoksiji nervna ćelija povećava aktivnost energetskog metabolizma i može da iscrpi sve raspoložive energetske izvore. Dolazi do oštećenja mitohondrijskog respiratornog lanca u kom se daljnji proces glikolize odvija u anaerobnim uslovima., što može dovesti do kataboličkih i morfoloških promjena neurona, tj. do infarkta i edema mozga. Uz to dolazi do poremećaja jonske homeostaze u kom Ca-kalmodulinski kompleks, aktivacijom određenih enzima, dovodi do stvaranja velikog broja slobodnih radikala. U jednom takvom «oksidativnom stresu» često nisu dovoljni intracelularni, endogeni neutralizatori. Primjena supstanci sličnih vitaminima, naročito primjena α-liponske kiseline (Berlithion®) može imati pozitivne efekte kao antioksidans u ovakvim procesima.

1.4. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Uticaj Berlithiona® na klinički manifestnu neuropatiju kod osoba sa diabetes mellitusom tip II. Savremena terapija Diabetes mellitusa, Barselona, Španija, Zbornik radova, Berlin-Chemie Menarini, 2009; 55-60.

(3 бода)

...Diabetesna neuropatija (DN) je subklinički ili klinički evidentan poremećaj somatskog i/ili autonomnog dijela perifernog nervnog sistema, koji se javlja u sklopu Diabetes mellitusa (DM), a bez drugih uzroka periferne neuropatije. To je najučestalija komplikacija dijabetesne bolesti i najčešći oblik neuropatije u zemljama razvijenog svijeta. Prevalenca DN je 7,5 % u vrijeme otkrivanja dijabetesne bolesti, do 40 % poslije 20 godina, a 25 godina od dijagnostikovanja bolesti čak 50%. Prevalenca simptomatskih oblika je oko 13 %, a ako uključimo i bolesnike sa subkliničkim neurološkim poremećajima, gotovo 90 % svih dijabetičara ima neki od oblika neuropatije. Neuropatski poremećaj obuhvata manifestacije na perifernom i/ili autonomnom nervnom sistemu, a često i na CNS. Osnovu patofiziološkog poremećaja kod DN čini hiperglikemija uz značajnu ulogu genetske preosjetljivosti i faktora okoline. Značajan je i uticaj kardiovaskularnih faktora rizika, kao što su arterijska hipertenzija, nepravilnosti u ishrani, pušenje, sedanterni način života, stres i hiperlipoproteinemija. Najčešći oblik ispoljavanja je distalna simetrična senzomotorna dijabetesna polineuropatija (DSSP)- kod više od 80 % bolesnika. Autonomna dijabetesna neuropatija (AN) je prisutna kod dugog trajanja dijabetesne bolesti i nestabilne metaboličke kontrole. Loše je prognoze kod simptomatskih oblika sa velikim rizikom za iznenadnu smrt. To je najpodmukliji oblik neuropatije, često protiče oligosimptomatski ispoljavajući se kod više organskih sistema i dovodeći do različitih kliničkih promjena vezanih uz simpatički i parasimpatički dio autonomnog nervnog sistema. Kliničke manifestacije su oskudno izražene, nedovoljno prepoznatljive i nespecifične, ali su ipak izuzetno značajne u procesu postavljanja dijagnoze.

1.5. Semiz Lj, **Semiz ZŽ**. Terapijski efekti u metaboličkom sindromu. Lisabon, Portugal, Zbornik radova. Berlin-Chemie Menarini, 2010; 21-36.

(3 бода)

...Metabolički sindrom je skup kardiovaskularnih faktora rizika kod osoba s insulinskom rezistencijom ili gojaznih.

Zadnjih pedeset godina je dostigao gotovo epidemijske razmjere u zemljama s prekomjernom ishranom i nedovoljnom tjelesnom aktivnošću stanovništva. Oko 15% populacije starosne dobi 40-75 godina pripada grupi oboljenja «metaboličkog sindroma». HTA i DM, kao značajne komponente ovog sindroma, su najčešći poremećaji u kliničkoj praksi, s prevalencijom u porastu, vodeći su faktori rizika za koronarnu bolest srca, cerebrovaskularni inzult, hroničnu bubrežnu i srčanu insuficijenciju, uzrok su brojnih mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija i glavni uzrok smrtnosti u svijetu. Recentna istraživanja su pokazala vezu metaboličkog sy, infarkta miokarda i cerebro-vaskularnih incidenata, zapažena je njegova uska povezanost za starosnu dob, tj. da raste s godinama života. Bilo je potrebno ukazati na učestalost metaboličkog

sindroma i njegovih pojedinih odrednica kod pacijenata s HTA, te ukazati na mogućnost postizanja ciljnih vrijednosti arterijskog krvnog pritiska i glikemije kod pacijenata s metaboličkim sindromom uz adekvatno provođenje nefarmakoloških i farmakoloških mjera prema aktualnim smjernicama. Istraživanje je obuhvatilo je 829 pacijenata s arterijskom hipertenzijom, s posebnim osvrtom na one s diabetes mellitusom zbog visokog komorbiditeta, udruženosti faktora rizika i njihove modifikabilnosti. Farmakološke mjere korekcije krvnog pritiska i glikemijesu podrazumijevale korišćenje lijekova prema preporukama ESC/ESH i IDF, koji su bili logičan izbor kod pacijenata s komorbiditetima u okviru metaboličkog sindroma, gdje je značaj redukcije pritiska "per se" izraženiji nego u opštoj populaciji. U našem istraživanju smo zabilježili visoku učestalost metaboličkog sindroma i njegovih pojedinih komponenti kod pacijenata s HTA. Najveća učestalost pojedinačnih komponenti metaboličkog sindroma u grupi s HTA se odnosila na niske vrijednosti HDL holesterola i visceralnu gojaznost. Farmakološke mjere liječenja su statistički značajno korigovale vrijednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska i stanje glikoregulacije. Postignuti rezultati su poboljšali kvalitet života pacijenata i motivisali ih za dalje liječenje.

1.6. **Semiz ZŽ**, Semiz Lj. Strategija liječenja dijabetesne polineuropatije Berlithionom, Lisabon, Portugal, Zbornik radova. Berlin-Chemie Menarini, 2010; 125-140.

(3 бода)

...Od kada je izašlo prvo saopštenje o terapijskoj primjeni α -liponske kiseline (ALK) u Tokiju 1955. godine, uslijedio je niz naučnih i stručnih radova koji su pokazali visoku efikasnost ALK. Njen efekat se pokazao kako u endokrinologiji tako i drugim granama medicine kao što su oftalmologija, gastroenterologija, toksikologija, hirurgija, urologija, hepatologija, kardiologija. Naročita efikasnost se pokazala u neurologiji i to u primjeni kod dijabetesne distalne polineuropatije, ali i kod drugih toksičnih i traumatskih polineuropatija, kod sindroma dijabetesnog stopala, dijabetesne autonomne neuropatije srca i GIT, kao i kod cerebrovaskularnih bolesti i encefalopatije. Za ovako široku paletu primjene ALK zaslužne su njene dobre osobine prvenstveno kao dobrog antioksidansa. ALK je snažan čistač slobodnih radikala i organskih metalnih jedinjenja, odgovorna je za regeneraciju aktivnih formi drugih ćelijskih antioksidansa (vit C i E), koenzim je u multienzimskim kompleksima kao katalizator dekarboksilacije alfa-keto acidoze, poboljšava metabolizam ugljenih hidrata i lipida, normalizuje aksonski transport, prolazi krvno-moždanu barijeru. Nova istraživanja pokazuju da se može sintetizovati «de novo» u ljudskim ćelijama. Postavljen je cilj da se ispita individualna i komparativna analiza efikasnosti Berlithiona® (α -liponske kiseline) u tretmanu dijabetesne polineuropatije, u do sada objavljenim značajnijim studijama, te utvrditi da li postoji strategija u liječenju preparatom Berlithion® u liječenju dijabetesne polineuropatije. Među dosada objavljenim značajnijim studijama su ALADIN I Study (1995), ALADIN II Study (1999), ALADIN III Study (1999), DEKAN Study (1997), ORPIL Study (1999), SYDNEY I Trial (2003), SYDNEY II Trial (2006), NATHAN I i II Study (2007), Meta analiza (2008). α -liponske kiseline je efikasan lijek u liječenju dijabetesne polineuropatije. Primjena od 600mg. i.v. tri sedmice, a zatim 600mg. per os se pokazala optimalnom i vrlo efikasnom. Primjena ovog lijeka u optimalnim dozama nije pokazala nus-pojave. Pozitivno je uticala na elektrofiziološke promjene, ali je potrebno duževremeno praćenje rezultata na NIS. Radi što bolje sigurnosti rezultata potrebno je revidirati metodologiju studija.

Укупно: 18 бодова

УКУПНО БРОЈ БОДОВА

27,5+ 18

45,5

СВЕ УКУПНО БОДОВА:

93+21+45,5

159,5

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

У складу са Законом о високом образовању Републике Српске, Статутом Универзитета и Правилником о поступку и условима избора академског особља Универзитета у Бања Луци, а на основу анализе научно-истраживачког рада, образовне и стручне делатности кандидата, те доприноса развоју Катедре за неурологију, а напред свега изнесеног, Комисија једногласно предлаже Наставно-Научном већу Медицинског факултета и Сенату Универзитета у Бања Луци да др Зорана Ж. Семиза, ванредног професора, поново изабере у звање ванредног професора за ужу научну област Неурологија.

Потпис чланова Комисије

1. Академик Проф. др Владимир Костић



2. Проф. др Небојша Јовић



3. Проф. др Драгослав Сокић

