

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ: МЕДИЦИНСКИ



ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ
о пријављеним кандидатима за избор у звање

I. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: Конкурс Универзитета у Бања Луци од 18.07.2014 године, број 01/04-2 2633/14, објављен у листу „ Глас Српске“ за избор наставника за ужу научну област Хирургија
Ужа научна/умјетничка област: Хирургија
Назив факултета: Медицински факултет Бања Лука
Број кандидата који се бирају: 4(четири)
Број пријављених кандидата:4(четири)
Датум и мјесто објављивања конкурса: Конкурс је објављен 23.07.2014. год, дневни лист „Глас Српске“ Бања Лука
Састав комисије: а) Др Предраг Грубор, редовни професор, ужа научна област Хирургија; Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, предсједник б) Др, Дарко Лукић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Бањалуци, члан в) Др Драган Мандарић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Београду, члан
Пријављени кандидати 1. Др Славко Грбић, доцент, ужа научна област Хирургија 2. Др Никола Гаврић, ванредни професор, ужа научна област Хирургија 3. Др Драган Костић, ванредни професор, ужа научна област Хирургија 4. Др Предраг Лазић, доцент, ужа научна област Хирургија

II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци

Име и презиме:	Славко Грбић
Датум и мјесто рођења:	03. 12. 1962. год. Кичево, Македонија
Установе у којима је био запослен:	Бања Кулаши, Цер Клинички центар Бања Лука
Звања/радна мјеста:	Доктор медицине Специјалиста опште хирургије (1996) Субспецијалиста грудне хирургије (2002) Шеф одјељења опште грудне хирургије
Научна/умјетничка област:	Хирургија
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Комора доктора медицине РС Друштво доктора медицине РС Европско удружење грудних хирурга

б) Биографија, дипломе и звања:

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет, Универзитет Бања Лука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 1989. год.
Просјечна оцјена:	7,9
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет, Универзитет Бања Лука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, новембар 1999 године
Назив магистарског рада:	„Опоравак сензибилитета повређених врхова прстију лечених методом секундарног зарастања ране“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Просјечна оцјена:	8,2
Докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, новембар 2007 године
Назив дисертације:	„ Утицај захваћености лимфних жлијезда медијастинума на оперативно лијечење карцинома плућа“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, период)	
Медицински факултет Универзитета у Бањалуци: асистент 1997-2001., виши асистент 2001- 2009., доцент 2009-2014.	

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије посљедњег избора/реизбора

1. Оригинални научни радови у научном часопису међународног значаја

1.1. Spasojević G, Malobabić S, Šuščević D, **Grbić S**. The contribution to the study of the topographic anatomical relationships of the cystic artery. Folia Anatomica, Beograd, 1998; 26 (1): 57-62.

(0.75*10= 7.5 бодова)

1.2. **Grbić S**, Spasojević G, Malobabić S, Šuščević D. Appendicitis acuta: Anatomical variations of the position of the appendix vermiformis-relation to age and sex. Folia Anatomica, Belgrade 1999, 27 (1): 35-40.

(0.75*10= 7.5 бодова)

1.3. Топић Б, Станковић Н, Савјак Д, **Грбић С**. Корелација величине примарног тумора и аксиларног нодалног статуса са тумор супресорним геном П-53 код карцинома дојке. Војносанитетски Преглед 2002 Јан-Феб;59(1):29-32.

(0.75*10= 7.5 бодова)

1.4. Spasojević G, **Grbić S**, Obradović Z, Malobabić S. Comparative study of relationship between cystic and common hepatic duct in healthy individuals and in patients with gallbladder diseases. Folia Anatomica, Belgrade, 2003; 31 (1): 17-21.

(0.75*10= 7.5 бодова)

2. Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја

2.1. Топић Б, Станковић Н, Савјак Д, Билбија С, Грбић С. Корелација хистолошког и нуклеарног туморског градуса и имунохистохемијски одређених туморских маркера код карцинома дојке. Scripta medica 1999; 30 (1): 1-4.

(0.50*6= 3 бодова)

3. Научни рад на научном скупу међународног значаја, штампан у цјелини

3.1. Топић Б, Јандрић К, **Грбић С**. Корелација величине тумора и аксиларног нодалног статуса код карцинома дојке. Неопластичне болести проблем 21 века, Интернационални конгрес „Здравље за све“ Зборник радова 2003 :312-322.

(5 boda)

3.2. **Грбић С**, Јаничић Д, Топић Б, Спасојевић Г. Значај ултразвучне дијагностике и FNA у раном откривању и лечењу непалпабилних карцинома дојке. Неопластичне болести проблем 21 века, Интернационални конгрес „Здравље за све“ Зборник радова 2003 : 485-494.

(5 boda)

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

4.1. **Grbić S**, Radulović S, Grbić A. Intraabdominal Abscesses Caused by Appendicitis. Digestive Surgery 1998;15:645.

(3 boda)

4.2. **Grbić S**, Bilbija S, Jančić D. Recovery of tactile sensors after partially cut off tissues of fingertips. First Balkan Congress for Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery. Thessaloniki, 1-3. April 1999.

(3 boda)

Укупан број: 49 бодова

Радови послје последњег избора/реизбора

5. Оригинални научни радови у научном часопису међународног значаја

5.1. **Грбић С**, Домузин М, Грбић А, Спасојевић О, Обрадовић З. Сензибилитет прстију доминантне и недоминантне руке. Биомедицинска истраживања, 2013;4(2).

(0.50*10= 5.0 бодова)

Увод. За контролу опоравка сензибилитета повређених врхова прстију често се користе неповређени прсти супротне руке. Да би се дефинисала контролна група (исти прст на супротној, неповређеној руци) извршили смо истраживање које је засновано на упоређивању сензибилитета супротних прстију. Циљ рада је испитати површински сензибилитет на врховима прстију између доминантне и недоминантне руке применом теста статичке и динамичке дискриминације двије тачке (2ПД) и утврдити има ли значајне разлике у сензибилитету прстију између доминантне и недоминантне руке.

Методe. Истраживање смо урадили на 50 особа (500 прстију) коришћењем теста "две тачке" за мерење тактилне дискриминације прстију (2ПД). 2ПД тест је најчешће коришћени тест за контролу сензорног опоравка после повреде нерва. Користили смо динамичку и статичку методу дискриминације две тачке.

Резултати. Тестом статичке дискриминације две тачке пронашли смо да је највећа сензитивна осетљивост другог прста шаке (кажипрста) и код доминантне и недоминантне руке (доминантна; 2.78 ± 0.78 мм, недоминантну: 2.82 ± 0.75 мм), а најмања сензитивност малог прста (доминантна; $3, 18 \pm 0.88$ мм, недоминантну $3,01 \pm 0.71$ мм). Тестом динамичке дискриминације утврдили смо такође да је највећа сензитивна осетљивост кажипрста (доминантна; $02:44 \pm 0.71$ мм, недоминантну; $02:42 \pm 00:52$ мм), а најмања малог прста (доминантна; $2,67 \pm 0.88$ мм, недоминантну $2,66 \pm 0.71$ мм) . Укупно посматрано анализом Т теста на нивоу значајности $p = 0,05$, није утврђена статистички значајна разлика у сензибилитету прстију по паровима између доминантне и недоминантне руке $p > 0,05$.

Закључак. На основу резултата тестирања, можемо закључити да разлика у сензибилитету није статистички значајна између парова прстију као и укупно посматрани сензибилитет прстију између доминантне и недоминантне руке ($p > 0,05$), те за праћење опоравка сензибилитета можемо компарирати сензибилитет супротним здравим прстом друге руке.

5.2. **Грбић С, Томић В, Гајанин Р, Турић М, Вучић Г.** Процјена EGFR мутационог статуса у аденокарциному плућа примјеном RT PCR. *Respiratio* 2014; (4) 1-2: 81-86.

(0.50*10= 5.0 бодова)

Увод и циљ: Карцином плућа представља најучесталији облик карцинома код мушкараца и трећи по учесталости код жена. Око 80% карцинома плућа спада у неситноћелијске карциноме плућа (НСЦЦ) и повезују се са пацијентима који су у 90% пушачи или бивши пушачи. Присуство мутације / делеција ЕГФР гена које узрокују континуирану активацију ЕГФР рецептора, присутне су код приближно 20% пацијената са карциномом дијагностификована. Циљ нашег истраживања је био да се одреде типови и учесталост ЕГФР мутација у аденокарцинома плућа, те да се установи најадекватнији метод узорковања за ЕГФР мутациони тест.

Материјал и методе: Ретроспективном студијом обухваћено је (N = 77) пацијената којима је рађен Цобас® реал-тима ПЦР ЕГФР мутацијски тест на узорцима добијеним трансторакалном биопсијом, бронхоскопијом или хирушком интервенцијом, у периоду 2012-2014 Материјал и методе: Ретроспективном студијом обухваћено је (N = 77) пацијената којима је рађен Цобас® реал-тима ПЦР ЕГФР мутацијски тест на узорцима добијеним трансторакалном биопсијом, бронхоскопијом или хирушком интервенцијом, у периоду 2012

Резултати: Просечна старост пацијената износи 55,1 годину. Од 77 пацијената 54 (70,1%) узорка су добијена хирушким путем, 19 (24,7%) бронхоскопски, те су 4 (5,2%) узорка добијена трансторакалном биопсијом. Мутација је детектована у 6 (7,79%) случајева. У егзони 21 (L858P) мутације су биле присутне код 4 пацијента (66,7%), а по један пацијент су имали промену у егзони 19- делеција (16,7%) иу егзони 20-инсерција (16,7%). У 4 (66,7%) случаја код којих су детектоване мутације, узорци су добијени хирушким путем, док је у 2 (33,4%) случаја материјал добијен бронхоскопски биопсијом тумора. Од укупног броја пацијената код којих су детектоване мутације, 4 (66,7%) пацијената су били женског пола, док су у 2 (33,3%) случаја били мушкарци. Утврђивањем генског статуса ЕГФР гена омогућава се правилан одабир терапије који укључују и инхибиторе тирозин киназе, који могу имати жељени ефекат и максимално допринети побољшању њихове прогнозе.

Закључак: Узорци добијени након ресекције плућа бољи су за анализу ЕГФР мутационог теста у односу на узорке добијене бронхоскопијом и трансторакалном биопсијом. Данашње дијагностификовање и терапија болести све више је базирано на хистолошким налазима, а хируршко узорковање је најквалитетнији начин добијања репрезентативног материјала.

6. Научни рад на научном скупу међународног значаја, штампан у цјелини

6.1. **Грбић С**, Јаничић Д, Дакић З, Гајанин Р, Стојшић Ј. Лимфогена дисеминација карцинома плућа. Scripta medica, 2010;41 (1): 206-215.

(0.50*5= 2.5 бодова)

Локална инвазивност карцинома плућа захвата обично, прво околно плућно ткиво, висцералну плеуру, шири се дуж бронхуса према хилусу лобуса и паријаталној плеури и даље према медијастинуму, перикарду и зиду грудног коша. Директно инфилтрише в. Каву супериор, н. рекуренс и н. френикус.

Метастатска ширење карцинома плућа лимфним путем зависи од локализације. Сваки лобус плућа има своју лимфну дренажу. Из десног плућа лимфоток је усмерен преко интермедијалног бронхуса ка истостраним бронхопулмоналним нодус и преко трахеобронхијалних (азигос нодус) до високих медијастиналних нодуса. Из левог горњег лобуса плућа, малигноме се лимфогено шире истостраним бронхопулмоналним нодус и бронхотрахеалним нодус. Даље преко и испод аортног лука, преко предњег медијастинума могу да се шире у контралатерално медијастинум. Малигноме доњег левог лобуса плућа лимфогено метастазирају ређе истим путем као горњег лобуса, а чешће, преко субкариналних нодуса захватају паратрахеалне нодус десне стране плућа. Од паратрахеалних нодуса лимфоток са обе стране комуницира преко медијастиналних нодуса са одговарајућим

супраклавикуларним нодус. Лимфогено ширење карцинома није ретко ни дуж параезофагеалних и парааорталних нодуса.

Хематогено ширење карцинома плућа је углавном усмерено према јетри, ретроперитонеално органима и кичми.

6.2. Јаничић Д, **Грбић С**, Максић М, Кајкут Г, Дакић З, Кантар М. Цервикална медијастиноскопија у процјени операбилности карцинома бронха. Scripta medica 2010;41 (1): 319-321.

(0.30*5= 1.5 бодова)

Увод. Цервикална медијастиноскопија и компјутеризована томографија торакса су најчешће примјењиване методе у преоперативном стејџингу карцинома бронха. Циљ рада је да истакне потребу извођења цервикалне медијастиноскопије код свих потенцијално операбилних пацијената са доказаним карциномом бронха.

Материјал и методе: Обрађени су пацијенти, њих 43. код којих је урађена цервикална медијастиноскопија у периду од новембра 2007. године до априла 2010. године на Клиници за торакалну хирургију Клиничког центра Банја Лука. Код свих пацијената је претходно дијагностикован карцином бронха, а цервикална медијастиноскопија је рађена у сврху стејџинга и процјене операбилности.

Резултати рада: Просјечно трајање процедуре је 30 минута, а просјечно вријеме хоспитализације је три дана. Метастатска болест је потврђена код 27.90 % случајева. Интраоперативне компликације су регистроване код једног пацијента или 2.32 %. Постоперативног морталитета није било.

Закључак. Цервикална медијастиноскопија је поуздана и ефикасна метода у хируршком стејџингу код обољелих од тумора плућа. Препоручујемо примјену цервикалне медијастиноскопије код сваког пацијента са потенцијално операбилним карциномом бронха.

6.3. Јаничић Д, **Грбић С**, Дакић З, Кантар М, Пејић Д. Улога цервикалне медијастиноскопије и VATS дијагностике у процјени операбилности арцинома бронха. Часопис удружења пулмолога Републике Српске, 2011; 11 (1): 137-139.

(0.50*5=2,5 бод)

Компјутеризована томографија торакса, цервикална медијастиноскопија и видеоасистирана торакоскопија су најчешће примјењиване методе у процјени операбилности карцинома бронха.

Циљ рада је да процјени улогу цервикалне медијастиноскопије и VATS-а у процјени

операбилности карцинома бронха.

Материјал и методе. Обрађена су 22 пацијента обољела од карцинома бронха у периоду од јануара до краја марта 2011. године на Клиници за торакалну хирургију Клиничког центра Бања Лука, код којих је рађена цервикална медијастиноскопија и VATS у сврху процјене операбилности. Биоптирани су лимфни чворови са позиција 2 и 4 и 7. VATS експлорација рађена је као увод у евентуалну торакотомију. Индикација за цервикалну медијастиноскопију су биле увећане лимфне жлезде верификоване компјутеризованом томографијом торакса, а за примјену VATS-а сумња на малигну ефузију и мета депозите у паријенталној плеури.

Резултати рада. Код четири пацијента је урађена цервикална медијастиноскопија и потврђена метастатска болест у медијастиналним лимфним чворовима. VATS је урађен код 14 пацијената; код 6 пацијената биопсијом плеуре доказана карциноза плеуре; код шест пацијената је по VATS дијагностици урађена торакотомија - код пет пацијената је рађена ресекција, а код једног пацијента оперативни захват је завршен на нивоу експлорације (4.54 %). Такође VATS експлорацијом је откривен један мијелом и један туберкулом који су претходном дијагностичком обрадом схваћени као тумори плућа. Код два пацијента су рађене обе дијагностичке претраге.

Закључак. Цервикална медијастиноскопија и VATS су поуздане и ефикасне методе у хируршком стејџингу код обољелих од тумора плућа и прецизна метода у процјени операбилности истих.

6.4. **Грбић С**, Гајанин Р, Стојшић Ј, Зрнић Б. Дистрибуција метастаза у регионалним лимфним чворовима, према хистолошком типу карцинома плућа. Часопис удружења пулмолога Републике Српске, 2011;11 (1): 275-279.

(0.75*5=3,75 бод)

Карцином сквамозних ћелија плућа најчешће метастазира у регионалне лимфне чворове, а затим у надбубрег, јетру, ЦНС, коштану срж и панкреас. Аденокарцином најчешће метастазира у хиларне и медијастинална лимфне жлезде, а затим у плеуру, контралатерално плућно крило, јетру, надбубрег, панкреас, бубрег кожу и ЦНС.

Метастатска ширење карцинома плућа лимфним путем зависи од локализације. Сваки лобус плућа има своју лимфну дренажу. Из десног плућа лимфоток је усмерен преко интермедијалног бронхуса ка истостраним бронхопулмоналним нодус и преко трахеобронхијалних (азигос нодус) до високих медијастиналних нодуса. Из левог горњег лобуса плућа, малигноме се лимфогено шире истостраним бронхопулмоналним нодус и бронхотрахеалним нодус. Даље преко и испод аортног лука, преко предњег медијастинума могу да се шире у контралатерално медијастинум. Малигноме доњег левог лобуса плућа лимфогено метастазирају ређе

истим путем као горњег лобуса, а чешће, преко субкариналних нодуса захватају паратрахеалне нодус десне стране плућа. Од паратрахеалних нодуса лимфоток са обе стране комуницира преко медијастиналних нодуса са одговарајућим супраклавикуларним нодус. Лимфогено ширење карцинома није ретко ни дуж параезофагеалних и парааорталних нодуса.

У нашем материјалу је уочљива путања карцинома, из примарног исходишта преко интрапулмоналних чворова у медијастинална чворове, са већом тачношћу ове законитости код свамоцелуларног карцинома, али и код аденокарцинома и аденосвамозног карцинома.

6.5. **Грбић С**, Јаничић Д, Шкрбић В. Хируршке компликације ресекције плућа због карцинома бронха. Додатак часопису удружења пулмолога Републике Српске, 2012; 2 (1-2 S): 151-154.

(5 бод)

Постоперативне компликације након ресекција плућа нису ретка појава. Напротив на њих треба рачунати, поготову након радикалнијих ресекција плућа.

Метастатска ширење карцинома плућа лимфним путем зависи од локализације. Сваки лобус плућа има своју лимфну дренажу. Из десног плућа лимфоток је усмерен преко интермедијалног бронхуса ка истостраним бронхопулмоналним нодус и преко трахеобронхијалних (азигос нодус) до високих медијастиналних нодуса. Из левог горњег лобуса плућа, малигноме се лимфогено шире истостраним бронхопулмоналним нодус и бронхотрахеалним нодус. Даље преко и испод аортног лука, преко предњег медијастинума могу да се шире у контралатерално медијастинум. Малигноме доњег левог лобуса плућа лимфогено метастазирају ређе истим путем као горњег лобуса, а чешће, преко субкариналних нодуса захватају паратрахеалне нодус десне стране плућа. Од паратрахеалних нодуса лимфоток са обе стране комуницира преко медијастиналних нодуса са одговарајућим супраклавикуларним нодус. Лимфогено ширење карцинома није ретко ни дуж параезофагеалних и парааорталних нодуса.

У нашем материјалу, као и у другим радовима, доминира фистула као најчешћа постоперативна компликација. Бројним хируршким техникама покушава се изнаћи оптимална процедура којом би се ова компликација смањила у инциденцији.

6.6. Гајанин Р, Ђурђевић Д, Каралић М, Бијелић Р, **Грбић С**. Алгоритамски приступ интерпретацији FNA плувачних жлијезда. Други конгрес патолога БиХ са међународним учешћем, Бања Лука 2012.

(0.50*5=2.5 бода)

Аспирација танком иглом (fine-needle aspiration-FNA) пљувачних жлијезда представља једно од најзахтјевнијих подручја у цитопатологији. FNA пљувачних жлезда представља значајан и ефикасан начин дијагностиковања комплексних лезија. Тренутно је FNA широко прихваћена као прва линија у процени патолошких процеса (увећања) у пљувачним жлијездама. FNA као дијагностички тест има значајну улогу у евалуацији лезија у пљувачним жлијездама, као и клиничким поступцима (алгоритам) код тумора пљувачних жлијезда. Факуин ВЦ и Поверс ЦН су представили поједностављен и практичан алгоритамски приступ за процену и дијагностику широког спектра промјена у пљувачним жлијездама од не-неопластичних, бенигну и малигну промјена. Након провјере да је FNA узорак адекватан за анализу, цитопатолог се усредсређује на утврђивање присуства основних типова ћелија, матрикса и инфламацијске компоненте. Наведене компоненте FNA представљају три главна огранка дијагностичког алгоритма, који је базиран на цитоморфолошким детаљима. Алгоритам је фокусиран на диференцијацији појединих врста лезија чије се цитоморфолошке слике дијелом преклапају. FNA извештаји треба да садрже потврду о адекватности узорка, те сврставање у одређене категорије (незадовољавајући, недијагностички, негативан на малигну ћелије, атипични, суспектан на малигну ћелије и позитиван на малигну ћелије), као и специфичну или описну дијагнозу. За случајеве где је FNA интрепретирана као атипична, суспектна, или у случајевима Дискрепанца између налаза FNA и клиничког и / или радиолошког налаза индиковано је урадити ех темпоре дијагностику. FNA је једноставан и јефтин поступак који даје значајне информације клиничара и треба да буде изведена рутински у процени већине лезија пљувачних жлијезда.

6.7. Раковић М, Грбић С, Ракоњац З, Пашалић Д: „Торзија тестиса и диференцијална дијагноза акутног скротума“, 6. Међународни конгрес „Екологија, здравље, рад, спорт“, септембар 2013, стр. 316-319.

(0.75*5=3.75 бода)

У раду је приказан случај екстравагиналне торзије лијевог тестиса код неонатуса.

Радило се о неонатусу у другом дану живота са увећаним лијевим тестисом. Након прегледа од стране дјечијег хирурга поставе се индикације за хируршку експлорацију скротума при чему се нађе торквиран лијеви тестис. С обзиром на очигледне иреверзибилне промјене ткива настале као посљедица дуже исхемије, наведени тестис се одстрани. Код клиничке слике акутног скротума на првом мјесту треба мислити на торзију тестиса као ургентног стања које захтјева хитну хируршку интервенцију. У конкретном случају радило се о екстравагиналној торзији тестиса, иначе карактеристичној за узраст неонатуса.

6.8. **Грбић С**, Максић М, Јаничић Д, Ћулум Ј, Раковић М: „ Постооперативне компликације након ресекције плућа због карцинома бронха“, Часопис удружења пулмолога РС, мај 2013, str. 86-89.

(0.5*5= 2,5 бод)

Постооперативне компликације након ресекције плућа нису ријетка појава. Напротив на њих треба рачунати, поготову након радикалних ресекција плућа.

Најчешћа постоперативна компликација је рецидив тумора. Рецидив се јавља у свим клиничким и патохистолошким студијама болести без обзира на постигнуту радикалност приликом операције. За 1. Стадијум проценат рецидива је између 20-20%, 2. Стадијум око 50% и за Н2 обољење је између 70-80%. Приликом постоперативних контрола, могу се открити и секундарни примарни карциноми плућа. Њихова учесталост после операције карцинома плућа у 1. стадијуму је незнатно изнад 10%. Локални рецидиви обољења могу се јавити после радикалних, мањих ресекција, као што су клинаста ресекција или сегментна ресекција. Појава секундарног примарног тумора или локалног рецидива може бити разлог за поновну хируршку реevalуацију у правцу ресекције.

У нашем материјалу, као и у другим радовима, доминира рецидив као најчешћа постоперативна компликација. Бројним хируршко-онколошким терапијама покушава се изнаћи оптимална процедура којом би се ова компликација смањила.

6.9. **Грбић С**, Малешевић В, Вучић М, Раковић М, Шкрбић В: „Учесталост појаве лимфогених метастаза код пацијената са карциномом плућа“, Часопис удружења пулмолога РС, мај 2013, str. 98-102.

(0.5*5=2,5 бод)

Карцином плућа је и даље у фокусу нашег занимања због огромне инциденце и смртности.

Лимфогене метастазе се прве појаве у центрипеталном ширењу карцинома плућа. У нашем материјалу примјећена је велика учесталост појављивања ових метастаза.

Величина примарног карцинома плућа значајно утиче на појаву лимфогених метастаза. У нашем материјалу доминирају велики тумори и то је разлог обимног лимфогеног метастазирања.

Сквамоцелуларни карцином од раније познат као карцином који у свом ширењу користи лимфне путеве, док је аденокарцином обиљежен као хематогени карцином. Наш материјал потврђује ово правило, без обзира на појаву прескачућих метастаза.

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

7.1. Гулић Б, Јаничић Д, **Грбић С**, Кајкут Г, Дакић З, Кантар М. Место и улога ВАТС интервенција: досадашња искуства. 3. Конгрес доктора медицине Републике Српске са међународним искуством, Теслић, 7-10. Новембар 2013.

(0.3*3=0,9 бод)

УВОД : Развој и примена ВАТС интервенција у послењих двадесет година показују изузетну прогресију. ВАТС данас у потпуности замењује конвенционалну отворену торакотомију као стандардну процедуру за многе једноставније торакохируршке операције и полако се намеће као комплементарна процедура за много комплексније интервенције. Циљ рада је да се прикажу искуство и резултати у примени ВАТС а.

МЕТОД : Рад представља ретроспективну анализу примене методе од почетка 2008.год. У том периоду извршено је 291 ВАТС интервенција. Индикације су биле дијагностичке и терапијске. Праћени су морбидитет, морталитет.

РЕЗУЛТАТИ : Извршено је 205 дијагностичких и 198 терапијских ВАТС операција. Дијагностичке операције : биопсија плеуре (н-94), биопсија плућа (н-89) и биопсија мед. лимф. чворова (н-23). Терапијске операције : пнеумоторакс (н-45), хиперхидроза (н-54), периферне инфилтративне промене плућа (н-64), плеурални излив (н-87) и излив перикарда (н-3), ЛВРС (н-3) случаја. Примењене ВАТС интервенције: ресекција врха плућа са парцијалном плеуректомијом (н-45), обострана симпатектомија (н-54), атипична и клинаста ресекција плућа (н-89) и плеуродеза (н-67) и фенестрација перикарда (н-3). Није било оперативног морталитета. Компликације су се јавиле код 37. пацијената (12,7%). Продужена дренажа ваздуха 25, продужену дренажу течне фазе 8 и крварење у 4 случајева. Просечан постоперативни боравак у болници био је 5 дана. Конверзија у отворену торакохируршку процедуру била је неопходна у 14 случајева (4,8%).

ЗАКЉУЧАК : Наше искуство потврђује да ВАТС процедуре имају многе предности у односу на класичну торакотомију. Омогућују значајно краћи постоперативни боравак у клиници и мању аналгоседацију. ВАТС има доминантно место у третману пнеумоторакса и биопсији интраторакалних маса. ВАТС је идеалан приступ код недијагностификованих плеуралних излива, рецидива пнеумоторакса или булозне плућне болести, стејџинга карцинома плућа.

Укупан број: 37,4 бодова

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

49+37,4=86,4

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

8. Гостујући професор на универзитетима у РС

Грбић Славко је у статусу вишег асистента Универзитета у Бањој Луци обављао вјежбе студентима Медицинског и Стоматолошког факултета.

(2 бода)

9. Други облици међународне сарадње

9.1. Учешће на Европској школи Онкологије од 13-16 Априла 2005 године у Сарајеву

(0 бода)

9.2. Учешће на семинару „Гравесова болест: проблеми у терапији, тотална тироидектомија као операција избора-класична техника или употреба хармонијског скалпера“ од 9-10 Априла 2009 године у Београду.

(0 бода)

Укупан број: 2 бода

Образовна дјелатност после последњег избора/реизбора

10. Гостујући професор на универзитетима у РС

10.1. Грбић Славко, запослен на Катедри за хирургију Медицинског факултета у Бања Луци као доцент, специјалиста опште и субспецијалиста грудне хирургије, успјешно учествује у извођену теоријске и практичне наставе из предмета Хирургија, на одсјецима медицина и стоматологија. У том својству показао смисао за педагошки рад и спремност за прихватање нових педагошких приступа у извођењу вјежби и семинара.

(9 бода)

10.2. Грбић Славко, успјешно изводи наставу у Виској медицинској школи у Приједору, током 2011, 2012 и 2013 године из предмета Ортотика и протетика.

(2 бода)

11. Рецензирани универзитетски уџбеник који се користи у земљи

11.1. Предраг Грубор и сарадници: « Хирургија и њега хируршког болесника», Медицински факултет Бања Лука, 2010. год.

Грбић С: поглавље „ Хируршке инфекције и антибиотици“ (стр. 55-78).

Грбић С: поглавље „ Хирургија врата (стр.79-82) “.

Грбић С: поглавље „ Хирургија грудног коша (стр. 83-114)“.

Грбић С: поглавље „ Хируршка обољења ендориних жлијезда (стр. 115-124)“.

Грбић С: поглавље „ Хируршка обољења дојке (стр. 125-135)“.

(0.3*6=1,8 бод)

Рад на овој књизи је проистекао из дубоке потребе нашег Медицинског факултета да студенти Високе медицинске школе имају домаћи уџбеник из предмета Хирургија и њега хируршких болесника.

Наставници хирургије имају поштовање према другим уџбеницима хирургије писаним нашим језиком, али су сматрали да је у овој фази развитка нашег факултета и реформи Високог школства, њихова обавеза да напишу студентима уџбеник прилагођен Болоњском студију. Намјера наставника је да уџбеник одговарао потпуно или готово потпуно програму наставе.

Аутори ове књиге су сматрали да ће ова књига у свакодневној клиничкој пракси послужити и љекарима породичне медицине. Зато је она нешто обимнија него што изискује сама потреба наставе на предмету Хирургија и њега хируршког болесника. Тако је тежиште излагања дато на патологију, етиологију, анатомију, физиологију, лијечење и њега хируршког болесника.

Није био лак посао уједначити поглавља у уџбенику. Тим се ускраћивала права на извјесне специфичности и креативност аутора, које често и ако неприкладне, када је у питању уџбеник, дају исвјесну љепоту и занимљивост у тексту, која привлачи и чини будним читаоца.

Ми смо намјерно учинили нека одступања од савременог излагања изостављајући готово свуда ауторе чија су дјела и мисли наведена. Сматрали смо непогодним да то уђе у овакав уџбеник. Настојали смо да уџбеник буде написан на приступачан начин, а читаво градиво хирургије обрађено онако како медицински радник мора доживјети и схватити хируршког болесника.

Одајем признање писцима овог уџбеника јер знам колико труда и самопрега изискује писање медицинске књиге. Написати књигу из које ће се други учити је једна од најбољих људких дјелатности.

Одајем признање нашем Факултету, на залагању да добије свој уџбеник и да ова књига буде што боље опремљена.

Молим читаоце да схвате извјесне недостатке ове књиге и објасне их тешкоћама и неискуством које има главни уредник приликом припремања првог издања. Ваше сугестије, критике бити ће добронамјерно прихваћене и у другом издању кориговане.

11.2. Предраг Грубор и сарадници: « Здравствена њега у ванредним условима“, Медицински факултет Бања Лука, 2010. год.
Грбић С: поглавље „ Повреде грудног коша и њихово збрињавање у ванредним условима“ (стр. 127-156).

(0.3*6=1,8 бод)

Здравствена њега у ванредним условима је предмет који је предвиђен планом и програмом студија Здравствене његе.

Непостојање уџбеника за овај студији,условило је потребу да се на катедри Здравствена њега у ванредним условима напише уџбеник који одговара наставном програму.Уџбеник је прилагођен студентима Здравствене његе у циљу стицања знања,не само за испит,него,што је много важније за вршење једног тако озбиљног и тешког позива дипломиране сестре.

Аутори су настојали да уџбеник напишу на приступачан начин,тако да студенту буду максимално приближни проблеми болесника и начин правилне интезивне здравствене његе.Овај уџбеник,такође,исказује значај улоге и задатак дипломиране сестре у току хоспитализације.

Није бои лак посао уједначити поглавља у уџбенику,јер се тиме ускраћивало право на специфичности и креативност аутора, које често, иако неприкладно, кад је у питању уџбеник, дају извјесну љепоту и занимљивост текста, те одржавају пажњу читаоца.

Одајем признање нашем факултету, на залагању у изради овог уџбеника и подршци која је била потребна да књига буде што боље опремљена.

Молим читаоце да извјесне недостатке ове књиге објасне тешкоћама и неискуством које има главни уредник приликом припремања првог издања. Ваше сугестије и критике ће бити добронамјерно прихваћене и другом издању кориговане.

12. Члан комисије за одбрану рада другог циклуса

12.1. Др Зоран Рољић: Фактори који утичу на проходност наткољених феморо-поплитеалних реконструкција. Бања Лука, 2013.

(2 бода)

13. Други облици међународне сарадње

13.1. Учешће на симпозијуму „4th Collaborative Symposium on General Thoracic Surgery“ 10 June 2012 године у Essen-Germany.

(0 бода)

13.2. Учешће на конференцији „20th European Conference on General Thoracic Surgery“ 10-13 June 2012 године у Essen-Germany.

(0 бода)

13.3. Учешће на симпозијуму „Рак штитасте жлијезде“ 18-19 Април 2013 године у Београду.

(0 бода)

13.4. Учешће на симпозијуму „Нодуси и карцином штитасте жлијезде: шта је ново у 2013“ 20 Септембар 2013 године у Београду.

(0 бода)

13.5. Учешће у радионици „From Thoracotomy to VATS II“ 6-7 March 2014 Thessaloniki, Greece.

(0 бода)

13.6. Учешће на симпозијуму „Актуелни принципи у грудној хирургији“ 11 Април 2014 године у Београду.

(0 бода)

Укупан број: 16,6 бодова

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

2+16,6=18,6

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора

14. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

14.1. **Грбић С**, Мандарић Д, Спасојевић Г. Лимфни пут кроз медијастинум из било које локализације плућног тимора. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Требиње, 2003 :83-84.

(3 бода)

14.2. **Грбић С**. Третман лацероконтузне повреде трахеје- приказ случаја. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Требиње 2003 : 85-87.

(3 бода)

14.3. **Грбић С.** Значај ултразвучно навођене FNAC/FNAB у верификацији периферних промјена на плућима-приказ случајева. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Требиње 2003 : 89-91.

(3 бода)

14.4. **Грбић С.** Неповолјни ефекти лечења ван Републике Српске, пацијената са карциномом плућа. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Требиње 2003 : 79-81.

(3 бода)

14.5. Јандрић К Станетић М, **Грбић С**, Бараћ Т, Дуроњић М. Торакоскопија у клиници за плућне болести у Бањој Луци. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Требиње 2003: 97-98.

(3 бода)

14.6. Јаничић Д, **Грбић С**, Максић М, Латиновић Љ, Дуроњић М. Хируршки третман тумора грудног коша. Неопластичне болести проблем 21 века, Интернационални конгрес „Здравље за све“ Зборник радова 2003 : 480-484.

(3 бода)

14.7. **Грбић С.** Проширене ресекције желуца код узнатредовалог карцинома-приказ случајева. Неопластичне болести проблем 21 века, Интернационални конгрес „Здравље за све“ Зборник радова 2003 : 516-528.

(3 boda)

14.8. **Грбић С**, Мандарић Д, Спасојевић Г. Однос у локализацији примарног тумора плућа и лимфних метастаза хилуса. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, 2004 : 255-258.

(3 boda)

14.9. **Грбић С**, Мандарић Д, Јаничић Д, Ћулум Ј. Однос локације и хистолошког типа тумора плућа према лимфним метастазама хилуса плућа. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, 2007 : 121-124.

(0.75*3=2,25 бод)

14.10. Јаничић Д, **Грбић С**, Кајкут Г, Дакић З, Кантар М. Цервикална медијастиноскопија у процјени операбилности карцинома бронха и дијагностици медијастиналне лимфаденопатије. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Supplement to Scripta Medica, 2009 : 181-183.

(0.5*3=1,5 бод)

14.11. **Грбић С**, Кантар М, Стојшић Ј. Примјена VATS-а на Клиници за грудну хирургију, КЦ Бања Лука. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова, Supplement to Scripta Medica, 2009 : 191-193.

(3 boda)

14.12. **Грбић С**, Стојшић Ј, Кантар М, Мандарић Д. Однос ЦТ налаза измјењених лимфних чворова медијастинума са патохистолошки верификованим метастазама у лимфне чворове медијастинума. Мајски пулмолошки дани. Зборник радова Supplement to Scripta Medica, 2009 : 209-213.

(0.75*3=2,25 бод)

15. Стручни рад у часопису националног значаја (с рецензијом)

15.1. Гајанин Р, **Грбић С**, Спасојевић Г. Variations in the size and contents of the gall s triangle. Folia Anatomica, Beograd, 1998; 26 (2): 46

(2 boda)

16. Стручни рад на скупу међународног значаја, штампан у зборнику извода радова

16.1. Билбија С, Јаничић Д, **Грбић С.**, Спољне повреде цервикалног сегмента езофагуса ватреним оружјем. 18. Конгрес хирурга Југославије, Београд, 1994: 061.

(0 бода)

16.2. Билбија С, Јаничић Д, **Грбић С.** Ларинготрахеална траума. 20 Конгрес ратне медицине, Бањалука 1996: 134.

(0 бода)

16.3. Деспот Б, **Грбић С**, Мандић Д. Реконструктивне методе очувања тактилне перцепције врхова прстију код рањеника са губитком вида. 20 Конгрес ратне медицине. Бањалука 1996: 93.

(0 бода)

16.4. Јаничић Д, Бјелогрлић З, **Грбић С**, Билбија С. Хирушки третман покретног капка удруженог са дефектом торакалног зида. Acta chirurgica Југославика, XXI конгрес хирурга Југославије, Зборник сажетка, Београд, 2001supp 101:105.

(0 бода)

16.5. **Грбић С**, Билбија С, Радуловић С. Сарком торакалног зида –приказ случаја. XX Kongres хирурга Југославије, Златибор 1998:Р 21.

(0 бодова)

17. Реализован национални стручни пројекат у својству сарадника на пројекту

17.1. КОМПЈУТЕРСКА ПОМАГАЛА ЗА СЛИЈЕПЕ ОСОБЕ

Електротехнички факултет, Бања Лука, 1993.

(1 бод)

17.2. МУЛТИМЕДИЈА ЗА СЛИЈЕПЕ

Електротехнички факултет, Бања Лука, 1996.

(1 бод)

17.3. ЗЛАТНА ЈЕСЕН

Републичко удружење слијепих и слабовидих, Бања Лука, 1999.

(1 бод)

18. Остале професионалне активности ван Универзитета које доприносе повећању угледа Универзитета

Рад у удружењу слијепих и слабовидих који је резултовао повељом удружења.

(2 бода)

Укупан број: 40 бодова

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)

19. Стручни рад у часопису националног значаја

19.1. Бабић М, Грбић С, Бабић Б, Зрнић Б, Гајанин Р. Инфламаторни псеудотумор плућа. Scripta medica 2010;41 (1): 189-193.

(0.50*2= 1.0 бода)

Инфламаторни псевдотумор плућа је риједак бенигни тумор. Аутори приказују случај 61-годишњег мушкарца с инфламаторним миофибробластним тумором. Радиографија показује туморску промјену у лијевом плућном крилу. Макроскопски тумор је средње чврстине, димензија 8.5x6x6 цм., инкапсулиран, глатке и сјајне површине. Хистолошки је саграђен од фасцикулуса, односно синцијално аранжираних издужених ћелија, великих вретенастих једара, везикуларног хроматина, без једараца, средње обилне ацидофилне цитоплазме, те нејасно дефинисаних ћелијских мембрана. Имунохистохемијски профил: виментин-позитиван, С-100 негативан, десмин-негативан, актин-негативан, ЦД 34 фокално позитиван. Ова промјена може да имитира карцином плућа и може довести до дијагностичких и терапијских тешкоћа и промашаја. Једино патохистолошка анализа може дати праву дијагнозу, док радиолошке методе могу указати на постојање масе, њену величину и локацију.

19.2. Ракита И, Гојковић З, Марић Г, Врањеш Ж, Кеџман Г, Јаковљевић Б, Јунгић С, Николић П, Дашић П, Јунгић С, Вјештица М, Мијатовић С, Јаничић Д, **Грбић С**, Јандрић К, Ковачевић П. Побољшање квалитета живота плеуродезом талком од плеуралних изљева малигне етиологије. *Scripta medica*, 2010;41 (1): 97-102.

(0.30*2= 0.6 бодова)

Плеурални изљев малигне етиологије јавља се најчешће у терминалном стадијуму малигног обољења везујући болесника за болницу како због лошег општег стања тако због склоности брзог поновног накупљања и потребе за честим понављаним плеуралним пункцијама.

Циљ терапије малигног изљева, код наших болесника, била је палијација и то углавном диспноје као главног клиничког симптома. Данас код нас најчешће примјењује талк као најефикасније средство за плеуродезу.

У последњих годину дана код пет болесника Онколошке клинике учињена је плеуродеза талком. Код два болесника плеурални изљев је био витално угрожавајући те је плеуродеза талком учињена као салваге терапија. Код три болеснице плеуродеза је учињена у складу са текућим стандардима. У раду смо свих пет болесника обрадили као кратки приказ случаја.

Плеуродеза талком се код онколошких болесника показала драгоцјеном методом за облитерацију плеуралног простора, палијацију диспноје као главног клиничког симптома плеуралног изљева., побољшање квалитет живота, те стварање услова за спровођење специфичног лијечења.

19.3. **Грбић С**, Кантар М, Дакић З, Зрнић Б, Гајанин Р. Интраторакална спленоза. Scripta medica 2011;11 (1): 43-45.

(0.50*2=1 бод)

Представљамо случај торакалне спленозе код асимптоматичног пацијента који у историји болести има податак о експлозивној торакоабдоминалној повреди са лезијом слезине, желуца и дијафрагме. Слезина је тада оперативно одстрањена. Налаз компјутеризоване томографије 15 година након повреде указује првенствено на дијафрагмалну хернију а план оперативног лијечења је био да се уради реконструкција дијафрагмалног дефекта. Експлоративном торакотомијом се нађе интактна лијева хемидијафрагма, параперикардијална туморска маса и неколико плеуралних нодула макроскопски сличних карактеристика. Параперикардијална маса се одстриани а диференцијално-дијагностичке недоумице се рјеше патохистолошким експ темпоре испитивањем које покаже да се ради о бенигној лезији и то о ектопичном ткиву слезине.

19.4. Јаничић Д, Латиновић Љ, **Грбић С**. Изолована амилоидоза лимфних чворова медијастинума и плућа. Додатак часопису удружења пулмолога Републике Српске. 2012; 2 (1-2 S): 28-32.

(2 бод)

Амилоидоза лимфних чворова медијастинума и плућа је ријетко обољење, јавља се најчешће удружено са амилоидозом других органа, а клинички је углавном асимптоматска.

У овом раду приказујемо двије болеснице са изолованом медијастиналном и нодулусном плућном амилоидозом. Промјене у медијастинуму и плућном паренхиму су откривене случајно, на стандардној радиографији грудног коша и схваћена је, преоперативни, као тумор.

Кључне ријечи: изолована медијастинална и плућна амилоидоза, диференцијална дијагноза, хируршки третман

19.5. **Грбић С**, Мавија З, Томић В, Грбић А. Корелација плућних и ванплућних обољења са карциномом плућа. Respiratio 2014; (4) 1-2: 137-143.

(0.75*2=1,5 бод)

Водећи узрок смрти у САД-у и широм свијета је карцином плућа. Збир смртних исхода карцинома плућа сваке године је једнак збиру смртних исхода од карцинома простате, дојке и дебелог цријева. Подаци из 2010. године указују да се сваке године појави 239,320 нових случајева карцинома плућа, а број смртних

исхода се процијењује на 161,120 сваке године.

Полна структура обољелих јасно указује на доминантност обољевања мушкараца уз тренд пораста обољелих жена, као резултат све присутније навике пушења међу женама. Просјечна старост обољелих је 56 година. Најчешће раније обољење је улкусна болест, као посљедица присутне навике пушења цигарета. Најчешћи симптом обољења је кашаљ.

Упркос доступности нових дијагностичких и генетичких технологија, развоју хирушких техника и развоју нових биолошких третмана стопа преживљавања од карцинома плућа је веома ниска. Овај највећи убица међу карциномима људи, заслужује посебну пажњу. Карцином плућа здравствене раднике доводи у очај, на прагу њихове немоћи у борби са њим.

Истраживања у домену карцинома плућа захтијева сконцентрисану снагу свих истраживача на пољу биомедицине, како би удруженим снагама искорачили корак напред у борби против ове болести.

19.6. Јаничић Д, **Грбић С**, Гулић Б, Кантар М. Примарни тумор дијафрагме. *Respiratio* 2014; (4) 1-2: 319-320.

(0.75*2=1,5 бод)

Примарни тумори дијафрагме су изузетно ријетки. У раној фази су обично асимптоматски и акцидентално се откривају. Најчешће бенигне цистичне промјене на дијафрагми су бронхогене или мезотелијалне цисте. Липом је најчешћа солидноткивна бенигна промјена на дијафрагми, а рабдомиосарком најчешћа примарна малигна солидноактивна промјена дијафрагме.

Приказујемо случај тридесетседмогодишње пацијентике код које је у току дијагностике лјевостраног излива откривен асимптоматски тумор десне хемидијафрагме.

19.7. Рољић З, Радовић Б, Јаничић Д, **Грбић С**, Жигић М, Ролјић Ј, Кеча В, Дуновић С, Миловић Н. Ентрапмент синдром лијеве реналне вене. *Medical Journal* 2014; (20) 1: 63-65.

(0.30*2=0,6 бод)

Симптоматска стеноза лијеве реналне вене у преаортичној позицији настаје компресијом горње мазентеричне артерије према аорти, а ретроаортичне, компресијом аорте према кичми. Симптоми настају због хипертензије у систему лијеве реналне вене. Наша болесница је годинама имала болове у малој карлици у лијевој слабинској ложи, а неколико пута је имала хематурију у посљедне двије године. Цистоскопијом је нађена хематурија из лијевог уретера. *Color Dopplerom i*

СТ ангиографијом је приказана лијева ренална вена промјера 2 mm у ретроаортичном и 14mm у проксималном дијелу. Урађена је преаортична транспозиција лијеве реналне вене интерпозицијом аутоvensког графта vene safene magne дуплог лумена. Послије операције болесница је без тегоба.

19.8. Раковић М, Ракоњац З, Шатара М, **Грбић С**: „Велика циста јајника код дјече“, Биомедицинска истраживања, 2014;5(1):42-46.

(075*2= 1.5 бодова)

У раду је приказан случај 16-годишње дјевојчице која је примљена због велике туморске масе у абдомену нејасне етиологије. Десет мјесеци прије пријема примјетила је да „јој расте стомак“. Није имала никаквих субјективних тегоба. Пред хоспитализацију жалила се на отежано кретање и замарање при већој активности. На основу лабораторијских налаза и радиолошких претрага (УЗ и КТ абдомена) није се могло утврдити поријекло туморске масе, односно припадност неком од абдоминалних органа. На основу искуства, претпостављено је да се ради или о мезентеријалној или цисти јајника. Урађена је лапаратомија и утврђено, на основу оперативног и патохистолошког налаза, да се ради о великој серозној цисти лијевог јајника чије су димензије биле 35.65x14.90 cm и која је садржавала 10.5 л текућине. Оперативни и постоперативни ток протекли су уредно.

20. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

20.1. Бијелић Р, Балабан И, Хајдер С, Гајанин Р, **Грбић С**. Аутозомно доминантна полицистична болест бубрега: приказ болесника. 2. Конгрес патолога БиХ са међународним учешћем. Бања Лука 2012.

(0.50*3=1.5 бода)

Полицистична болест бубрега је најчешћа наследна бубрежна болест. Постоје два главна облика болести полицистичних бубрега: аутозомална доминантна полицистична болест бубрега (АДПКД) где родитељ преноси мутиран ген на дијете и аутозомална рецесивна болест полицистичних бубрега (АРПКД) где је мутирани ген присутан код оба родитеља. Њена учесталост у општој популацији износи 1: 1000 становника. Значајна је по томе што бубрежна болест обично прогредира и 4-10% болеснока налазе се на дијализи управо због полицистичних бубрега. Аутори приказују случај полицистичне болести бубрега код мушкараца у доби од 38 година. на програму хемодијализе је уназад двије године. Доминантни симптоми су били макрохематурија, хипертензија, јаки болови у стомаку и погоршање општег стања. Под дијагнозом акутног абдомена пацијент је опсервиран у Клиничком центру Бања Лука. Због таквог стања он је оперисан и учињена је обострана нефректомија. Материјал је упућен на патохистолошку анализу и утврђена је морфолошка дијагноза АДПКД. Код приказаног болесника АДПКД је веома касно дијагностикован са клиничким манифестацијама бубрежне инсуфицијенције, симптомима који су

настали као последица присуства масе у ретроперитонеалном простору и компресије абдоминалних органа. У прогнози болести су од великог значаја рана дијагноза, диференцијација АДПКД од других цистичних промјена у бубрезима и адекватна терапија.

Укупан број: 11,2 бодова

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

40+11,2=51,2

УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНИДИДАТА

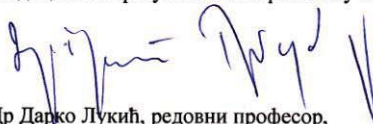
Дјелатност	Прије последњег реизбора	Послије последњег реизбора	Укупно
Научна дјелатност	49	37,4	86,4
Стручна дјелатност	40	11,2	51,2
Образовна дјелатност	2	16,6	18,6
Укупан број бодова	91	65,2	156,2

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

У складу са Законом о високом образовању, Статутом Универзитета у Бањој Луци, те Правилника о поступку и условима избора академског особља Универзитета у Бањој Луци узимајући у обзир број и квалитет објављених радова, богато педагошко, научно-истраживачко и стручно искуство свих пријављених кандидата, Комисија предлаже Наставно-научном вијећу Медицинског факултета Универзитета у Бањалуци да за наставнике на Медицинском факултету Универзитета у Бањалуци, за ужу научну област хирургија : Др Славка Грбић, доцента, изабере у звање ванредног професора за ужу научну област хирургија.

Чланови комисије:

Др Предраг Грубор, редовни професор,
Медицински факултет Универзитета у Бањалуци

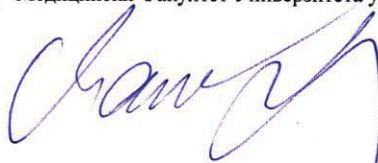


Др Дарко Лукић, редовни професор,
Медицински Факултет Универзитета у Бањалуци



Др Драган Мандарић, редовни професор,
Медицински Факултет Универзитета у Београду

У Бања Луци, 18. новембар 2014.



IV. ИЗДВОЈЕНО ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

(Образложење члан(ов)а Комисије о разлозима издвајања закључног мишљења.)

У Бањој Луци, дд.мм.20гг.године

Потпис чланова комисије са издвојеним
закључним мишљењем

1.

2.