

Република Српска
УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
Сенат Универзитета

Број: 02/04-3.1009-96/15
Дана, 04.05.2015. године

На основу члана 77. и 94. Закона о високом образовању („Службени гласник Републике Српске“, број: 73/10, 104/11, 84/12 и 108/13) и члана 33. Статута Универзитета у Бањој Луци, Сенат Универзитета на 41. сједници од 04.05.2015. године, доноси

ОДЛУКУ

1. Др Славко Грубић бира се у звање ванредног професора за ужу научну област Хирургија, на период од шест година.
2. Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

Образложење

Универзитет у Бањој Луци на приједлог Наставно-научног вијећа Медицинског факултета расписао је дана 23.07.2014. године Конкурс за избор наставника за ужу научну област Хирургија.

На расписан Конкурс пријавила су се четири кандидата, и то: др Славко Грубић, др Никола Гаврић, др Предраг Лазић и др Драган Костић.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета на сједници одржаној 23.09.2014. године образовало је Комисију за писање извјештаја за избор наставника у одређено звање. Комисија је припремила писмени извјештај, предложила да се изврши избор као у диспозитиву ове Одлуке и исти доставила Наставно-научном вијећу Медицинског факултета на разматрање и одлучивање.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета у Бањој Луци на сједници одржаној 24.03.2015. године констатовало је да др Славко Грубић испуњава у цјелости услове и утврдило приједлог да се др Славко Грубић бира у звање ванредног професора за ужу научну област Хирургија, на период од шест година и исти доставило Сенату Универзитета у Бањој Луци ради даљег поступка.

Сенат Универзитета је на 41. сједници одржаној 04.05.2015. године утврдио да је утврђени приједлог из претходног става у складу са одредбама Закона о високом образовању.

Сагласно члану 77. Закона о високом образовању, одлучено је као у диспозитиву ове Одлуке.

ПРАВНА ПОУКА: Против ове Одлуке може се поднijети захтјев за преиспитивање Сенату Универзитета у Бањој Луци у року од 15 дана од дана пријема исте.

БВ,БК,ЂМ/БВ

ДОСТАВЉЕНО:

1. Именованом,
2. Медицинском факултету,
3. Руководиоцу службе за стручне послове,
4. Досије радника,
5. а/а.

ПРЕДСЈЕДАВАЈУЋИ СЕНата

РЕКТОР
Проф. др Станко Станић





МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
БАЊА ЛУКА

UNIVERSITY OF BANJALUKA
FACULTY OF MEDICINE
BANJA LUKA

Број: 18-3- 198 /2015.
Дана, 25.03.2015. године

На основу члана 77., 81. и 83. Закона о високом образовању ("Службени гласник Републике Српске" број: 73/10, 104/11, 84/12 и 108/13), а у складу са чланом 135. и 137. Статута Универзитета у Бањој Луци и чланом 18. Статута Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци, Наставно-научно вијеће Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци, на IV редовној сједници одржаној дана 24.03.2015. године, донијело је:

ОДЛУКУ
о утврђивању приједлога за избор у звање

Др Славко Грбић, бира се у звање ванредног професора, за ужу научну област Хирургија, на период од 6 (шест) година.

Образложение:

Универзитет у Бањој Луци на приједлог Наставно-научног вијећа Медицинског факултета расписао је дана 23.07.2014. године Конкурс за избор наставника за ужу научну област Хирургија.

На расписани Конкурс пријавила су се 4 кандидата и то: др Славко Грбић, др Никола Гаврић, др Предраг Лазић и др Драган Костић.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета, на сједници одржаној дана 23.09.2014. године образовало је Комисију за писање извјештаја за избор наставника у одређено звање.

Комисија је припремила писмени извјештај, предложила да се изврши избор као у диспозитиву ове Одлуке и исти доставила Наставно-научном вијећу Медицинског факултета на разматрање и одлучивање.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета на сједници одржаној дана 24.03.2015. године констатовало је да др Славко Грбић, испуњава у цијелosti услове и утврдило приједлог да се др Славко Грбић изабере у звање ванредног професора за ужу научну област Хирургија на период од 6 (шест) година, и исти доставило Универзитету у Бањој Луци ради даљег поступка.

Саставни дио ове Одлуке је Извјештај Комисије за разматрање конкурсног материјала и писања извјештаја за избор у академска звања на Универзитету.

Достављено:

1. Сенату Универзитета
2. Материјал ННВ-а
3. а/а

Предсједник
Наставно-научног вијећа

Проф. др Милан Скробин

Strana 1 od 1

Деканат: Саве Мркаља 14, 78000 Бања Лука, Босна и Херцеговина, тел. +387 51 234 100, фах +387 51 215 454, Стара локалница: Маршалска 10, 78000 Бања Лука, БиХ, тел. +387 51 466 138 Стоматологија: Универзитетски кампус, Булевар војводе Петра Бојовића 1а, 78000 Бања Лука, БиХ, тел. +387 51 348 121. Фармација: Универзитетски кампус, Булевар војводе Петра Бојовића 1а, 78000 Бања Лука, БиХ тел. +387 51 340 150 www.mnf-bl.rs.ba

**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, Џер 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 заастања 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 vermiciformis-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 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 бода)

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 бода)

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 бода)

4.2. **Grbić S**, Bilbija S, Janićić 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 бода)

Укупан број: 49 бодова

Радови послије 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.

Методе. Истраживање смо урадили на 50 особа (500 прстију) коришћењем теста "две тачке" за мерење тактилне дискриминације прстију (2ПД). 2ПД тест је најчешћи 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 ± 0.88 мм, недоминантну 3.01 ± 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 ± 0.88 мм, недоминантну 2.66 ± 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. Гробић С, Томић В, Гајанин Р, Турић М, Вучић Г. Процјена EGFR мутационог статуса у adenокарциному 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 (НСЦЛЦ) и повезују се са пациентима који су у 90% пушачи или бивши пушачи. Присуство мутације / делеција ЕГФР гена које узрокују континуирану активацију ЕГФР рецептора, присутне су код приближно 20% пациентата са карциномом дијагностикована. Циљ нашег истраживања је био да се одреде типови и учесталост ЕГФР мутација у adenокарцинома плућа, те да се установи најадекватнији метод узорковања за ЕГФР мутациони тест.

Материјал и методе: Ретроспективном студијом обухваћено је ($N = 77$) пациентата којима је рађен Цобас® реал-тиме ПЦР ЕГФР мутацијски тест на узорцима добијеним трансторакалном биопсијом, бронхоскопијом или хирушком интервенцијом, у периоду 2012-2014. Материјал и методе: Ретроспективном студијом обухваћено је ($N = 77$) пациентата којима је рађен Цобас® реал-тиме 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 биоспијом. Мутација је детектована у 6 (7,79%) случајева. У егзони 21 (Л858Р) мутације су биле присутне код 4 пацијента (66,7%), а по један пациент су имали промену у егзони 19- делеција (16,7%) и у 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 мушки. 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 боли су за анализу ЕГФР мутационог теста у односу на узорке добијене бронхоскопијом и трансторакалном биопсијом. Данашње дијагностичко-терапијске болести све више је базирано на хистолошким налазима, а хирушко 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 паријатално плеури и даље према медијастинуму, перикарду и зиду грудног коша. Директно инфильтрише 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 контраплатерално 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 парараорталних 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 стејдингу карцинома бронха. Циљ рада је да истакне потребу извођења цервикалне медијастиноскопије код свих потенцијално операбилних пациентата са доказаним карциномом бронха.

Материјал и методе: Обрађени су пациенти, њих 43. код којих је урађена цервикална медијастиноскопија у периоду од новембра 2007. године до априла 2010. године на Клиници за торакалну хирургију Клиничког центра Банја Лука. Код свих пациентата је претходно дијагностикован карцином бронха, а цервикална медијастиноскопија је рађена у сврху стејдинга 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 стејдингу код обольелих 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 обольела 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. Биоптирана 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 жљезде 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 стејцингу код обольелих 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 плеуре, контраплатерално 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 контраплатерално 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 нодусом. Лимфогено ширење карцинома није ретко ни дуж параезофагеалних и парараорталних 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 аденоসвамозног 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 контраполатерално 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 нодусом. Лимфогено ширење карцинома није ретко ни дуж параезофагеалних и парараорталних 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 инциденција.

6.6. Гајанин Р, Ђурђевић Д, Карадић М, Бијелић Р, Грбић С. Алгоритамски приступ интерпретацији FNA пљувачних 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 (uvećanja) 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, бенигних и малигних промјена. Након провјере да је FNA узорак адекватан за анализу, цитопатолог се усредређује 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 поједињих врста лезија чије се цитоморфолошке слике дијелом преклапају. FNA извештаји треба да садрже потврду о адекватности узорка, те сврствање у одређене категорије (нездовољавајући, недијагностички, негативан на малигне ћелије, атипични, суспектан на малигне ћелије и позитиван на малигне ћелије), као и специфичну или описну дијагнозу. За случајеве где је FNA интерпретирана као атипична, суспектна, или у случајевима Дискрепанца између налаза FNA и клиничког и / или радиолошког налаза индиковано је урадити ех tempore 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 „Еколоџија, 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 послједица 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, Ђулум Ј, Раковић М: „Постоперативне компликације након ресекције плућа због карцинома бронха“, Часопис удружења пулмолога РС, мај 2013, str. 86-89.

(0.5*5= 2,5 бод)

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

Најчешћа потоперативна 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 оболење је између 70-80%. Приликом постоперативних контрола, могу се открити и секундарни примарни карциноми плућа. Њихова учесталост послије операције карцинома плућа у 1. стадијуму је незнатно изнад 10%. Локални рецидиви оболења могу се јавити послије радикалних, мањих ресекција, као што су клинаста ресекција или сегментна ресекција. Појава секундарног примарног тумора или локалног рецидива може бити разлог за поновну хируршку реевалуацију 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, Шкрабић 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 BATC 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 BATC интервенција у последњих двадесет година показују изузетну прогресију. BATC 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 BATC а.

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

РЕЗУЛТАТИ : Извршено је 205 дијагностичких и 198 терапијских BATC операција. Дијагностичке операције : биопсија плеуре (n-94), биопсија плућа (n-89) и биопсија мед. лимф. чворова (n-23). Терапијске операције : пнеумоторакс (n-45), хиперхидроза (n-54), периферне инфильтративне промене плућа (n-64), плеурални излив (n-87) и излив перикарда (n-3), ЛВРС (n-3) случаја. Примењене BATC интервенције: ресекција врха плућа са парцијалном плеуректомијом (n-45), обострана симпатектомија (n-54), атипична и клинаста ресекција плућа (n-89) и плеуродеза (n-67) и фенестрација перикарда (n-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 процедури била је неопходна у 14 случајева (4,8%).

ЗАКЉУЧАК : Наше искуство потврђује да BATC процедуре имају многе предности у односу на класичну торакотомију. Омогућују значајно краћи постоперативни боравак у клиници и мању аналгоседацију. BATC има доминантно место у третману пнеумоторакса и биопсији интрапракалних маса. BATC је идеалан приступ код недијагностикованих плеуралних излива, рецидива пнеумоторакса или булизне плућне болести, стејцинга 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 послије последњег избора/реизбора

10. Гостујући професор на универзитетима у РС

10.1. Грбић Славко, запослен на Кетодри за хирургију Медицинског факултета у Бања Луци као доцент, специјалиста опште и субспецијалиста грудне хирургије, успешно 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 Високој медицинкој школи у Приједору, током 2011, 2012 и 2013 године из предмета Ортотика и протетика.

(2 бода)

11. Рецензијани 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 оболења ендориних жлијезда (стр. 115-124)“.

Грбић С: поглавље „Хируршка оболења 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 лекарима породичне медицине. Затоје 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 упитању 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 мсмо 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 боленика.

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 људских 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,неко,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 пулмоловшки дани. Зборник радова, Требиње, 2003 :83-84.

(3 бода)

14.2. **Грбић С.** Третман лацероконтузне повреде трахеје- приказ случаја. Мајски пулмоловшки 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 пулмоловшки дани. Зборник радова, Требиње 2003 : 89-91.

(3 бода)

14.4. **Грбић С.** Неповољни ефекти лечења ван Републике Српске, пацијената са карциномом плућа. Мајски пулмоловшки 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 пулмоловшки 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 узнатаредовалог карцинома-приказ случајева. Неопластичне болести проблем 21 века, Интернационални конгрес „Здравље за све“ Зборник радова 2003 : 516-528.

(3 бода)

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

(3 бода)

14.9. **Грбић С.**, Мандарић Д, Јаничић Д, Ђулум Ј. Однос локације и хистолошког типа тумора плућа према лимфним метастазама хилуса плућа. Мајски пулмоловшки 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 пулмоловшки дани. Зборник радова, Suppllement 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 пулмоловски дани. Зборник радова, Suppllement to Scripta Medica, 2009 : 191-193.

(3 бода)

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 пулмоловски дани. Зборник радова Suppllement 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 бода)

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

16.1. Билбија С, Јаничић Д, **Грбић С.**, Спљене 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 очуванја 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, Зворник 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:P 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 удруженња.

(2 бода)

Укупан број: 40 бодова

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)

19. Стручни рад у часопису националног значаја

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

(0.50*2= 1.0 бода)

Инфламаторни псеудотумор 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 аранђираних издужених ћелија, великих вретенастих једара, везикуларног хроматина, без једараца, средње обилне ацидофилне цитоплазме, те нејасно дефинисаних ћелијских мембрана. Имунохистохемисјки 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, Кецман Г, Јаковљевић Б, Јунгић С, Николић П, Дашић П, Jungić S, 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 оболења 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 салваже 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 драгоценом 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. Интрапракална 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 хемидијагфрагма, параперикардијална туморска маса и неколико плеуралних нодула макроскопски сличних карактеристика. Параперикардијална маса се одстрани а диференцијално-дијагностичке недоумице се рјеше патохистолошким екс 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 оболење, јавља се најчешће удружену са амилоидизом 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 оболења 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 обольелих јасно указује на доминантоност обольевања мушкараца уз тренд пораста обольелих жена, као резултат све присутније навике пушења међу женама. Просјечна старост обольелих је 56 година. Најчешће раније обольење је улкусна болест, као посљедица присутне навике пушења цигарета. Најчешћи симптом обольења 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. Карциномом 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 тридесетседмогодишве пацијентице код које је у току дијагностике левостраног излива откривен асимптоматски тумор десне хемидијафрагме.

19.7. Ролић З, Радовић Б, Јаничић Д, **Грбић С**, Жигић М, Ролић 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 с проксималном дијелу. Урађена је преаортична транспозиција лијеве реналне вене интерпозицијом аутовенског гrafta 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 дјеце“, 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 лабараторијских налаза и радиолошких претрага (УЗ и КТ абдомена) није се могло утврдити поријекло туморске масе, односно припаданост неком од абдоминалних органа. На основу искуства, претпостављено је да се ради или о мезентеријалној или цисти јајника. Урађена је лапаротомија и утврђено, на основу оперативног и патохистолошког налаза, да се ради о великој серозној цисти лијевог јајника чије су димензије биле 35.65x14.90 цм 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 бубrega је најчешћа насљедна бубрежна болест. Постоје два главна облика болести полицистичких бубrega: аутозомална доминантна полицистична болест бубrega (АДПКД) где родитељ преноси мутирани ген на дијете и аутозомална рецесивна болест полицистичких бубrega (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% болесника налазе се на дијализи управо због полицистичких бубrega. Аутори приказују случај полицистичне болести бубrega код мушкараца у доби од 38 година. на програму хемодијализе је уназад двије године. Доминантни симптоми су били макрохематурија, хипертензија, јаки болови у stomaku и погоршање општег стања. Под дијагнозом акутног абдомена пациент 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 АПКД 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

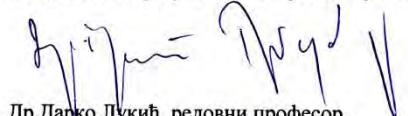
Дјелатност	Прије посљедњег реизбора	Послије посљедњег реизбора	Укупно
Научна дјелатност	49	37,4	86,4
Стручна дјелатност	40	11,2	51,2
Образовна дјелатност	2	16,6	18,6
Укупан број бодова	91	65,2	156,2

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

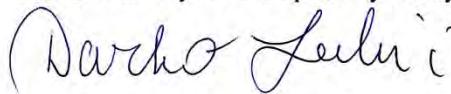
У складу са Законом о високом образовању, Статутом Универзитета у Бањој Луци, те Правилника о поступку и условима избора академског особља Универзитета у Бањој Луци узимајући у обзир број и квалитет објављених радова, богато педагошко, научно-истраживачко и стручно искуство свих пријављених кандидата, 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 Грубић, доцента, изабере у званије 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

(Образложение 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.



Број: 18-3-258/2015
Дана, 15.04.2015. године

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
-СЕНАТ

Предмет: Обавјештење - Доставља се

На конкурс објављен у дневном листу „Глас Српске“ дана 23.07.2014. године за ужу научну област Хирургија, пријавила су се четири кандидата, бирају се четири кандидата и то:

1. Др Никола Гаврић, ванредни професор
2. Др Драган Костић, ванредни професор
3. Др Славко Грбић, доцент
4. Др Предраг Лазић, доцент

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци на сједници одржаној 23.09.2014. године, именовало је једну Комисију за писање извјештаја о пријављеним кандидатима за избор у звање, за ужу научну област Хирургија.

Комисија у саставу:

1. Др Предраг Грубор, редовни професор, ужа научна област Хирургија, медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, предсједник;
2. Др Дарко Лукић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, члан;
3. Др Драган Мандарић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Универзитета у Београду, члан.

Именована комисија је написала извјештаје за избор у академска звања, за др Николу Гаврића, ванредног професора и др Славка Грбића, доцента, те на типском фармулару (са пријавом и свим приложеним документима) прослиједила Наставно-научном вијећу Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци на даље поступање.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци на сједници одржаној дана 24.03.2015. године, донијело је одлуку о утврђивању приједлога за избор у звање како слиједи:

Strana | 1 od 2

Деканат: Саве Мркаља 14, 78000 Бања Лука, Босна и Херцеговина, тел. +387 51 234 100, фах +387 51 215 454, Стара локација: Мачванска 10, 78000 Бања Лука, БиХ, тел. +387 51 466 138 Стоматологија: Универзитетски кампус, Булевар војводе Петра Бојовића 1а, 78000 Бања Лука, БиХ, тел. +387 51 348 121. Фармација: Универзитетски кампус, Булевар војводе Петра Бојовића 1а, 78000 Бања Лука, БиХ тел. +387 51 340 150 www.mnf-bl.rs.ba

1. Др Никола Гаврић, бира се у звање редовног професора, за ужу научну област Хирургија, на неодређено вријеме.
2. Др Славко Гробић, бира се у звање ванредног професора, за ужу научну област Хирургија, на период од 6 (шест) година.

Прилог овом допису су Извјештаји комисије о пријављеним кандидатима за избор у звање, број: 18-3-910/2014. од 05.12.2014. године, и број: 18-3-909/2014. од 05.12.2014. године.

У току је писање извјештаја за избор у академска звања за др Драгана Костића, ванредног професора и др Предрага Лазића, доцента.

Достављено:

1. Сенат Универзитета у Бањој Луци
2. Материјал ННВ-а
3. а/а

