

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ:



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊА ЛУЦИ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ БАЊА ЛУКА

Примљено:	16. 12. 2019	
Орг. јед.	Број	Пробит:
18/3. 845/2019		

ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

*о пријављеним кандидатима за избор наставника и сарадника у
звање*

И. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: Сенат Универзитета у Бањој Луци донио је Одлуку број: 01/04-2.3029/19 од 12.11.2019. године о расписивању Конкрса за избор наставника за ужу научну област Интерна медицина.
Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина.
Назив факултета: Медицински факултет Бања Лука.
Број кандидата који се бирају 2 (два).
Број пријављених кандидата 2 (два).
Датум и мјесто објављивања конкурса: Конкурс је објављен 20.11.2019.године, дневни лист „Глас Српске“ Вања Лука.
Састав комисије: а) Др Сњежана Поповић-Пејичић, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бања Луци, председник; б) Др Александар Лазаревић, редовни професор, ужа научна облас Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бања Луци, члан; в) Др Ђуро Мацут, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Београду, члан.
Пријављени кандидат: др Александра Грбић, доцент;

II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци

Име (име оба родитеља) и презиме:	Александра (Љубоје, Петра) Грбић
Датум и мјесто рођења:	22.08.1968. у Јајцу
Установе у којима је био запослен:	1. Војно- медицински центар Бања Лука у периоду 1994.-1995. 2. Медицинска електроника Бања Лука у периоду 1995.-2006. 3. Универзитетска болница Клинички центар Бања Лука у периоду 2006. до данас.
Радна мјеста:	Доктор медицине Специјалиста интерне медицине Субспецијалиста ендокринологије
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Удружење ендокринолога Републике Српске, члан. Комора доктора медицине Републике Српске, члан. Друштво доктора медицине, Републике Српске, члан. Европско удружење за проучавање дијабетеса (EASD), члан.

б) Дипломе и звања:

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет ,Универзитет у Београду.
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Београд, 1993.године
Просјечна оцјена из цијелог студија:	8.07
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитет у Бања Луци.
Звање:	Магистар медицинских наука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2009.
Наслов завршног рада:	„ ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА СЕКУНДАРНОГ НЕУСПЈЕХА ПЕРОРАЛНЕ ТЕРАПИЈЕ У БОЛЕСНИКА СА DIABETES MELLITUSOM TIP 2“
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Интерна медицина

Просјечна оцјена:	8.92
Докторске студије/докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитет у Бања Луци
Мјесто и година одбране докторске дисертације:	Бања Лука, 2013. године.
Назив докторске дисертације:	„ УТИЦАЈ КРАТКОТРАЈНЕ МОНОИНСУЛИНСКЕ И КОМБИНОВАНЕ ТЕРАПИЈЕ НА ИНСУЛИНОСЕКРЕТОРНУ ФУНКЦИЈУ У БОЛЕСНИКА СА ТИПОМ 2 DIABETES MELLITUSA И СЕКУНДАРНИМ НЕУСПЈЕХОМ ОРАЛНЕ ТЕРАПИЈЕ „
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Интерна медицина
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, година избора)	Медицински факултет Бања Лука Асистент 2006. Виши асистент 2010. Доцент 2015.

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије последњег избора/реизбора

1. Оригинални научни рад у часопису националног значаја (6 бодова)

1.1 Gašić B, Dominović-Kovačević A, Balaban I, Vlatković V, Miljković S, Đajić V, **Grbić A**. Korelacija stepena oštećenja bubrežne funkcije i dužine trajanja hemodijalize sa EMNG nalazom. (Correlation of renal impairment and duration of hemodialysis with electromyoneurographic findings in chronic kidney disease). Current topics in neurology, psychiatry and related disciplines. 2010;18(2):24-29.

(6 x 0,3=1,8 бода)

1.2 Gašić B, Marić D, Balaban I, **Grbić A**. Povezanost body mass indexa i proteinurije u oboljelih od šećerne bolesti tipa 2. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih disciplina 2013;21(3-4):18-22.

(6 x 0,75=4,5 бода)

1.3 **Grbić A**, Lakić Lj, Bojić M, Gašić B. Uticaj nivoa fibrinogena i lipidnog statusa na ispoljavanje sekundarnog terapijskog neuspjeha u pacijenata sa diabetes mellitusom tip 2. Scr Med 2009;40(1):1-5.

(6 x 0,75=4,5 бода)

1.4 **Grbić A**, Lakić Lj, Bojić M, Gašić B. Uzroci sekundarnog neuspjeha oralne terapije u bolesnika sa diabetes mellitusom tip 2. Scr Med 2009;40(2):1-6.

(6 x 0,75=4,5 бода)

1.5 Grbić S, Domuzin M, **Grbić A**, Spasojević O, Obradović Z. Senzibilitete prstiju dominantne i nedominantne ruke. Biomedicinska istraživanja 2013;4(2):17-23.

(6 x 0,5=3 бода)

2. Научни рад на научном скупу међународног значаја, штампани у цјелини
(5 бодова)

2.1 Lakić Lj, **Grbić A**, Radošević B, Malešević G. Diabetes mellitus sa komplikacijama Zbornik radova sa Drugog međunarodnog kongres „ Ekologija,zdravlje, rad i sport“ Banja Luka 2008.

(5 x 0,75 = 3,75 бода)

2.2 Lakić Lj, **Grbić A**, Kovačević M, Radošević B, Malešević G. Diabetes mellitus i starije životno doba. Zbornik radova sa Drugog međunarodnog kongres „ Ekologija,zdravlje, rad i sport“ ,Banja Luka 2008.

(5 x 0,5 = 2,5 бода)

2.3 Grbić A, Bojić M, Mišković M, Vuković B, Rakita G. Sekundarni neuspjeh oralne terapije u pacijenata sa tipom 2 diabetes mellitusa – mogućnosti prevencije. Zbornik sažetaka i izabranih radova u cjelini sa Trećeg kongresa doktora medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem. Teslić, 2013.

(5 x 0,5 = 2,5 бодова)

3. Научни рад на скупу међународног значаја, штампан у зборнику извода радова (3 бода)

3.1 **Grbić A**, Lakić Lj, Kovačević M, Malešević G. Dijabetička ketoacidoza- učestalost i iskustva. Zbornik sažetaka sa 6. Srpsog kongresa o šećernoj bolesti sa međunarodnim učešćem, Beograd 2010.

(3 x 0,75 = 2,25 бода)

3.2 Lakić Lj, **Grbić A**, Malešević G. Metformin – rezultati i iskustva u terapiji. Zbornik radova sa Drugog međunarodnog kongres „ Ekologija,zdravlje, rad i sport“ ,Banja Luka 2008.

(3x1= 3 бода)

3.3 **Grbić A**, Lakić Lj, Popović-Pejičić S, Vuković B, Bojić M, Carić B. Multipla endokrina neoplazija (MEN-1 i MEN 2). Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,3 = 0,9 бода)

3.4 **Grbić A**, Lakić Lj, Vuković B, Bojić M, Malešević G. Tretman tip 2 dijabetesnih bolesnika sa sekundarnim neuspjehom oralne terapije – terapijska dilema ili izazov. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,5= 1,5 бода)

3.5 Vuković B, Bojić M, Popović-Pejičić S, **Grbić A**, Soldat –Stanković V, Malešević G. Uticaj kontrolisane fizičke aktivnosti na insulinsku rezistenciju i parametre metaboličkog sindroma: poređenje pacijenata sa tipom 2 dijabetesa i nedijabetičara. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,3 = 0,9 бода)

3.6 Brkić M, Vrhovac G, Malešević G, Berić D, Soldat – Stanković V, Popović-Pejičić S, Šormaz Lj, **Grbić A**. Parametri glikoregulacije i rezistencije na insulin u zavisnosti od stepena tolerancije glukoze i postojanja ishemijske bolesti srca. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,3= 0,9 бода)

3.7 Bojić M, Vuković B, Lakić Lj, **Grbić A**, Malešević G, Rakita G. Prikaz slučaja – gornja granica. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,3= 0,9 бода)

3.8 Lakić Lj, **Grbić A**, Malešević G, Bojić M. Sekundarni dijabetes – prikaz slučaja. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,75= 2,25 бода)

3.9 Lakić Lj, **Grbić A**. Diabetes mellitus – samokontrola i rezultati testiranja glukometrom Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 1= 3 бода)

3.10 Rakita G, Malešević G, Bojić M, **Grbić A**, Brkić M, Popović- Pejičić S. Prisutnost mikrovaskularnih komplikacija kod pacijenata sa novootkrivenim dijabetesom tipa 2. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,3= 0,9 бода)

3.11 Malešević G, Soldat –Stanković V, Stanković S, Popović-Pejičić, Kovačević S, Carić B, **Grbić A**. Uloga perfuzione scintigrafije miokarda u procjeni kardiovaskularnog rizika kod osoba sa tipom 2 dijabetesa. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

/ 3 x 0,3= 0,9 бода/

3.12 Mišković M, Zorić D, Popović V, **Grbić A**, Ilić D. Neophodnost interdisciplinarnog pristupa u tretmanu poremećaja ličnosti – Minhausen sindrom. Zbornik radova Prvog kongresa dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2013.

(3 x 0,5 = 1,5 бода)

4. Реализован научни пројекат у својству сарадника на пројекту (3 бода)

4.1 Positive outcomes from swiching from pre-mixed insulin to regiments with insulin glargin 100 U/ml in sub-optimal controlled type 2 diabetes mellitus patients: A prospective study of data from Adriatic countries.

(3 бода)

Укупан број бодова за научну дјелатност прије последњег избора: 48,95 бодова.

Радови послје последњег избора/реизбора

5. Поглавља у монографији националног значаја (6 бодова)

5.1 Sindrom policističnih jajnika. Monografija – udžbenik za postdiplomsku nastavu Medicinskog fakulteta u Tuzli. Glavni autori: Mithad Hajder, Elmira Hajder, Ensar Hajder. Kautori: Sabinčić S, Babić M, Reš-Muravec U, Čaluk J, **Grbić A**, Sutović A. Izdavač OFF-SET Tuzla, 2016.

(6 x 0,3 = 1,8 бода)

Кандидат је коаутор монографије „ Синдром полицистичних јајника“- уџбеника за постдипломску наставу Медицинског факултета у Тузли у којој су у 24 поглавља објашњени значај, механизам настанка, дијагноза, лијечење као и импликације синдрома полицистичних јајника на цјелокупно здравље жене. Кандидат је коаутор

два поглавља у овом уџбенику а то су поглавље о гестацијском дијабетесу у синдрому полицистичних јајника и поглавље о ЕРН гестозама као једној од најтежих компликација у трудноћи. Монографија је штампана на 455 страница а сва поглавља су повезана у једну логичну цјелину која на детаљан и систематичан начин говори о овом проблему. Аутори су понудили прагматичан приступ обради и лијечењу пацијентца са овим синдромом са стајалишта ендокринологије, гинекологије и репродуктивне медицине као и из транглобалне перспективе.

Грбић А: поглавље 18: „ Gestacijski dijabetes u PCOS“

Проглавље детаљно обрађује проблем гестацијског дијабетеса, чија преваленца у свијету расте, великим дијелом због гојазности и повећања старости трудница. Указано је на значај правовремене дијагнозе гестацијског дијабетеса кроз адекватну регулацију гликемије, чиме се умањују неповољни учинци овог поремећаја у трудноћи. Наиме, повезаност између настанка дијабетеса и ранијег рађања макрозомне, малформисане, мртворођене и неонатално умрле дјече установили су бројни истраживачи и спроведене студије. Надаље, ништа мање нису значајне ни дуготрајне последице на здравље трудница. Добро је познато да труднице које су у трудноћи имале дијагнозу овог поремећаја имају 30% већи ризик за развој дијабетеса, најчешће типа 2 у каснијем животу. У овом поглављу је указано на значај ране идентификације трудница са гестацијским дијабетесом што уз одговарајућу терапију може смањити матернални и фетални морбидитет и морталитет. Потребно је слиједити препоруке за скрининг и дијагнозу гестацијског дијабетеса одобрене од стране великих ендокринолошких удружења. Потребно је дугорочно праћење жена са историјом гестацијског дијабетеса најмање сваке треће године а за жене са претходним дијабетесом и факторима ризика за настанак шећерне болести једном годишње.

Грбић А: поглавље 20: „ ЕРН gestoze u PCOS“

У овом поглављу се говори о ЕПХ гестозам које представљају једну од најчешћих компликација трудноће а угрожавају и мајку и плод. Гестозе, посебно најтежи облици заокупљају пажњу човјека и предмет су истраживања од најстаријих времена до данашњих дана. Трудноћа може изазвати појаву повишеног крвног притиска или довести до погоршања већ постојећег који спада у најчешће факторе који угрожавају живот и здравље труднице. ЕПХ гестозе нису јединствена болест већ комплексан синдром чији су главни симптоми едеми, протеинурија и хипертензија а у најтежим случајевима конвулзије и кома. Међутим, наведени симптоми могу бити манифестација других болести које коинцидирају са трудноћом што представља додатни проблем у класификацији и терапији. У центру свих патолошких збивања у трудница са ЕПХ гестозом је плацента. Сматра се да је утероплацентарна исхемија одговорна за већину патоморфолошких промјена. Прееклампсија и еклампсија се могу појавити у трудноћи као компликације и бити водећи узроци болести и смрти. Дијагноза ЕПХ гестоза се поставља на темељу повишеног крвног притиска, односно пораста притиска, протеинурије и генерализованих едема. У диференцијалној дијагнози долазе у обзир хронична хипертензија, примарна болест бубрега, акутни гломерулонефритис, хронични гломерулонефритис, примарна болест бубрега, нефротски синдром, конвулзивни поремећаји и кома различите етиологије. Наглашена је важност раног препознавања и лијечења овог, по живот труднице и плода, опасног стања.

6. Научна монографија националног значаја (10 бодова)

6.1 **Александра Грбић**. Савремена терапија дијабетеса типа 2. Научна монографија. Медицински факултет, Универзитет у Бањој Луци, 2019.

(10 бодова)

Кандидат је једни аутор и уредник монографије у издању Медицинског факултета у Бања Луци. Монографија је написана тако да пружи опсежне информације о лијечењу дијабетеса типа 2 који представља растући проблем савременог човјечанства. Написана је на 196 страница и подијељена у 17 поглавља која су систематично распоређена и чине једну логичну цјелину. У првим поглављима се говори о дефиницији и епидемиологији шећерне болести а затим о патогенези и патофизиологији болести, нормалном метаболизму глукозе као и о нормалној и поремећеној секрецији инсулина указујући на значај разумијевања ових процеса као основе за адекватан избор терапијског процеса. Велика пажња посвећана је инсулинској резистенцији у типу 2 дијабетеса која представља централно збивање у настанку ове болести. Савремена терапија шећерне болести захтијева један свеобухватан приступ у лијечењу са основним цињем корекције гликемије али и нивоа липопотеина и артеријског притиска. Лијечење треба да буде усмјерено ка свеобухватном снижењу кардиоваскуларног ризика. Препарати који се користе у лијечењу шећерне болести треба да имају могућност да регулишу гликемију без или са што мањим порастом тјелесне тежине и уз што мањи ризик за развој хипогликемије. Обиман списак литературе који прати монографију наводи кључне текстове и радове недавно публиковане у најугледнијим домаћим и страним часописима. Публикација нуди информације како на основном нивоу тако и на много детаљнијем. Монографија је намијењена студентима и докторима медицине, кандидатима за постдипломску наставу, специјалистима ендокринологије, породичне и интере медицине.

7. Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја (10 бодова)

7.1 Petrovski G, Gjergji D, **Grbić A**, Vuković B, Krajnc M, Grulović N. Switching From Pre-mixed Insulin to Regimens with Insulin Glargine in Type 2 Diabetes: A Prospective, Observational Study of Data From Adriatic Countries. *Diabetes Ther.* 2018;1657-1668. <https://doi.org/10.1007/s13300-018-0467>.

(10 x 0,3 = 3,6 бода)

Дугодјелујући аналози инсулина, попут инсулина гларгин, могу побољшати контролу гликемије код пацијената са дијабетесом типа 2 (Т2Д) у поређењу са конвенционалним терапијама инсулином. Циљ ове студије био је утврдити да ли прелазак на инсулин гларгин има корисне ефекте на контролу гликемије, тјелесну тежину и појаву хипогликемије код пацијената са субоптимално контролисаним Т2Д на премикс инсулину. Ово проспективно опсервацијско истраживање спроведено је на 1041 пацијенту који су субоптимално контролисани на премикс инсулину и пребачени на режим са инсулина гларгином. За примарне мјере исхода коришћени су клинички маркери контроле гликемије, укључујући гликозилирани

хемоглобин (HbA1c) < 7% и нивогликемије наташте (FPG) у распону од 3,9 до 7,2 mmol/L. Процена примарних исхода, добијања у тјелесној тежини, појава хипогликемије и задовољство пацијента терапијом спроведени су након три и шест мјесеци лијечења. Циљне терапијске вриједности HbA1c постигнуте су код 9,3% и 30,2% пацијената, док су циљне вриједности FPG достигнуте код 25,9% и 52,3% пацијената после трећег и шестог мјесеца терапије. И циљеви HbA1c и FPG остварени су у 7% и 25,9% пацијената у трећем и шестом мјесецу терапије, респективно. Прелазак на инсулин гларгин смањило је учесталост хипогликемије са 49,5% на 5,2% након шест мјесеци терапије; ово смањење повезано је са губитком килограма и пацијенти су били задовољни терапијом и након три и након шест мјесеци. У закључку се може рећи да инсулински режим заснован на примјени инсулина гларгин једном дневно је корисна и сигурна терапијска алтернатива за T2Д пацијенте који нису претходно адекватно контролисани на режиму са премикс инсулином.

7.2 Grujičić M, Salapura A, Basta-Jovanović G, Figurek A, Mičić-Zrnić D, **Grbić A.** Non-Diabetic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus—11-Year Experience from a Single Center. *Med Arch.* 2019 Apr; 73(2): 87–91. doi: 10.5455/medarh.2019.73.87-91.

(10 x 0,3=3 бода)

Код пацијената са дијабетес мелитусом (ДМ), такође се може јавити недијабетичка бубрежна болест (NDRD) као и дијабетичка нефропатија. NDRD се најпрецизније дијагностикује помоћу биопсије бубрега. Циљ студије био је да се испита инциденција и врста NDRD-а дијагностикованих биопсијом бубрега код пацијената са ДМ 2 типа и повезаност клиничких и лабораторијских налаза са хистопатолошком дијагнозом. Од априла 2007. до октобра 2018. године на Одељењу за нефрологију Клинике за интерну медицину у Бања Луци обављено је 290 биопсија бубрега, од чега је 18 пацијената (мушкарци 9, просјечне старости 59,8 година) са ДМ 2. Биопсија бубрега извршена је коришћењем аутоматског биопсијског инструмента FAST-GUN® са иглом 16G. Индикације биопсије биле су: нефротски синдром код 11 пацијената, асимптоматске уринарне неправилности код 3 пацијента и брза прогресија хроничног затајења бубрега. Узорак незадовољавајућег квалитета за патохистолошку анализу је добијен код једног пацијента а од осталих 17, 6 (35,3%) је имало NDRD, 3 (17,6%) је NDRD прекривало дијабетичку нефропатију, а 8 (47,1%) имало је дијабетичку нефропатију. Међу пацијентима који су имали NDRD, 3 су имала мембрански гломерулонефритис, 1 је имала жаришну сегментну гломерулосклерозу, а два хипертензивну нефроангиосклерозу. Од пацијената са коегзистирајућом NDRD и дијабетичком нефропатијом, 2 су имала хипертензивну нефроангиосклерозу, а једна дијабетичку нефропатију и лупусни нефритис. NDRD је дијагностикована биопсијом бубрега код 9/17 пацијената са типом 2 ДМ, што потврђује значај биопсије бубрега код пацијената са ДМ с исправним индикацијама. Резултати нашег истраживања су показали да прецизна дијагноза омогућава лијечење специфично за болест и на тај начин значајно побољшава дугорочну прогнозу пацијента.

8. Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја (6 бодова)

8.1 **Grbić A, Malešević G, Grbić S, Grujičić M, Jelača V.** Efekti kratkotrajne kombinovane insulinske terapije na glikoregulaciju i insulinosekretornu funkciju kod bolesnika sa tipom 2 dijabetesa i sekundarnim neuspjehom oralne terapije. Biomedicinska istraživanja.2018;10(1):8–14.DOI: 10.7251/BI11901008G

(6 x 0,5 = 3 бода)

Секундарни неуспјех оралне терапије се дефинише као изостанак повољног реаговања на оралну терапију која је у претходном периоду била ефикасна. Циљ рада је да се испитају резидуални ефекти краткотрајне комбиноване инсулинске терапије на гликорегулацију и инсулиносекреторну функцију. Након процјене акутних ефеката инсулинске терапије, испитаници су наредна три мјесеца лијечења оралним антихипергликемцима које су користили у моменту дијагнозе секундарног неуспјеха, након чега су процијењивани резидуални ефекти. Код свих испитаника тромјесечна комбинована терапија је довела до значајног побољшања свих параметара гликорегулације као и параметара инсулиносекреторне функције. Такође, три мјесеца по прекиду инсулинске терапије забиљежено је само мање погоршање гликорегулације и инсулиносекреторне функције – резидуални ефекат. У закључку се може рећи да поновно увођење оралних антидијабетика након краткотрајне примјене инсулинске терапије условљава лагано погоршање инсулиносекреторне функције али су ипак сви посматрани параметри метаболичког статуса у просјеку значајно бољи у односу на период прије краткотрајне примјене инсулина.

9. Научни рад на научном скупу међународног значаја, штампан у цјелини , са рецензијом (5 бодова)

9.1 **Brkić M, Vujović S, Ivović M, Marina Lj, Grbić A, Vrhovac Z.** Značaj hormonske supstitucione terapije na kostnu gustinu u prevremenoj insuficijenciji ovarijuma. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(5 x 0,3 = 1,5)

Превремена инсуфицијенција оваријума је стање хипергонадотропног хипогонадизма прије 40. године живота. Естрогени имају важне антикатаболичке и анаболичке ефекте на кост док недостатак естрогена игра централну улогу у развоју остеопорозе. Циљ истраживања је био испитати ефекте терапије естро-прогестагенима на индекс тјелесне масе и значај аменороеичног периода на индекс тјелесне масе у спонтаној и арефицијалној превременој инсуфицијенцији оваријума. Узроци крвизафоликулостимулирајући (FSH), лутенизирајући (LH), естрадиол (E2), прогестерон (P), пролактин (PRL) и тестостерон (T) одређивани су у 08.00 h прије увођења и годину дана након кориштења терапије. Учињен је и клинички преглед,

узета анамнеза и урађене биохемијске претраге. Прије терапије је урађена и остеодењситометрија и годину дана након терапије естро-прогестагенима код обе групе испитаница. Резултати су показали значајну статистичку разлику ($p > 0,01$) прије и после терапије за FSH, LH и E2 код обе групе испитаника. Постојала је високо статистички значајна разлика у обе групе у компарацији T скорa прије терапије у односу на T скор током терапије ($z = -3,036; p < 0,01$). У закључку се може констатовати да је терапија естро-прогестагенима довела до побољшања T скорa за 41% у односу на стање прије терапије и значајног ефекта на лијечење и превенцију остеопорозе код жена са превременом исфуфицијенцијом оваријума.

(5 x 0,3 = 1,5 бода)

9.2 **Grbić A, Brkić M, Savić S.** Rezidualni efekti kratkotrajne intenzivirane insulinske terapije na sekretornu sposobnost beta – ćelija u bolesnika sa tipom 2 diabetes mellitusa i sekundarnim neuspjehom oralne terapije. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(5 бодова)

Циљ рада је био да се испитају резидуални ефекти краткотрајне интензивиране инсулинске терапије на секреторну способност бета ћелија ендокриног панкреаса и инсулинску резистенцију. У истраживање је селектовано 77 пацијената обољелих од од типа 2 дијабетеса с потврђеним секундарним неуспјехом (СН) оралне терапије, који су три мјесеца третирани интензивираним конвенционалном моноинсулинском терапијом (тзв. „базал-болус“ режим). Након прве фазе и процјене акутних ефеката инсулинске терапије, испитаници су три мјесеца третирани оралним антидијабетицима (ОАД), након чега су процијењивани резидуални ефекти инсулинске терапије. Резултати истраживања показују побољшање гликорегулације и параметара инсулиносекреторне функције у односу на период када је констатован СН оралне терапије (акутни ефекти) али и извјесно погоршање у односу на период непосредно након кориштења инсулинске терапије (резидуални ефекти). Могло се констатовати да поновно увођење ОАД условљава лагано погоршање гликорегулације и инсулиносекреторне функције али су ипак сви посматрани параметри метаболичког статуса у просјеку значајно бољи у односу на преинсулински период.

10. Научни рад на скупу међународног значаја, штампан у зборнику извода радова (3 бода)

10.1 **Grbić A, Malešević G, Soldat-Stanković V.** Ispitivanje uzroka sekundarnog neuspjeha peroralne terapije u bolesnika sa diabetes mellitusom tip 2. Zbornik sažetaka sa 4. kongresa endokrinologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd 2014.

(3 бода)

Секундарни неуспјех (СН) оралне терапије у типу 2 дијабетеса је чест клинички феномен и јавља се у 5-10% пацијената годишње. Развој СН оралне терапије је недовољно објашњен феномен а различити су претпостављени механизми његовог настанка. Циљ рада је био да се испитају узроци који могу имати утицаја на испољавање СН пероралне терапије у болесника са типом 2 дијабетеса. Проспективном студијом је обухваћено 107 пацијената који су били подијељени у двије групе (група пацијената са потврђеним СН и друга група са задовољавајућом гликорегулацијом). Код свих пацијената су анализирани слећи параметри: индекс тјелесне масе (ИТМ), ниво фибриногена и липида, старост пацијената и трајање дијабетеса. Такође је код свих пацијената процијењивана и инсулинска секреција и инсулинска резистенција (ИР) кориштењем хомеостатских модела (НОМА-В и НОМА-ИР). Није постојала значајна разлика у ИТМ између испитиваних група, док је уочена статистички сигнификантна разлика у дужини трајања дијабетеса. Установљена је високостатистички значајна разлика у вриједностима фибриногена као и липидним параметрима. Просјечна вриједност НОМА-В у групи са СН је износила 30,5% а у групи без СН 42,1%. Такође је постојала и статистички значајна разлика у вриједностима НОМА-ИРу пацијената са и без СН оралне терапије. Може се закључити да НОМА-В представља добар предиктор СН и инсулинске зависности у типу 2 дијабетеса. Такође је установљена позитивна корелација нивоа фибриногена и параметара липидног статуса са лошом метаболичком контролом болести.

10.2 **Grbić A, Malešević G, Soldat-Stanković V.** Sekundarni neuspjeh oralne terapije u pacijenata sa tipom 2 šećerne bolesti - terapijske mogućnosti. Zbornik sažetaka sa 4. kongresa endokrinologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd 2014.

(3 бода)

Када се код обољелих од типа 2 дијабетеса дијагностикује секундарни неуспјех оралне терапије (СН), посебан проблем у даљем лијечењу представљају гојазни пацијенти. Циљ истраживања је био да се испитају акутни и резидуални ефекти краткотрајне комбиноване инсулинске терапије на инсулиносекреторну функцију и гликорегулацију. Проспективно истраживање од шест мјесеци обухватило је 32 гојазна пацијента са испољеним СН ореоралне терапије. Прва фаза истраживања, у трајању од три мјесеца представља увођење инсулинске терапије (базални инсулин) уз постојећи препарат метформина и испитивање акутних ефеката комбиноване терапије. Друга фаза, такође у трајању од три мјесеца, представља процјену резидуалних ефеката комбиноване инсулинске терапије у пацијената који су током ове фазе поново враћени на терапију оралним препаратима. На крају истраживања је закључено да режим краткотрајне инсулинске терапије (метформин+базални инсулин) представља рационалан терапијски приступ у гојазних пацијената у чијој основи је могућност дјелимичне регресије основних патофизиолошких збивања у типу 2 дијабетеса.

10.3 **Grbić A.** Autoimuni poliglandularni sindromi, simptomi, dijagnoza i tretman.

Zbornik radova Prvog kongresa endokrinologa i dijabetologa u Bosni i Hercegovini sa međunarodnim učešćem, Sarajevo 2015.

(3 бода)

Полигландуларни аутоимуни синдром (PAS) представља удружену појаву више аутоimunих ендокриних и неендокриних болести у једне особе уз присуство органспецифичних антитијела. PAS се разврставају у тип I, II и III. Тип I се развија у дјетињству а састоји се од мукокутане кандидијазе, хипопаратиреозе и инсуфицијенције надбубрежних жлијезда. Од неендокриних аутоимуних обољења заступљени су пернициозна анемија, хепатитис, ахалазија и малапсорпција. Најчешће обољење PAS II је шећерна болест тип I која се јавља у око половине обољелих породица. Овај поремећај који је описао Schmidt укључује још Hashimoto тиреоидитис или хипертиреоидизам, адrenalну инсуфицијенцију и хипогонадизам. Рјеђе него у типу I јављају се витилиго и алопеција а мукокутана кандидијаза се никада не јавља. PAS III се манифестује као абнормалност само двије ендокрине жлијезде : дијабетес мелитус и/или аутоимуно обољење штитне жлијезде уз одсуство Адисонове болести и уз присуство неендокриних аутоимуних обољења. PAS тип I је непознате етиологије, наслеђује се аутосомно рецесивно и није доказана веза са HLA системом. Насупрот томе развој PAS II и III синдрома је повезано са генима HLA комплекса. Клиничке манифестације ових синдрома су веома различите и зависе од захваћености појединих органа. За PAS је карактеристично секвенционално испољавање аутоимуних обољења, ријетко истовремено испољавање појединих болести у оквиру синдрома. Временска дистанца између појаве и постављања дијагнозе друге ендокринопатије може бити и до 20 година. Због тога је неопходно да се код ових пацијената спроводи скрининг хормонских испитивања 1-2 пута годишње.

10.4 **Grbić A.** Izazovi i kontroverze u dijagnostici i terapiji akromegalije. Zbornik radova Drugog kongresa endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 бода)

Акромегалија је хронична болест која настаје због хиперсекреције хормона раста (XP). Хиперсекреција XP углавном настаје као посљедица питуитарног аденома али може бити узрокована и екстрапитуитарним лезијама. Уколико се на вријеме не препозна и не лијечи може довести и до фаталног исхода. Почетне манифестације хиперсекреције XP и IGF-1 су непримјетне и понекад прође и по 10 година до клиничке дијагнозе. Повећан раст акралне кости доводи до фронталног избочења, повећања шака и стопала, увећања мандибуле са прогнатизмом и проширењем простора између зуба. Друга група симптома узрокована је туморском масом и презентује се главобољом и поремећајем вида као што је битемпорална хемианопсија, узрокована притиском на оптичку хијазму. Биохемијски критеријуми за дијагнозу акромегалије су IGF-1 повишен за доб, повишене вриједности XP и изостанак супресије XP при оптерећењу глукозом (OGTT). Оперативна ресекција XP – секретујућег аденома почетни је начин лијечења највећег броја болесника.

Аналози соматостатина се користе као додатна терапија за преоперативну редуцију великих инвазивних макроаденома код болесника који одбијају лијечење или када операција не омогућава излечење. Антагонисти рецептора ХР (пегвисомант) се користи у пробраним случајевима а бромокриптин може да супримује секрецију ХР код неких болесника. Спољашња зрачна терапија или високоенергетска стереотаксична техника користе се као додатни терапијски приступ.

10.5 Đekić D, Vulić D, **Grbić A**, Gašić B, Horozić B, Topić G, Šobot N, Kovačević T. Skrining poremećaja metabolizma glukoze kod pacijenata sa korornarnom bolešću. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,3 = 0,9)

У студију је укључено 330 пацијената из Бања Луке који су имали један од догађаја: акутни инфаркт миокарда, PCI ili by-pass, старији од три те млађи од шест мјесеци. Од укупног броја пацијената 58% је имао у задње три године коронарну ангиографију и/или стент, 28% акутни инфаркт миокарда а 14% by-pass. Са пацијентима је обављен преглед, антропометријска мјерења, лабораторијске претраге. Свим пацијентима је урађен албумин/креатинин однос а пацијентима који немају дијабетес је урађен орални тест оптерећењем глукозом (ОГТТ). Код њих 58 је утврђена вриједност глукозе у крви након 120 мин. већа од 11,1 mmol/l, а код 56 пацијената у распону 7,8-11,1 mmol/l, што одговара смањеној толеранцији на глукозу. С обзиром на то да је у овој студији показано да је код 44% пацијената са коронарном болешћу скринингом утврђен поремећај метаболизма глукозе, од чега је 24% (1/4), имало дијабетес тип 2 који није до тада дијагностикован а 27% лабораторијски налаз нефропатије те да годишње у Републици Српској има нових 2500 коронарних догађаја, било би потребно размотрити могућност рутинског скрининга коронарних болесника на постојање поремећаја метаболизма глукозе.

10.6 Brkić M, Vujović S, Ivović M, Marina Lj, **Grbić A**, Vrhovac Z. Značaj hormoneke supstitucione terapije na kostnu gustinu u prevremenoj insuficijenciji ovarijuma. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,3 = 0,9)

Естрогени имају важне антикатаболичке и анаболичке ефекте на кост док недостатак естрогена игра централну улогу у развоју остеопорозе. Циљ истраживања је био испитати ефекте терапије естро-прогестагенима на индекс тјелесне масе и значај аменоричног периода на индекс тјелесне масе у спонтаној и арефицијалној превременој инсуфицијенцији оваријума. Узроци крвизафоликулостимулирајући (FSH), лутеинизирајући (LH), естрадиол (E2), прогестерон (P), пролактин (PRL) и тестостерон (T) одређивани су у 08.00 h прије увођења и годину дана након кориштења терапије. Учињен је и клинички преглед, узета анамнеза и урађене биоохемијске претраге. Прије терапије је урађена и

остеодензитометрија и годину дана након терапије естро-прогестагенима код обе групе испитаница. Резултати су показали значајну статистичку разлику ($p > 0,01$) прије и после терапије за FSH, LH и E2 код обе групе испитаника. Постојала је високо статистички значајна разлика у обе групе у компарацији Т скорa прије терапије у односу на Т скор током терапије ($z = -3,036; p < 0,01$). У закључку се може констатовати да је терапија естро-прогестагенима довела до побољшања Т скорa за 41% у односу на стање прије терапије и значајног ефекта на лијечење и превенцију остеопорозе код жена са превременом исфуфицијенцијом оваријума.

10.7 **Grbić A, Brkić M, Savić S.** Rezidualni efekti kratkotrajne intenzivirane insulinske terapije na sekretornu sposobnost beta – ćelija u bolesnika sa tipom 2 diabetes mellitusa i sekundarnim neuspjehom oralne terapije. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 бода)

Иако патогенеза секундарног неуспјеха (СН) оралне терапије у типу 2 дијабетеса није у потпуности расвијетљена, утица глукотоксичног дјеловања на настанак СН оралне терапије је несумњив. Моменат испољавања СН код пацијената са типом 2 дијабетеса, уколико није удружен са евидентно присутним критеријумима за примјену инсулинске терапије, представља критичну тачку тераписке дилеме. Увођење инсулина по режиму комбиноване или моноинсулинске терапије је углавном најчешће примјењиван терапијски поступак. Дилема се односи на пацијенте код којих не постоје јасни клинички и биохемијски докази о значајном инсулинском дефициту. Управо због тога се појавио повећан интерес за примјену краткотрајне инсулинске терапије са основним циљем уклањања глукозне токсичности код ових пацијената. Циљ овог истраживања је управо и био да се покажу акутни и резидуални ефекти краткотрајне интензивиранине инсулинске терапије на гликорегулацију и секреторну способност бета ћелија панкреаса. Показано је да режим краткотрајне интензивиранине терапије у тип 2 дијабетесних пацијената доводи до побољшања гликорегулације и до дјелимичног опоравка инсулиносекреторне функције. Стога се могло закључити да интермитентна краткотрајна инсулинотерапија представља рационалну алтернативу трајној инсулинској терапији у добро пробраним случајевима.

10.8 **Malešević G, Brkić M, Grbić A, Soldat-Stanković V, Carić B.** Spontana trudnoća kod Turner mozaicizma s prethodnim rekurentnim spontanim pobačajima. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,5 = 1,5 бода)

Тарнеров синдром представља потпуни или пацијални недостатак једног X хромозома која резултује дисгенезу јајника. Шансе за спонтане трудноће у Тарнеровом синдрому су ријетке, могуће у 2% случајева и исход се најчешће завршава спонтаним побачајем. Могу се остварити код болеснице са мозаиком

кариотипа 45X /46 XX. У раду је приказана пацијентка старости 39 година, ТТ 113 kg, ТВ 161 cm у XX недјељи трудноће са типом 2 дијабетеса. Претходне двије трудноће су завршене спонтаним побачајем у IX и XIII недјељи гестације. Увидом у медицинску документацију добија се податак о урађеном кариограму 2008.године који показује кариотип: 45X/46XX што одговара Тарнеровом синдрому. Наведени резултати нису до хоспитализације нису евалуирани те у медицинској документацији изостаје дијагноза Тарнеровог синдрома. Могу да имају нормалан пубертетски развој, редовне менструалне циклусе али и рекурентне спонтане абортусе, рођење мртворођене дјецe али и новорођенчади са конгениталним малформацијама. Стога, код жена са рекурентним спонтаним абортусима треба размотрити постојање Тарнер синдрома са мозаицизмом у циљу одређивања терапијских модалитета за постизање фертилитета.

10.9 Soldat-Stanković V, Popović-Pejičić S, Carić B, Malešević G, **Grbić A**, Brkić M. Septo-optička displazija kao uzrok kongenitalnog hipopituitarizma. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,3 = 0,9)

Септооптичка дисплазија (СОД) је клинички хетерогено обољење које карактерише удруженост хипоплазије оптичког нерва, хипоплазије хипофизе и дефекта средње линије мозга, укључујући одсуство корпус калозума и септум пелуцидума. Најмање три компоненте су неопходне за постављање дијагнозе ове ријетке аномалије. У раду је приказан случај пацијента који је први пут ендокринолошки евалуиран у доби од 35 година. Клиничким прегледом нормалне висине и ухрањености, лице хипогонадно са одсуством браде и бркова, маљавост по цијелом тијелу оскудна, хипотрофија тестиса (волумен < 5 мл). Коштана густина смањена у зони остеопорозе. Ендокринолошким испитивањем дијагностикован комплетан хипопитuitarизам. Визуализацијом селарне регије нађена парцијална агенезија корпус калозума и агенезија септума пелуцидума, empty sella, без јасне диференцијације ткива адено и неурохипофизе уз хипоплазију хипоталамуса. Дефицит хормона може евалуирати током времена. Неки пацијенти задрженормалну брзину раста упркос ненормалности осовине хормона раста, што представља синдром парадоксалног „раста без хормона раста“.

10.10 Brkić M, Malešević G, **Grbić A**, Popović-Pejičić S, Vrhovac Z, Dardić Z. Povoljan uticaj insulina degludek na atake teške hipoglikemije u nestabilnom DM 2. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,3 = 0,9)

„Нестабилни дијабетес“ или „brittle“ дијабетес се карактерише фреквентним, израженим и тешко објашњивим осцилацијама у вриједностима шећера: од по живот угрожавајућих хипогликемија до тешких и пролонгираних хипогликемија. У одраслих се настанак ове форме дијабетеса углавном објашњава непридражавањем

договорених модуса понашања и лијечења, „несарадњом“. Нестабилност болести може бити индукована и другим разлозима, прије свега великом емоционалном нестабилношћу, што је било и у овом случају. Након успостављања „програмиране“ исхране и физичке активности, уведене интензификоване инсулинске терапије, умјесто дотадашњег предмјешаног инсулина укључена је интензивирана инсулинска терапија (Novo Rapid + Detemir, затим Novo Rapid + Glargin) али су и даље вриједности гликемије биле незадовољавајуће. У каснијем току болести често није уопште препознана хипогликемија. Уведена је терапија инсулина деглудек уз дотадашњи брзодјелујући инсулин након чега долази до смањења учесталости појаве хипогликемијских епизода али и хипергликемије. Након четири мјесеца наведене терапије долази до успостављања задовољавајуће гликорегулације. Наведено је складу са већ постојећим истраживањима: BEGIN ONCE LONG, Insulin naïve Once long studiji, BBT – BB T2 studiji.

10.11 Filipović-Subotić N, **Grbić A.** Cushingov sindrom i akutni respiratorni distres sindrom kao akutna komplikacija. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 бода)

Кушингов синдром је клиничка манифестација дуготрајног хиперкортицизма у виду карактеристичних промјена у клиничкој слици. Супрафизиолошке дозе глукортикоида, поред ефеката на метаболизам доводе и до неспецифичне имуносупресије са повећаном склоношћу инфекцијама које могу да доведу и до тешких респираторних инфекција па и компликација. У раду је приказана пацијентка са хиперсекреторним тумором надбубрежне жлијезде и Кушинговим синдромом који се током хоспитализације и преоперативне обраде компликује акутним респираторним дистрес синдромом. Радило се о функционалном тумору надбубрежне жлијезде са израженим клиничким синдромом. Након комплетне преоперативне обраде долази до компликације у виду болничке респираторне инфекције праћене диспнејом, кашљем, повишеном температуром уз погоршање респираторног налаза из сата у сат те промјенама на РТГ плућа у виду билатералне консолидације. Код пацијената са Кушинговим синдромом, због имунодефицијенције, постоји значајан ризик од појаве болничких инфекција, између осталих респираторних, које се могу искомпликовати акутним респираторним дистрес синдромом.

10.12 Čegar A, **Grbić A,** Milekić J, Prodanović B. Akromegalija – terapijske opcije. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,75 = 2,25)

Акромегалија је хронично обољење које настаје услед хиперсекреције хормона раста (ХР). Оперативна ресекција тумора је најчешћа почетна терапијска опција али у великом проценту макроаденома не омогућава потпуно излечење. Циљ рада је био приказати пацијента са ХР-секретујућим тумором хипофизе код којег хируршко излечење није дало задовољавајуће резултате те се приступило медикаментној

терапији. Нуклеарна магнетна резонанца хипофизе је показала макроаденом хипофизе са екстензијом у лијеви кавернозни синус, величине око 1,5 цм. Хормонске анализе и ендокринолошки тестови су показали да се ради о функционалном тумору хипофизе у смислу хиперсекреције хормона раста, након чега је учињена трансфеноидална евакуација тумора. Међутим, постоперативно заостаје макроаденом који перзистира уз лијеву каротидну артерију. Започето је са терапијом соматостатинским аналогом. У закључку се може рећи да хируршко лијечење макроаденома хипофизе најчешће није дефинитивно, остављајући за собом рест рецидив који је неопходно третирати медикаментозном терапијом. Прва линија медикаментне терапије су соматостатински аналози уз допаминске агонисте (уколико постоји косекреција пролактина). Уколико на поменуто конзервативно лијечење не дође до контроле хиперсекреције ХР и контроле туморског раста долази у обзир зрачна терапија, реоперација као и терапија аналозима рецептора хормона раста.

10.13 Rakita G, **Grbić A**, Đekić D, Knežević T, Brkić M, Malešević G. Polimiozitis i hipokaliemija kao prvi znaci primarnog aldosteronizma – dijagnostičke dileme. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,3 = 0,9)

Конов синдром је примарни хипералдостеронизам који настаје због аутономног стварања алдостерона у адренокортексу услед хиперплазије, аденома или карцинома. Јавља се епизодна слабост, повишење крвног притиска и хипокалемија. У раду је приказана млада болесница са непрепознатим примарним алдостеронизмом те је дуже вријеме третирана под дијагнозом полимиозитиса. У клиничкој слици доминирају болови у раменима, надлактицама и бутинама уз упорну хипокалијемiju уз повишене вриједности алдостерона и супримоване вриједности ренина. Компјутеризованом томографијом се верификује билатерално увећање надбубрежних жлијезда. У складу са налазима уведена је терапија спиронлактоном, АЦЕ инхибиторима и супституцијом калијума. Увијек када имамо младог пацијента са артеријском хипертензијом потребно је учинити детаљну ендокринолошку обраду у циљу верификације ендокрине хипертензије и правилног лијечења болести.

10.14 Knežević T, **Grbić A**, Bojić M, Đekić D, Malešević G. Od hipoglikemije do dijagnoze sindroma prekida hipofizne peteljke. Knjiga sažetaka i odabranih radova u cjelosti- 2. kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2017.

(3 x 0,5 = 1,5 бода)

Синдром прекида хипофизне петељке (Pituitary stalk interruption syndrome-PSIS) представља ријетку конгениталну малформацију хипофизе која се карактерише класичном тријадом: прекид хипофизне петељке, одсутна или ектопична неурохипофиза те хипоплазија или аплазија аденохипофизе. Клиничка презентација

зависи од узраста пацијента у моменту дијагнозе. Пацијенти се могу презентовати и епилептичним нападима, хипотензијом као и менталном ретардацијом. У раду је описан пацијент са непрепознатим синдромом прекида хипофизне петељке који је као такав дуго низ година био само под надзором неуролога због епилепсије и менталне ретардације а без хормонске супституционе терапије. Радило се о мушкарцу старости 25 година који је примљен на одјељење ендокринологије због хипогликемије, мучнине и повраћања а након серије епилептичких напада. Од раније дијагностикована и церебрална парализа. Клиничким прегледом на пријему верификован низак раст (ТВ 133,5 cm и ТТ 35 kg), хипогликемија и хипотензија. Хормонске анализе покажу хипотиреоидизам, хипокортицизам, хипогонадизам те хиперпролактинемију (нивоа лезије сталка). Налаз магнетне резонаце хипофизе је указао на хипопластичну/апластичну аденохипофизу, хипопластичан сталак и ектопичну неурохипофизу. Радиграфијом шака процјењена коштана зрелост доби од 15 година. Ехосонографски спуштен лијеви тестис у ингвиналном каналу. У складу са налазима пацијенту је укључена супституциона терапија хидрокортизоном и левотироксинам на коју се добија задовољавајући клинички опоравак. Приказан је пацијент са касно постављеном дијагнозом синдрома прекида хипофизне петељке са свим посљедицама нелијеченог панхипопитуитаризма. У закључку се може рећи да код сваког пацијента који се у одраслој доби презентује ниским растом, епилептичним нападима и хипогликемијом, кључно је посумњати на ендокринолошку (хормонску) етиологију промјена.

10.15 **Grbić A.** Hypophysitis, Empty sella. Knjiga sažetaka sa drugog kongresa endokrinologa i dijabetologa u Bosni i Hercegovini, Sarajevo 2018.

(3 бода)

Хипофизитиси могу бити примарни и секундарни. Код секундарних хипофизитиса етиолошки агенс и инфламаторна реакција су јасно дефинисани а код примарних узрок је непознат. Као облици примарног хипофизитиса описују се грануломатозни, лимфоцитни и ксантоматозни. Грануломатозни хипофизитис може настати у оквиру системских болести које се манифестују формирањем гранулома као што су саркоидоза, туберкулоза, сифилис и гљивичне инфекције са формирањем микотичног гранулома. Радиолошки се презентују као аденоми хипофизе. Терапија укључује хормонску супституциону терапију када је присутан хипопитуитаризам као и специфичну каузалну терапију за грануломе дефинисане етиологије. Лимфоцитни хипофизитис углавном настаје у трудноћи и постпартално и обично се презентује хиперпролактинемијом а на магнетној резонанци хипофизе уочава се хипофизна маса која подсећа на аденом са умјерено повећаном вриједношћу пролактина. Ксантоматозни хипофизитис је најчешћи примарни питуитарни инфламаторни процес. Empty sella (ES) представља радиолошки налаз пролапса субарахноидалног простора у простор турског седла, дијелом испуњен цереброспиналном течностју. Овај простор доводи до ремоделовања и проширења турског седла уз потискивање саме хипофизе. Примарна ES настаје као посљедица урођеног дефекта у дијафрагми sellae. Секундарни је начешће посљедица оперативног захвата на хипофизи или зрачне терапије а нису ријетки случајеви

након постпарталне некрозе. Најчешће функција хипофизе није нарушена (код примарне ES) али се може регистровати и блага хиперпролактинемија и неуредни циклуси. С обзиром на неријетко коегзистирање ES и аденома хипофизе индиковано је хормонско испитивање пацијената са потврђеном ES ради искључивања хипопитуитаризма или хиперсекреције као посљедице аденома хипофизе без обзира на клинчку слику.

10.16 Malešević G, **Grbić A**, Carić B, Soldat – Stanković V, Risović I, Vuković B, Brkić M, Popović-Pejičić S. Analiza povezanosti ishemijska bolesti srca i prisustva mikroalbuminurije kod asimptomatskih pacijenata sa tipom 2 dijabetesa. Zbornik sažetaka sa 6. kongresa endokrinologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd 2018.

(3 x 0,3 = 0,9)

Обољели од дијабетеса тип 2 код којих је присутна микроалбуминурија (McA) имају четири пута већи ризик од изненадне смрти узроковане кардиоваскуларном болешћу (KVB). Сматра се да ће око 50% болесника са перзистентном McA умријети од KVB прије него од хроничне бубрежне инсуфицијенције. Циљ рада је био да се докаже повезаност присуства McA и исхемијске болести срца (IBS) код обољелих од дијабетеса тип 2, без претходне историје KVB. Вриједности гликозилираног хемоглобина биле су статистички значајно веће код пацијента са McA у односу на контролну групу ($p < 0.05$). Резултати ергометријског тестирања показали су да је присуство IBS било статистички значајно веће у групи испитаника са McA у односу на групу испитаника са нормоалбуминуријом ($p < 0.01$). Сходно литературним подацима може се закључити да је код обољелих од типа 2 дијабетеса повећана инциденца KVB. Рано идентификовање фактора ризика за настанак KVB код особа са шећерном болести тип 2 омогућава правовремену примјену адекватне терапије те смањење стопе морбидитета и морталитета.

10.17 **Grbić A**, Malešević G, Popović – Pejičić S, Jelača V, Brkić M, Đekić D. Nепрепознати TSH секретујући аденом хипофизе лијечен као хипотиреоза. Zbornik sažetaka sa 6. kongresa endokrinologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd 2018.

(3 x 0,3 = 0,9)

TSH секретујући аденоми су риједак поремећај који чине око 0.5% до 2% свих питуитарних тумора. За разлику од Gravesove болести антимиросомална и антитиреоглобулинска антијела суријетко присутна. У клинчкој слици знаци хипертиреозидизма су скоро увијек присутни, мада обично блажи у односу на Gravesovu болест а присуство струме је скоро правило. Хируршка терапија трансфеноидалним приступом је примарни терапијски приступ. Такође, показано је да је терапија соматостатинским аналозима ефикасна у 92% секретујућих аденома. Циљ рада је приказати пацијентицу са непрепознатим TSH секретујућим тумором која је око три године повремено лијечена левотироксином јер је првобитно схваћена као субклиничка хипотиреоза. На примјењену терапију није било

адекватног терапијског одговора у смислу снижења тиреостимулишућег хормона (TSH) . Напротив, повећавале су се вриједности и тироксина и TSH. Антимикрозомална и антитиреоглобулинска антитијела негативна. Од субјективних тегоба наводи лупање срца, презнојавање и повремене главобоље. С обзиром да није долазило до нормализације TSH уз константно повишене вриједности тироксина , упућена је ендокринологу (до тада је под надзором специјалисте нуклеарне медицине). Предложено да се уради магнетна резонанца хипофизена којој се верификује макроаденом вел. 14x18x11 cm. Кратко је третирана тиреосупресивном терапијом након чега долази до скока TSH, што је искориштено као стимулациони тест у дијагностичке сврхе. Преоперативно еутиреоидно стање се постиже примјеном дугодјелујућег аналога соматостатина. Учињена трансфеноидална хируршка евакуација тумора. Након операције еутиреоидна без терапије. Из свега се може закључити да је TSH секретујући тумор ријетка болест са добром прогнозом о којој треба размишљати када се код пацијента са типичном клиничком сликом хипертиреоидизма верификује несупресибилан ниво TSH у присуству високих вриједности слободних тироидних хормона, односно када након примјене тиреосупресивне терапије дође до пораста нивоа TSH. Правовременом дијагнозом TSH аденома мањих димензија који не врше компресију на околне структуре може се добити добар терапијски одговор примјеном соматостатинских аналога и избјећи хируршко лијечење.

Укупан број бодова за научну дјелатност након последњег избора: 59,85

УКУПАН БРОЈ БОДОВА ЗА НАУЧНУ ДЈЕЛАТНОСТ: 48,95+59,85 = 108,80

6

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

- студиј медицине
- постдипломске студије и одбрана магистарског рада
- одбрана докторске дисертације

11. Квалитет педагошког рада на Универзитету

Дугогодишње искуство у раду са студентима Александра Грбић, доктор медицинских наука, стекла је радећи на Катедри за интерну медицину Медицинског

факултета у Бања Луци. Прво у звању асистента од 2006. године, затим вишег асистента од 2010.године и у доцента 2010. године изграђује дидактичко – методолошке карактеристике предавача за студенте свих студијских одсека на Медицинском факултету у Бања Луци. Има коректан однос према студентима и савремен приступ извођењу вјежби и семинара.

Након стручног усавршавања – ужа специјализација из ендокринологије у Клиничком центру Србије у Београду и Медицинском факултету у Београду стиче завидно професионално искуство на пољу дијабетологије, тиреидологије и других ендокринолошких поддисциплина те своје стечено знање активно преноси у свом раду како са пацијентима тако и на студенте. Наведено стручно усавршавање и практичан професионални рад на Клиници имало је за резултат публиковање научних и стручних радова као и преношење стеченог знања и вјештина студентима и њихово подстицање да се баве научноистраживачким радом.

(4 бода)

12. Едукација на међународном нивоу

12.1 Едукација из области ултразвучне дијагностике меких ткива и абдомена, јуни 2004. године – Клинички центар Србије , Београд Ментор: проф др Мирјана Перишић

(3 бода)

12.2 Едукација из области ендокриних и неуроендокриних тумора 2.2.2009.– 1.5.2009, Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма, Центар за неуроендокрине туморе, Клинички центар Србије, Београд Ментор: проф.др Светозар Дамјановић

(3 бода)

13. Едукација на националном нивоу

13.1 Едукација из области ултразвука штитне жлијезде. Теслић март 2014.

(2 бода)

14. Вредновање наставничких способности - 6 бодова

Укупно бодова за образовну дјелатност прије последњег избора = 14

Образовна дјелатност после последњег избора/реизбора

15. Квалитет педагошког рада на Универзитету

Дугогодишње искуство у раду са студентима Александра Грбић, доктор медицинских наука, стекла је радећи на Катедри за интерну медицину Медицинског факултета у Бања Луци. Прво у звању асистента од 2006. године а затим вишег асистента од 2010.године и у доцента 2010. године изграђује дидактичко – методолошке карактеристике предавача за студенте свих студијских одсека на Медицинском факултету у Бања Луци. Има коректан однос према студентима и савремен приступ извођењу вјежби и семинара.

Након стручног усавршавања – ужа специјализација из ендокринологије у

Клиничком центру Србије у Београду и Медицинском факултету у Београду стиче завидно професионално искуство на пољу дијабетологије, тиреидологије и других ендокринолошких поддисциплина те своје стечено знање активно преноси у свом раду како са пацијентима тако и на студенте. Наведено стручно усавршавање и практичан професионални рад на Клиници имало је за резултат публиковање научних и стручних радова као и преношење стеченог знања и вјештина студентима и њихово подстицање да се баве научноистраживачким радом.

(4 бода)

16. Едукација на међународном нивоу

16.1 Успјешно је завршила „online training programme on ICH GCP E6(R2) v17.1“ те посједује сертификат за „Essential Good Clinical Practice – GCP

(3 бода)

17. Едукација на националном нивоу

17.1 Завршила Прву школу дизајна студија „ Како започети, написати и публиковати научни рад“ под водством проф. др Слободана Јанковића у Сарајеву од 03.11. до 05.11.2017.

(2 бода)

18. Члан комисије за одбрану рада другог циклуса (2 бода)

18.1 Члан Комисије за одбрану магистарске тезе др Снежане Малиш, Медицински факултет Фоча, број 01-1287, од 25.05.2014.

(2 бода)

18.2 Члан Комисије за оцјену и одбрану мастер рада Данијеле Добровољски, дипломираног медицинара здравствене његе, број 18/03.504/2017

(2 бода)

19. Менторство кандидата за завршни рад првог циклуса (1 бод)

19.1 Ментор кандидата Бранка Јурића за дипломски рад под називом „Ендокрине хипертензије“, одбрана рада 23.06. 2016. године (1 бод)

19.2 Ментор кандидата Вање Оборине за дипломски рад под називом „Хиперпаратиреоидизам –савремени терапијски приступ“, одбрана рада 16.12.2016. године (1 бод)

19.3 Ментор кандидата Игора Шкаљића за дипломски рад под називом“ Тумори хипофизе – дијагноза и терапија“ одбрана рада 02.12 2016. (1 бод)

19.4 Ментор кандидата Дејана Будимића за дипломски рад под називом „Кушингов синдром – терапијски приступ“ , одбрана рада 14.3. 2017. године (1 бод)

- 19.5 Ментор кандидата Тање Пећанац за дипломски рад под називом „Дијабетес мелитус тип 2 и хроничне дијабетесне компликације“, одбрана рада 07.07. 2017. (1 бод)
- 19.6 Ментор кандидата Надежде Миловић за дипломски рад под називом „Дијабетес мелитус тип 1 и хроничне дијабетесне компликације“, одбрана рада 19.09. 2017. године (1 бод)
- 19.7 Ментор кандидату Бојани Бјелић за дипломски рад под називом „Хипогликемијски синром“, одбрана рада 06.06. 2017. године (1 бод)
- 19.8 Ментор кандидату Данијели Бабић за дипломски рад под називом „Упалне болести штитне жлијезде“, одбрана рада 10.07. 2017.године (1 бод)
- 19.9 Ментор кандидату Драгани Михаљчић за дипломски рад под називом „Феохромоцитом у клиничкој пракси“, одбрана рада 07.07. 2017. (1 бод)
- 19.10 Ментор кандидату Биљани Ватреш за дипломски рад под називом „Хиперфункција коре надбубрежне жлијезде“, одбрана рада 20.09.2017. (1 бод)
- 19.11 Ментор кандидату Вањи Ђорђић за дипломски рад под називом „Хиперфункција предњег режња хипофизе“, одбрана рада 22.09. 2017. (1 бод)
- 19.12 Ментор кандидату Зорици Јурић за дипломски рад под називом „Поремећаји полне диференцијације“, одбрана рада 22.12. 2017. године (1 бод)
- 19.13 Ментор кандидату Ани Марин за дипломски рад под називом „Најчешћи узроци тиреотоксикозе“, одбрана рада 31.5.2017. године (1 бод)
- 19.14 Ментор рада кандидату Наташи Чавић за дипломски рад под називом „Хипофункција коре надбубрежне жлијезде“, одбрана рада 10.07. 2017. (1 бод)
- 19.15 Ментор рада кандидату Милијани Лечић за дипломски рад под називом „Мултипле ендокрине неоплазије“ одбрана рада 20.09.2017. године (1 бод)
- 19.16. Ментор кандидату Тањи Брезичанин за дипломски рад под називом „Поремећаји метаболизма кости и минерала“, одбрана рада 26.10. 2017. (1 бод)
- 19.17 Ментор кандидату Саше Милосавац за дипломски рад под називом „Поремећаји интермедијарног метаболизма“, одбрана рада 04.10.2017. год. (1 бод)
- 19.18 Ментор кандидату Жељки Савановић за дипломски рад под називом „Дијабетес мелитус тип 1 – етиологија, патогенеза и савремени терапијски приступ“ одбрана рада 2017. године (1 бод)
- 19.19 Ментор кандидату Предрагу Којићу за дипломски рад под називом „Секундарна артеријска хипертензија“, одбрана рада 02.03.2018. године (1 бод)
- 19.20 Ментор кандидату Наташи Балабан за дипломски рад под називом „Синдром полицистичних јајника“, одбрана рада 19.10. 2018. године (1 бод)

- 19.21 Ментор рада кандидату Ивани Јоветић за дипломски рад под називом „Метаболички синдром“, одбрана рада 26.12.2017. године (1 бод)
- 19.22 Ментор кандидату Мирјани Сучевић за дипломски рад под називом „Дијабетес мелитус тип 2 и секундарни неуспјех оралне терапије“, одбрана рада 11.06. 2018. године (1 бод)
- 19.23 Ментор кандидату Огњену Перлић за дипломски рад под називом „Поремећаји функције штитне жлијезде током трудноће“, одбрана рада 05.09. 2019. (1 бод)
- 19.24 Ментор кандидату Бојани Арамбашић за дипломски рад под називом „Кушингов синдром – диференцијална дијагноза и терапијске опције“, одбрана рада 09.09. 2019. године (1 бод)
- 19.25 Ментор кандидату Милошу Марковић за дипломски рад под називом „Инкретини у терапији дијабетеса“, одбрана рада 25.10. 2019. године (1 бод)
- 19.26 Ментор кандидату Сањи Тадић за дипломски рад под називом „Најчешће ендокрине хипертензије“, одбрана рада 25.10. 2019. године (1 бод)
- 19.27 Ментор кандидату Звјездани Сукара за дипломски рад под називом „Ендокрини узроци остеопорозе - дијагноза и терапијски модалитети“, одбрана рада 11.09.2019. године (1 бод)
- 20.28. Ментор кандидату Горану Лазендићу за дипломски рад под називом „Дијабетес мелитус у трудноћи“, одбрана рада 06.09.2019. године (1 бод)
- 19.29. Ментор кандидату Сањи Ђуран за дипломски рад под називом „Метаболички синдром – терапијске опције“, 2 одбрана рада 09.09. 2019. (1 бод)
- 19.30 Ментор кандидату Теодори Прерад за дипломски рад под називом „Гестациски дијабетес“, одбрана рада 10.7.2019. године (1 бод)

20. Члан комисије за одбрану дипломског рада

- 20.1 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Јелене Кнезар под називом „Системски еритемски лупус“, одбрана рада 12.07.2016 (0 бодова)
- 20.2 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Сузане Дубравац под називом „Савремени принципи лијечења хроничне лимфоцитне леукемије“, одбрана рада 24.10.2016. године (0 бодова)
- 20.3 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Бориса Дујаковића под називом „Акутни инфаркт миокарда“, одбрана рада 07.10.2016. године (0 бодова)
- 20.4 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Милоша Човића под називом „Мијелопролиферативни поремећаји“, одбрана рад 13.09.2016. (0 бодова)
- 20.5 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Драгане Моравац под називом „Мегалобластна анемија“, одбрана рада 15.12.2016. године (0 бодова)

20.6 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Давора Вукића под називом „Дијабетесна нефропатија“, одбрана рада 29.12.2016. године (0 бодова)

20.7 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Ружице Тодоровић под називом „Примарни гломерулонефритис“, одбрана рад 29.12.2016. (0 бодова)

20.8 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Андрее Чолић под називом „Синдром полицистичних јајника“, одбрана рада 13.09.2019. (0 бодова)

20.9 Члан Комисије за одбрану дипломског рада кандидата Киће Марјановић под називом „Хемолитичке анемије“, одбрана рада 29.10.2019.

21. Менторство кандидатима за степен другог циклуса (4 бода)

21.1 Ментор др Милану Милићевићу за специјализацију из интерне медицине. Одлука Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, број 11/04-151-225/17, од 12.05.2017.

(4 бода)

21.2. Ментор др Тамари Симић за специјализацију из интерне медицине. Одлука Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, број 11/04-151-480-12/18, од 20.11.2018.

(4 бода)

22. Вредновање наставничких способности - није спроведена анкета студената.

Укупно бодова за образовну дјелатност након последњег избора : 41

УКУПАН БРОЈ БОДОВА ЗА ОБРАЗОВНУ ДЈЕЛАТНОСТ: 14 +41 = 55 бода

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора

23. Рад у зборнику радова са националног стручног скупа, штампан у цјелини
(2 бода)

23.1 **Grbić A, Lakić Lj, Gašić B.** Sekundarni neuspjeh oralne terapije u tipu 2 dijabetesa – terapijska uloga metformina. Zbornik radova sa 4. Radionice o dijabetesu i komplikacijama, Lisabon, Portugal 2010.

(2 бода)

23.2 **Grbić A, Bojić M.** Značaj stimulatora insulinske senzitivnosti u ostvarivanju trudnoće u žena sa PCOS. Zbornik radova.5. Radionica o dijabetesu i komplikacijama. Palermo, Italija 2011.

(2 бода)

23.3 **Grbić A**, Bojić M, Vidović Z. Kombinovana metformin/insulin terapija u pacijenata sa tipom 2 dijabetesa i sekundarnim neuspjehom oralne terapije. Zbornik radova. 6. Radionica o dijabetesu i komplikacijama. Rim, Messina, Valleta, Dubrovnik 2012.

(2 бода)

23.4 Bojić M, **Grbić A**, Vuković B. Sy PCO i sterilitet: terapijski efekat metformina – prikaz slučaja. Zbornik radova. 6. Radionica o dijabetesu i komplikacijama. Rim, Messina, Valleta, Dubrovnik 2012.

(2 бода)

23.5 **Grbić A**, Lakić Lj, Bojić M, Rakita G, Malešević G. Karakteristike tip 2 dijabetesnih bolesnika sa sekundarnim neuspjehom oralne terapije. Zbornik radova. 7. Radionica o dijabetesu i komplikacijama. Tirana, Republika Albanija 2013.

(2 x 0,5=1 бод)

23.6 Bojić M, Vuković B, **Grbić A**. Prader Willi – od postavljanja dijagnoze do suspitivacione terapije. Zbornik radova. 7. Radionica o dijabetesu i komplikacijama. Tirana, Republika Albanija 2013

(2 бода)

24. Рад у зборнику радова са националног стручног скупа, штампан у апстракту (2 бода)

24.1 Kordić O, Marić Z, Hajder S, Tomić D, **Grbić A**, Vujnović S, Gajanin R. Laparoskopska adrenalektomija: prva iskustva u Bosni i Hercegovini. Zbornik radova 6. Stručnog sastanka udruženja hirurga Federacije Bosne i Hercegovine. Mostar 2008.

(2 бода)

25. Предавање на скупу од међународног значаја, штампано у цјелини
(8 бодова)

25.1 Предавање по позиву на 3. Конгресу доктора медицине Републике Српске са међународним учешћем 07.11.-10.11. 2013. године у Теслићу са предавањем под називом: „Секундарни неуспјех оралне терапије у пацијената са типом 2 дијабетеса – могућности превазилажења“.

(8 бодова)

26. Стручни рад у часопису националног значаја (2 бода)

26.1 Grbić S, Mavija Z, Tomić V, **Grbić A**. Korelacija plućnih i vanplućnih oboljenja sa karcinomom pluća. Respiratio 2014; 4(1-2):137-143.

(2 x 0,75= 1,5 бодова)

27. Чланство у стручним жиријима (2 бода)

27.1 Један од предсједавајућих на сесији „Гдје ендокринологија сусреће дијабетес“ (22.3.2014) на Првом конгресу дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем у Бања Луци (21.3.-24.3.2014).

(2 бода)

27.2 Један од председавајућих на Симпозију о болестима штитне жлијезде одржаном у Теслићу у периоду 28.3.-30.3. 2014.

(2 бода)

28. Предавање по позиву на стручном медицинском скупу (2 бода)

28.1 Предавач на стручном састанку под називом: „Превенција постпрандијалне хипергликемије“ у Прњавору 14.6.2011. године

(2 бода)

28.2 Предавач на стручном скупу „Који инсулин одговара којем профилу пацијената?“ у Бањој Луци 10. децембра 2013. године

(2 бода)

Укупан број бодова за стручну дјелатност прије последњег избора: 30,5 бодова

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)

29. Рад у зборнику радова (са рецензијом) са међународног стручног скупа, штампан у цјелини (4 бода)

29.1 Malešević G, Popović-Pejičić S, **Grbić A.** Analiza surogat markera ateroskleroze kod pacijenata sa tipom 2 dijabetesa. Konferencija „14. dani porodične medicine“ Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, Trebinje 2019.

(4 бода)

Клиничко процјењивање атеросклеротских компликација у дијабетесу тип 2 (Т2ДМ) је преусмјерено на откривање субклиничких облика атеросклерозе: интима медиа комплекса каротидних артерија (ИМТ) и микроалбуминурије (МсА), примјеном неинвазивних дијагностичких метода. Циљ рада је био да се докаже повезаност присуства традиционалних фактора ризика за настанак кардиоваскуларних болести (КВБ) и микроалбуминурије као и повезаност сурогат маркера атеросклерозе ИМТ и МсА. Истраживање је обухватило 62 испитаника обољела од КВБ, 40-70 година старости. На основу присутности микроалбуминурије испитаници су подијељени у двије групе. Испитаницима је ултразвучно измјерена дебелина ИМТ каротидних артерија те је анализирана повезаност МсА и кардиоваскуларних фактора ризика као и повезаност дебљине ИМТ и МсА у обе групе. Резултати наших истраживања везано за повезаност сурогат маркера атеросклерозе ИМТ и МсА у пацијената са Т2ДМ показали су позитивну корелацију наведених параметара. На крају се може закључити да би се увођењем мјерења ИМТ каротидних артерија код особа са МсА са присутним традиционалним кардиоваскуларним факторима ризика, побољшала стратификација ризика за кардиоваскуларна обољења те омогућила правовремена примјена адекватне терапије у циљу смањења стопе мобидитете и

морталитеа.

30. Чланство у стручним жиријима на међународном нивоу (3 бода)

30.1 Један од председавајућих на Другом конгресу дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем у Бања Луци (09 -12.03.2017)., када је одржала и предавање под називом „Изазови и контроверзе у дијагностици и терапији акромегалије“ одржаном дана 10.03.2019.

(3 бода)

31. Предавање по позиву на стручном медицинском скупу

31.1 Предавач на стручном скупу " Конференција „X“ дани породичне медицине Републике Српске са међународним учешћем „Здравље за све генерације“, одржаном у Бањи Врућици од 02-04.октобра 2015.године

(2 бода)

31.2 Предавач на стручном скупу „IV Конгрес кардиолога Републике Српске са међународним учешћем“, одржаном у Тесићу од 13-15. маја 2016. године

(2 бода)

31.3 Предавач на стручном састанку Друштва доктора медицине Републике Српске, одржаном дана 22.11.2016. године, на коме је одржала предавање под називом „Изазови у терапији шећерне болести“

(2 бода)

31.4 Предавач на стручном скупу „Симпозијум репродуктивне ендокринологије са међународним учешћем“, одржаном 01.11.2016. у Бања Луци, са предавањем под називом „Гестацијски дијабетес“

(2 бода)

31.5 Позвани предавач на стручном скупу у организацији фармaceutске компаније Sanofi Diabetes, одржаном у Бања Луци 22.11.2016. године када је одржала предавање „Изазови у терапији шећерне болести“

(2 бода)

31.6 Одржала постер презентацију на „Петом конгресу ендокринолога Србије“, одржаном дана 09.12.2016.године у Београду

(2 бода)

31.7 Одржала предавање на стручном скупу „ДПП-4 инхибитори – нове терапијске могућности у РС за лијечење ДМТ2“, одржаном дана 04.02.2017. у Бања Луци

(2 бода)

31.8 Предавач на стручном скупу одржаном 11.3.2019. у организацији фармaceutске компаније Евгора лијек PHARMA D.O.O на 2. Конгресу ендокринолога и дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем, под називом „Примјена ситаглиптина у клиничкој пракси:докази и искуство“

(2 бода)

31.9 Предавач на стручном скупу одржаном 11.3.2019. у организацији фармaceutске компаније Novo Nordisk, на 2. Конгресу ендокринолога и дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем., под називом

„Лираглутид и кардиоваскуларни исходи у дијабетес мелитусу тип 2“

(2 бода)

31.10 Предавач на стручном скупу одржаном 11.3.2019. у организацији фармацијске компаније Sanofi Aventis, на 2. Конгресу ендокринолога и дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем, под називом „Индивидуални приступ болеснику: једноставност интензивирања“

(2 бода)

31.11 Одржала оралну презентацију 11.3.2017. на 2. Конгресу ендокринолога и дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем, под називом „Резидуални ефекти краткотрајне интензивиранине инсулинске терапије на секреторну способност бета-ћелија у боленика са типом 2 дијабетес мелитуса и секундарним неуспјехом оралне терапије“

(2 бода)

31.12 Одржала предавање под називом „Насљедни синдроми у оквиру НЕТ“, на стручном скупу везаном за неуроендокрине туморе, НЕТ ФОРУМ, одржаном у Сарајеву 21.04.2017.

(2 бода)

31.13 Предавач на Симпозијуму под називом „Новине у третману ендокринолошких болести“, одржаном од 30.06. – 02.07.2017. у Горажду.

(2 бода)

31.14 Предавач на стручном скупу „Унапређење конкуренција доктора породичне медицине у процјени кардиоваскуларног ризика код пацијената са ДМ тип 2“, одржаном 26.09.2017. године у Бања Луци

(2 бода)

31.15 Предавач на стручној конференцији XII дани породичне медицине Републике Српске са међународним учешћем „Превенцијом до здравља“, одржаној 07.10.2017. у Теслићу

(2 бода)

31.16 Позвани предавач на 3. Ново Нордиск симпозију са међународним учешћем „Мијењамо дијабетес“, одржаном од 06.-07.19.2017. године на Влашићу, одржала предавање под називом „Тресиба – Од клиничких доказа до стварне праксе“

(2 бода)

31.17 Активни учесник на Симпозијуму са међународним учешћем „Кардиоваскуларни бенефити лијека лираглутида – више од гликемијске контроле“, одржаном 29.03.2018. у Бања Луци

(2 бода)

31.18 Позвани предавач на 2. Конгресу ендокринолога и дијабетологау Босни и Херцеговини са међународним учешћем, одржан од 19-22.04.2018. године у Сарајеву, гдје је одржала предавање под називом „Nymphophysitis, Empty sella“

(2 бода)

31.19 Активни учесник стручног скупа „Sanofi Diabetes Forum“, одржаном 12-13.05.2018. године у Сарајеву, гдје је одржала предавање под називом „Терапијске

опције након неуспјеле терапије предмјешаним инсулином“.

(2 бода)

31.20 Позвани предавач на 3. Ново Нордиск симпозију са међународним учешћем „Мијењамо дијабетес“, одржаном од 26.-28.10.2018.године на Јахорини, одржала предавање под називом „ ГЛП-1 РА и КВ исходи“

(2 бода)

31.21 Одржала постер презентацију на „6. Конгресу ендокринолога Србије“, одржаном 18. – 21.11.2018.

(2 бода)

31.22 Позвани предавач на 3. Ново Нордиск симпозију са међународним учешћем „Мијењамо дијабетес“, одржаном од 27- 29.09.2019. године, одржаном на Јахорини, одржала предавање под називом „Интерпретација резултата CVOT студија“.

(2 бода)

31.23 Активни учесни на домаћој конференцији са међународним учешћем „Стрес и како против њега“, одржаној 13.10.2019. у Требињу, гдје је одржала предавање под називом „Ектопични хиперпаратиреоидизам – дијагностичке замке“.

(2 бода)

31.24 Позвани предавач на Првом симпозијуму о дијабетесу код дјече са међународним учешћем „ Diabetes mellitus tip 1 kod djece i adolescenata“, одржаном 16.11.2019. у Бања Луци, гдје је одржала предавање под називом „Ретинопатија и нефропатија у ДМ тип 1“

(2 бода)

32. Остале професионалне активности на Универзитету и ван Универзитета које доприносе повећању угледа Универзитета (2 бода)

32.1 Учесник савјетодавног одбора (Advisory Board) везаног за примјену инсулина деглудек у терапији обољелих од дијабетеса, одржаног у Бања Луци 20.06.2015. године и одржала предавање под називом „ BEGIN®: BB T1 plus extension“

(2 бода)

32.2 Учесник савјетодавног одбора (Advisory Board) на тему студије BRIGHT, првог директног поређења базалних инсулина друге генерације Gla-300 и IDeg-100 код пацијената са ДМ тип 2, одржаног у јулу 2018.

(2 бода)

32.3 Учесник савјетодавног одбора (Advisory Board) на тему студија лијека Хултофу одржаног 27.10.2018.године,када је одржала и предавање под називом „Медицинска оправданост примјене фиксне комбинације базалног инсулина и GLP-1 RA“

(2 бода)

32.4 Рецензент у часопису националног значаја – (2 бода)

Укупан број бодова за стручну дјелатност након последњег избора: 63 бода

УКУПАН БРОЈ БОДОВА ЗА СТРУЧНУ ДЈЕЛАТНОСТ : 30,5+63 = 93,5 бодова

УКУПНА НАУЧНА, ОБРАЗОВНА И СТРУЧНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Дјелатност	Прије последњег избора	Послије последњег избора	УКУПНО
Научна дјелатност кандидата	48,95	59,85	108,8
Образовна дјелатност кандидата	14	41	55
Стручна дјелатност кандидата	30,5	63	93,5
УКУПАН БРОЈ БОДОВА	93,45	163,85	257,3

НАУЧНА, СТРУЧНА И ПЕДАГОШКА АКТИВНОСТ

Др Александра Грбић је од 2006. стекла педагошко искуство кроз рад са студентима извођењем вјежби и семинара на Катедри за интерну медицину Медицинског факултета у Бања Луци. У оквиру научноистраживачког рада показала је посебно интересовање у подручју дијабетологије и рада са обољелим од шећерне болести. Године 2009. је одбранила магистарску тезу а затим и 2013. и докторску дисертацију управо из подручја шећерне болести и тако још више допринијела у лијечењу и превенцији обољелих од ове тешке болести.

Такође се интересује и за друге области у подручју ендокринологије те у Клиничком центру Србије завршава тромјесечну едукацију из области неуроендокриних тумора. У Београду такође завршава и ужу специјализацију из ендокринологије коју је окончала одбраном рада уже специјализације 2009. године.

Едуковала се из области ултразвучне дијагностике абдомена и меких ткива као и штитасте жлијезде у Клиничком центру Србије.

Објавила је оригиналне научне радове како у часописима националног тако и међународног значаја. Такође има и значајно искуство као предавач на различитим скуповима како у земљи тако и у иностранству.

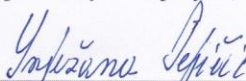
III ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

У складу са Законом о високом образовању и Статутом Универзитета у Бањој Луци, којима су прописани услови за избор наставника и сарадника на Универзитету у Бањој Луци, а на основу детаљног прегледа достављеног конкурсног материјала, богате научне, образовне и стручне дјелатности кандидата, Комисија закључује да кандидат др Александра Грбић, у звању доцента, ужа научна област интерна медицина, испуњава све законом прописане услове за избор у више звање.

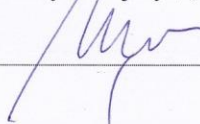
На основу напријед наведеног, Комисија једногласно предлаже Наставно – научном вијећу Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци и Сенату Универзитета у Бањој Луци да др Александру Грбић, доцента, изабере у звање ванредног професора, за ужу научну област интерна медицина на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци.

Потпис чланова комисије

Др Снежана Поповић-Пејичић, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, председник



Др Александар Лазаревић, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, члан



Др Ђуро Маџут, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински Факултет Универзитета у Београду, члан



У Бањој Луци/Београду 10.12.2019.