

**Nastavno–naučno vijeće Medicinskog fakulteta, na sjednici održanoj 02.02.2012. godine, donijelo je odluku br. 18-3-85/2012, o obrazovanju komisije za pisanje izvještaja za izbor nastavnika za užu naučnu oblast Interna medicina u sastavu :**

- 1. Dr Dragan Mandarić**, redovni profesor, uža naučna oblast Grudna hirurgija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, predsjednik
- 2. Dr Živka Eri**, redovni profesor, uža naučna oblast Patologija, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, član
- 3. Dr Sandra Hotić – Lazarević**, redovni profesor, uža naučna oblast Interna medicina, Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci, član

## **I Z V J E Š T A J**

### **KOMISIJE O PRIJAVLJENOM KANDIDATU ZA IZBOR U ZVANJE**

#### **I PODACI O KONKURSU**

Konkurs objavljen 07. 12. 2011. godine u dnevnom listu „Glas Srpske“ Banja Luka  
Uža naučna oblast: Interna medicina,  
Naziv fakulteta: Medicinski fakultet,  
Broj kandidata koji se biraju: 4 (četiri)  
Broj prijavljenih kandidata: 4 (četiri)

#### **II PODACI O KANDIDATU**

##### **1. Osnovni biografski podaci**

Ime, srednje ime i prezime: **Krsto (Krsto) Jandrić**

Datum i mjesto rođenja: 27.09.1958. godine u Šipovu, RS/BiH

Ustanove u kojima je bio zaposlen:

- Dom zdravlja Šipovo
- Dom zdravlja Banja Luka
- Klinika za plućne bolesti, Klinički centar Banja Luka
- Medicinski fakultet, Banja Luka
- Fakultet kozmetologije i estetike, Banja Luka

Zvanja/radna mjesta:

1988 - 2000. Viši asistent na predmetu Interna medicina, Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci

2000 - 2006. Docent na predmetu Interne medicine, Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci

2006. - do danas, Vanredni profesor na predmetu Interna medicina, Medicinski fakultet u Banjoj Luci

2006/2007. Dekan fakulteta kozmetologije i estetike, Banja Luka

Članstvo u Naučnim i stručnim organizacijama i Udruženjima:

- Član Društva doktora medicine RS
- Član Udruženja pulmologa RS, i njegov predsjednik 2000-2006. godine
- Član Udruženja pulmologa Srbije
- Član Evropske asocijacije pulmologa (ERS)
- Član svjetskog udruženja bronhologa (WAB)

## 2. Biografija, diploma i zvanja

### Osnovne studije:

Naziv institucije: Medicinski fakultet, Univerzitet u Sarajevu

Mjesto i godina završetka: Sarajevo, januar 1983. godine

### Postdiplomske studije (magisterijum):

Naziv institucije: Medicinski fakultet, Univerzitet u Zagrebu i Beogradu

Mjesto i godina završetka: Beograd 1997. godine

Naziv magistarskog rada: „Vrijednost bronholoških ispitivanja u diferencijalnoj dijagnozi i terapiji hemoptizija“

Uža naučna oblast: Interna medicina

### Doktorat:

Naziv institucije: Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Mjesto i godina završetka: Beograd 2000. godine

Naziv doktorske teze: „Značaj bronholoških ispitivanja u indikaciji i planiranju operativnih zahvata u grudnom košu“

Uža naučna oblast: Interna medicina

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

- Viši asistent od 1997 – 2000. godine, Medicinski fakultet, Banja Luka
- Docent od 2000 - 2006. godine, Medicinski fakultet, Banja Luka
- Vanredni profesor od 2006. godine do danas, Medicinski fakultet, Banja Luka
- Dekan 2006/2007. godine, Fakultet kozmetologije i estetike

### 3. Naučna djelatnost kandidata

#### 3.1. Radovi prije izbora u prethodno nastavničko zvanje:

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

3.1.1.1. Stanetić M., Janković S., **Jandrić K.**, Klinička iskustva citološke dijagnostike karcinoma bronha, PNEUMON, S.Kamenica, Novi Sad, Vol. 37 (1-4), 1999:51-54.

##### 3.1.2. Naučni radovi na skupu međunarodnog značaja, štampani u cijelini (6 bodova):

3.1.2.1. Janković S., Đekić M., **Jandrić K.**: Hronične opstruktivne bolesti pluća, II Kongres ratne medicine sa međunarodnim učešćem, Banja Luka, Zbornik radova, 1996: 49-51.

3.1.2.2. Vučić M., Janković S., Mrđa B., **Jandrić K.**: Ocjena sposobnosti za vojnu službu V/O sa povredama ili oboljenjima respiratornih organa, II Kongres ratne medicine sa međunarodnim učešćem, Banja Luka, Zbornik radova, 1996:51

3.1.2.3. **Jandrić K.**, Stanetić M., Janković S., Arnautović R : Bronhopulmonalni karcinom u poslijeratnom periodu, Kongres ratne medicine Banja Luka 2001, Zbornik radova Socijalno-medicinski aspekt bolesti 389-397.

3.1.2.4. **Jandrić K.**, Stanetić M, Skočajić T, Stević –Kutlešić S. : Značaj bronhoskopije u dijagnozi tuberkuloze pluća. Internacionalni kongres «Zdravlje za sve» Zbornik radova 2/II: Hronične nezarazne bolesti, Banja Luka, jun 2003; 132-136.

##### 3.1.3. Originalni naučni radovi u časopisu nacionalnog značaja ( 5 bodova ):

3.1.3.1. **Jandrić K.**, Janković S., Arnautović R., Čađo M. : Sindrom SWYER-JAMES, Scr, Med.27(2)1996:99-101.

3.1.3.2. **Jandrić K.**, Stanetić M., Grbić S., Barać T., Duronjić M., : Torakoskopija u Klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2003“; Zbornik radova 97-98

##### 3.1.4. Naučni radovi na skupu nacionalnog značaja, štampani u cjelini ( 3 boda ):

3.1.4.1. Čađo M., Janković S., Arnautović R., **Jandrić K.**, Stanetić M., : Moderna terapija astme, naša iskustva, „Majski pulmološki dani“, Zbornik radova, Banja Luka, 2000.

3.1.4.2. Barać T, Gojković Z, Jakovljević B, **Jandrić K.**, Rašeta R, Jotanović G: Preživljavanje oboljelih od mikrocelularnog karcinoma, „Majski pulmološki dani Banja Luka 2001“; Zbornik radova 53-55.

3.1.4.3. Kuzmić B., **Jandrić K.**, Stanetić M., Turić M., : Pokazatelji predviđanja kvaliteta života bolesnika sa astmom, “Majski pulmološki dani Teslić 2002”, Zbornik radova 67-70.

3.1.4.4. Barać T., Gojković Z., Jakovljević B., Jungić S., **Jandrić K.**, Stanetić M., : Uticaj onkološke terapije na dužinu preživljavanja oboljelih od adenokarcinoma pluća, “Majski pulmološki dani Teslić 2002”, Zbornik radova 103-106

3.1.4.5. Barać T., Gojković Z., Džajić Ž. **Jandrić K.**, Laganin N., Gajanin R., Gašić B., : Pulmonalni blastom – Prikaz slučaja. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2003“; Zbornik radova 47-49.

3.1.4.6. Stanetić M., Đekić - Čađo M., Korica R., **Jandrić K.**, Duronjić M., : Valjanost standardnih dijagnostičkih postupaka kod plućne tromboembolije. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2004“; Zbornik radova 111-113.

3.1.4.7. Stanetić M, **Jandrić K.**, Vučić M, Arnautović R, Đekić - Čađo M, turić m, Kuzmić B, Korica R, Davidovac A, Gajić S. Naša iskustva citološke dijagnostike karcinoma pluća. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2004“; Zbornik radova 123-125.

### **3.1.5. Radovi u zborniku radova međunarodnog naučnog skupa, štampani u apstraktu:**

**(0 bodova)**

3.1.5.1. **Jandrić K.**, Janković S., Stanetić M., Arnautović R. :Haemoptysis as an initialsymptom of bronchial cancer, Word congress on lung health, Florence, 2000

3.1.5.2. Stanetić M., Eri Ž., Janković S., **Jandrić K.**: Cytologic confirmation of paracentrallung malignancies sampled by transbronchial aspiration biopsy, Archive of Oncology, 9(1),2001:81

3.1.5.3. Korica R., **Jandrić K.**, Stanetić M., Arnautović R : Tuberculosis and war, 2<sup>nd</sup> Congress of IUATLD, Europr Region 17<sup>th</sup> Congress of Romanian Society of Pneunology, Bucharest 2002.

3.1.5.4. **Krsto Jandrić**, Dragan Mandarić, Dragan Subotić, Emilija Sudić : Triple anesthesiafor rigid bronchoscopy in respiratory compromised patients, 12<sup>th</sup> WORLD CONGRESS FOR BRONCHOLOGY BOSTON/USA 2002, Abstracts B- 29; 65.

3.1.5.5. **K. Jandrić**, T. Barać, N. Petković, T. Skočajić, Z. Gojković : Patient with pulmonary blastoma Case report. 17th Asia Pacific Congress on Diseases of the Chest. Istambul, Turkey; August 29- September 1, 2003. 182.

3.1.5.6. R. Korica, **K. Jandrić**, M. Stanetić, M. Čađo, : Postwar tuberculosis. 13th ERS Annual Cogress, Vienna, Austria, September 27-October 1, 2003. Vol. 22, Supp. 45; 343s.

3.1.5.7. **K. Jandrić**, M Stanetić, R. Arnautović, M. Vučić, : Mucoepidermoid carcinoma in case of a 28-year old women. 13th ERS Annual Cogress, Vienna, Austria, September 27-October 1, 2003. Vol. 22, Supp. 45.

3.1.5.8. **K. Jandrić**, Stanetić M, Gajić S, Barać T., : Dominant endoscopes finding in patient with operability bronchopulmonary carcinoma. XIII World Congress for bronchology, Barcelona, Spain, June 2004; 75.

3.1.5.9.K. **Jandrić**, LJ. Jandrić, M. Stanetić, N. Petković, : The significance of bronchoscopy in diagnosing tuberculosis of lungs. XIII World Congress for bronchology; Barcelona, Spain, June 2004; 88.

3.1.5.10.K. **Jandrić**, LJ. Jandrić, N. Petković, S. Stević – Kutlešić, : Frequency of resistance to anti TB drugs in the Republic of Srpska. European respiratory Annual: Society Congress; Glasgow, Scotland, September 2004; (P3987)

3.1.5.11.K. **Jandrić**, M. Stanetić, T. Barać, N. Petković, : Bronchy-pulmonary carcinoma in post-war period. European respiratory Annual: Society Congress; Glasgow, Scotland, September 2004; (P3290)

3.1.5.12.R. Korica, **K. Jandrić**, M. Stanetić, : DOTS in clinical practice. European respiratory Annual: Society Congress; Glasgow, Scotland, September 2004; (P3940)

Ukupno bodova 63

## **2.2. Radovi nakon izbora u prethodno nastavničko zvanje:**

### **3.2.1. Naučni radovi na skupu međunarodnog značaja štampani u cjelini ( 6 bodova ) :**

3.2.1.1. Kovačević P, Matavulj A, Rajkovača Z, Ponorac N, Jakovljević B, Stanetić M, **Jandrić K.**, Uticaj dužine hemoliznog staža na respiratornu funkciju. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2006“; Zbornik radova 85-88.

(6 bodova)

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

3.2.1.2. Gajić S, **Jandrić K.**, Stanetić M, Duronjić M., Korelacija endoskopskog nalaza i učinka hemioterapije kod bronhopulmonalnog karcinoma.

„Majski pulmološki dani, Banja Luka 2006“; Zbornik radova 131-133.  
(6 bodova)

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

3.2.1.3. **Jandrić K**, Stanetić M, Duronjić M, Gajić S., Pleurodeza talkom kod malignih pleuralnih izliva. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2006“; Zbornik radova 81-83

(6 bodova)

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

3.2.1.4. **K. Jandrić**, S. Gajić, M.Duronjić, G.Dragišić, D.Aleksić, Bronhopulmonalni malignomi Prvi kongres doktora medicine Republike Srpske, Teslić, maj 2007, Scripta Medica 2007; Vol.38, Supp 1;1.

(6 bodova)

Bronhopulmonalni karcinom je najčešći malignom kod čovjeka i ima trend rasta. Danas predstavlja, ne samo medicinski, nego i širi društveni problem. Rad ima za cilj da sagleda sadašnje karakteristike bronho-pulmonalnog karcinoma, te da ih uporedi sa karakteristikama u ranijim periodima. Analizirani su svi bronhopulmonalni karcinomi i drugi malignomi verifikovani na Klinici za plućne bolesti Kliničkog centra Banja Luka, kao i značaj pojedinih dijagnostičkih procedura koje su rađene u 2006. godini, te poređeni sa 1991., 1995. i 1999. godinom. U 2006. godini bilo je 1.338 agresivnih dijagnostičkih postupaka i verifikovana su 342 malignoma. Najveći broj procedura činile su bronhoskopije (849). Od ukupnog broja biopsija 680 je bilo dijagnostičkih (kod 30% verifikovani malignomi ili 60% od ukupno verifikovanih). TTP 157 (kod 48% verifikovani malignomi ili 22% od ukupno verifikovanih). PLČ 26 (kod 50% verifikovani malignomi ili 4% od ukupno verifikovanih). Učinjene su i 292 pleuralne punkcije (kod 15,7% verifikovani malignomi ili 13,5% od ukupno verifikovanih), kao i 14 torakoskopija (pleurokopija) (kod 71,4% verifikovani malignomi ili 3% od ukupno verifikovanih). Malignomi su češće verifikovani kod muškaraca (82%) ili 4:1 u odnosu na žene. Najčešće su dijagnostikovani u sedmoj ili osmoj deceniji (preko 60%), kod pušača (85%), a najčešći malignom je epidermoidni karcinom, kod 45% ispitanika. Broj verifikovanih bronhopulmonalnih karcinoma je značajno porastao u zadnjih deset godina. U ispitivanom periodu u Klinici za plućne bolesti Banja Luka dijagnostikovano je duplo veći broj karcinoma nego u prethodnoj deceniji, a primjećene su i značajne promjene u nekim karakteristikama bronhopulmonalnog karcinoma.

3.2.1.5. B.Kuzmić, M.Stanetić, **K.Jandrić**, S. Gajić, M.Vučić, EKG promjene kod NBPT-a. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2007“; Zbornik radova 101-103.

(6 bodova)

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

NBPT-om je za 15,1/min ili 19,9% dok je kod ispitanika sa negativnim NBPT-om povećanje frekvenicije za 6,18/min ili 9,98%.

3.2.1.6. **Krsto Jandrić**, Mirko Stanetić, Siniša Gajić, Mladen Duronjić, Dijana Aleksić. Gordana Dragišić, Transtorakalna punkcija i biopsija u dijagnozi bronhopulmonalnih i medijastinalnih malignoma. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2007“; Zbornik radova 149-152.

(6 bodova)

Transtorakalna punkcija je poslije bronhoskopije najznačajnija agresivna procedura u dijagnozi bronhopulmonalnih i medijastinalnih malignoma. Rad ima za cilj da pokaže značaj ove metode u dijagnozi i ranom otkrivanju bronhopulmonalnih malignoma, tehniku izvođenja i komplikacije same metode. Analizirani su rezultati svih 157 transtorakalnih punkcija urađenih na našoj klinici u 2006 godini, te izdvojeni svi verifikovani malignomi, koji su obrađeni po svojim karakteristikama. Rezultati su pokazali da se u blizu 50% punktiranih pacijenata nađe neka vrsta malignoma, što čini 22% ukupno verifikovanih malignoma na našoj klinici. Najčešće se otkriju skvamozni i adenokarcinom (79%), odnos otkrivenih malignoma kod muškaraca i žena je 3:1, pacijenti su najčešće u šestoj i sedmoj deceniji života (oko 70%), i što je najvažnije većina otkrivenih bronhopulmonalnih karcinoma transtorakalnom punkcijom je operabilno (preko 50%). Komplikacije ove metode su rijetke, uglavnom pneumotoraks (oko 3-4%) koji se odmah zbrinu na našoj klinici sa 100%-tnom reekspanzijom. Može se zaključiti da je ova metoda nezaobilazna u dijagnozi i ranom otkrivanju bronhopulmonalnog karcinoma, da se karcinom otkriva kod relativno mlađih pacijenata i da daje najviše šansi za operativni zahvat i duže preživljavanje. Komplikacije same metode su neznačajne u odnosu na njenu vrijednost.

3.2.1.7. Sanja Glišić, Tamara Meničanin, **Krsto Jandrić**, Tuberkuloza na području opštine Teslić u periodu od 2002 do 2006. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2007“; Zbornik radova 237-241.

(6 bodova)

Tuberkuloza kao jedno od najstarijih poznatih oboljenja ima obilježje i socijalne bolesti, jer njeno širenje u vremenu i prostoru zavisi kako od prirode uzročnika i otpornosti čovjeka, tako i od higijenskih i socijalnoekonomskih uslova života. S obzirom na specifičnu socioekonomsku situaciju u kojoj se Teslić nalazio u proteklom periodu (visoka stopa nezaposlenosti, nizak socioekonomski standard), kao i na činjenicu da od 2003. god. u ATD-u DZ Teslić nema svakodnevno ordinirajućeg pneumoftiziologa, htjeli smo da sagledamo kakav je trend oboljevanja od TBC. Uvidom u godišnje izvještaje ATD-a uočen je porast oboljevanja od TBC. S obzirom na uočen porast broja novoregistrovanih pacijenata oboljelih



od TBC, potrebno je skrenuti pažnju svih nadležnih institucija na ovaj problem i njegovo rješavanje.

3.2.1.8. **Jandrić K**, Stanetić M, Gajić S, Davidovac A, Duronjić M, Škeljić B., Dijagnoza i neke karakteristike bronhopulmonalnog karcinoma. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2005“; Zbornik radova 25-27.

(6 bodova)

Karcinom pluća je najčešći karcinom kod čovjeka i vodeći uzrok smrtnosti od malignih bolesti u svijetu. Rad ima za cilj da ukaže na značaj bronhoskopije kao dijagnostičke procedure, te da sagleda neke sadašnje karakteristike bronhopulmonalnih malignoma kod pacijenata hospitalizovanih u Klinici za plućne bolesti. Uradili smo retrospektivnu analizu kliničkih podataka 350 pacijenta s novootkrivenim malignomom pluća i rezultate naših istraživanja poredili sa rezultatima sličnih istraživanja iz proteklog perioda. U 2004.g. u našoj klinici uradili smo 839 bronhoskopiju i kod 25,9% smo verifikovali malignu bolest pluća, što čini 70,59% od ukupno verifikovanih malignoma. U ispitivanoj grupi bolesnika 74,51% su bili muškarci, dok su 25,49% bile žene. U muškoj populaciji imamo dominaciju skvamoznog karcinoma 46,84%, potom adenokarcinoma sa 18,95%, te mikrocelularnog kod 23,68% bolesnika i NSCLC kod 10,53%. U ženskoj populaciji adenokarcinom je zastupljen kod 46,15% bolesnica, potom imamo jednak broj bolesnica sa skvamoznim i mikocelularnim karcinomom sa po 23,08% i mezoteliomom sa 7,69%. Broj bolesnika sa pušačkim stažom preko 15 godina je 86,29%, ostalo su bivši pušači 7,83%, te nepušači 5,88%. U momentu potvrđivanja dijagnoze operabilno je bilo 13,73% bolesnika, na simptomatski tretman je upućeno 27,45% bolesnika, dok je ostalih 62,74% bolesnika tretirano kombinovanim modalitetima liječenja hemioterapijom i radioterapijom.

3.2.1.9. Stanetić M., **Jandrić K.**, Eri Ž., Igljena aspiraciona punkcija metoda izbora za dobijanje reprezentativnog materijala kod različitih endoskopskih promjena. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2005“; Zbornik radova 283-289.

(6 bodova)

Više od 5 godina na našoj klinici se radi citološka analiza preparata uzetih na različite načine, koja značajno doprinosi brzom, jeftinom i tačnom dijagnozi prije svega malignih oboljenja. Cilj rada je da procjeni valjanost citološke dijagnostike bronhopulmonalnih malignoma, učestalost pregleda u toku jedne godine, te pokaže broj i distribuciju različitih malignoma, kao i pozitivnost pojedinih metoda uzimanja uzorka. Analizirano je 1374 citološka preparata u 2004 godini na našoj klinici iz Banjalučke, Prijedorke, Dobojske i Sarajevske regije, te distrikta Brčko, od kojih je 422 verifikovanih malignoma. Rezultati su pokazali da je najveći broj citoloških preparata otkrivenih malignoma dobijen putem bronhoskopije (kateter i TBNA) blizu 75%, zatim TTP oko 20%, pleuralnom punkcijom preko 8%, punkcijom limfnog čvora blizu 7%, dok su ostali uzorci znatno rijede zastupljeni ukupno 1,65%. Pozitivnost svih

uzoraka je preko 90%, kod nekih i 100%, izuzev nađenih malignih ćelija u izlivima 62,50%. Najčešće se otkriva skvamozni karcinom kod 61,61% (najčešće bronhoskopski blizu 80%), zatim mikrocelularni kod 19,90% (najčešće TBNA preko 85%), adenokarcinom kod 13,03% (najčešće TBNA preko 50%), i ostali manje od 6,5%. Podudarnost citoloških i patohistoloških nalaza je preko 98,5% i a najčešća nepodudarnost je između adenokarcinoma i skvamoznog.

3.2.1.10. Dragana Roganović, **Krsto Jandrić**, Saša Vujnović, Obrad Jović, Značaj KT u staging-u karcinoma pluća, Majski pulmološki dani 2009, Scripta Medica 2009;40(1): 55-57.

(6 bodova)

KT grudnog koša je danas neizbježna metoda u staging-u pacijenata sa karcinomom pluća i koristi se rutinski i svakodnevno u te svrhe. Cilj rada je da pokaže značaj KT grudnog koša u određivanju stadijuma karcinoma pluća. Analizirani su KT pregledi grudnog koša 44 pacijenta kojima je tokom 2008. godine u Klinici za plućne bolesti, KC Banjaluka, dijagnostikovao karcinom pluća. KT pregledi su urađeni na Zavodu za radiologiju, KC Banjaluka, 16-slojnim KT skenerom. U našem istraživanju najviše oboljelih je u starosnoj grupi 61-70 godina (45.5 %) i 51-60 godina (31.8 %). Kod 90.9% pacijenata dijagnostikovao je nemikrocelularni karcinom, dok je kod 9.1% pacijenata postavljena dijagnoza mikrocelularnog karcinoma. Karcinom je u IV stadijumu otkriven kod 54.5% pacijenata, u IIIB stadijumu kod 22.7%, u IIIA stadijumu kod 13.7% pacijenata, a u II stadijumu kod 9.1% pacijenata. KT pregled grudnog koša je neizbježna radiološka metoda koja se koristi u staging-u oboljelih od karcinoma pluća i daje važne informacije ne samo o lokalizaciji, veličini i granicama primarnog tumora, nego i o njegovom lokoregionalnom širenju.

3.2.1.11. Glišić Sanja, **Jandrić Krsto**, Stanetić Mirko, Marić Gordana, Menićanin Tamara, Gajić Siniša, Duronjić Mladen, Karcinom pluća i normalan radiogram pluća, „Majski pulmološki dani 2010“, Scripta Medica 2010;41(1): 331-336.

(6 bodova)

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

3.2.1.12. **Krsto Jandrić**, Siniša Gajić, Mladen Duronjić, Marko Šobot, Elektrokauterizacija endobronhijalnih karcinoma i kvaliteta života, „Majski pulmološki dani 2011“, Časopis Udruženja pulmologa Republike Srpske 2011;11(1): 197-200.

(6 bodova)

U poslednjih nekoliko godina na našoj klinici uvedena je elektrokauterizacija endobronhijalnih karcinoma kao palijativni tretman kod inoperabilnih bolesnika. Cilj rada je da ukaže na značaj ove metode u poboljšanju opšteg stanja bolesnika, kvaliteta života i dužini preživljavanja, kao i modalitete izvođenja. Analizirano je svih 16 bolesnika kod kojih je do sada urađena elektrokauterizacija endobronhijalnih karcinoma, u periodu 2008-2010. godina. Metoda se izvodi elektrokauterom u lokalnoj ili opštoj anesteziji u zavisnosti od opšteg stanja bolesnika i saradnje, ali najčešće kombinovano u nekoliko akata, koristeći kauter i nož kod svih bolesnika a kod 4 (25%) i omču. Rezultati su pokazali da je 15 pacijenta (93,75%) bilo muškog pola a 1 (6,25%) ženskog, sa karcinomom u glavnim bronhima, desno 9 (56,25%), lijevo 7 (43,75%), 15 pacijenata (93,75%) je imalo skvamozni karcinom a 1 (6,25%) imao je mikrocelularni karcinom. 14 (87,50%) bolesnika je bilo u 3B i IV stadijumu a samo 2 (12,50%) u 3A stadijumu. Kod svih 16 bolesnika (100%), je nakon elektrokauterizacije došlo do poboljšanja plućne funkcije, opšteg stanja i kvaliteta života. Blago poboljšanja je viđeno kod 25%, bolesnika, značajno poboljšanje kod 50% i veoma značajno poboljšanje kod 25% bolesnika kod kojih je korištena i omča. Za sada su 6 bolesnika (37,50%) kod kojih je rađena elektrokauterizacija, egzistirala (dva preko godinu dana nakon elektrokauterizacije a 4 unutar godine dana nakon elektrokauterizacije). Od 10 bolesnika koji su još u životu dva (20%) žive duže od dvije godine.

### **3.2.2. Radovi u zborniku radova međunarodnog naučnog skupa, štampani u apstraktu ( 0 bodova )**

3.2.2.1. **Jandrić K**, Stanetić M, Gajić S, Duronjić M. Bronchogenic carcinoma in patients younger than 40 years. 15th ERS Annual Congress, Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005. Vol. 26, Supp. 49;322s.

3.2.2.2. **Jandrić K**, Jandrić Lj, Arnautović R, Turić M. Diabetes mellitus in morbidity of pulmonary tuberculosis. 15th ERS Annual Congress, Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005. Vol. 26, Supp. 49; 423s.

3.2.2.3. Jandrić Lj, **Jandrić K**, Bojanić J, Kuzmić B. Clinical, radiological and bacteriological features of tuberculosis (TB) in teenagers initial treatment and outcome. 15th ERS Annual Congress, Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005. Vol. 26, Supp. 49; 648s.

3.2.2.4. Stanetić M, **Jandrić K**. Movement of haemophilus influenzae types resistance isolated from sputum in patients with COPD in 2004. 15th ERS Annual Congress, Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005. Vol. 26, Supp. 49; 60s.

3.2.2.5. Stanetić M, Eri Ž, **Jandrić K**. Cytological diagnostics of lung cancer: our experience. 15th ERS Annual Congress, Copenhagen, Denmark, September 17-21, 2005. Vol. 26, Supp. 49; 306s.

3.2.2.6. **Jandrić K**, Stanetić M, Gajić S, Turić M, Kovačević P. Correlation of endoscopic showings and chemotherapy results in case of bronchopulmonal carcinoma. 14 th World Congress for Bronchology (WCB), 14th World Congress for Bronchoesophagology (WCBE), Buenos Aires, Republica Argentina, June 25-28, 2006

3.2.2.7. **Jandrić K**, Jandrić Lj, Turić M, Gajić S, Davidovac A. Bronchoscopy in the Clinic for Lung Diseases Banja Luka. 14th World Congress for Bronchology (WCB), 14th World Congress for Bronchoesophagology (WCBE), Buenos Aires, Republica Argentina, June 25-28, 2006.

3.2.2.8. **Jandrić K**, Stanetić M, Vučić M, Kuzmić B, Čađo M. Bronchoscopy in the case of foreign object in tracheobronchial tree. 14th World Congress for Bronchology (WCB), 14th World Congress for Bronchoesophagology (WCBE), Buenos Aires, Republica Argentina, June 25-28, 2006.

3.2.2.9. Duronjić M, **Jandrić K**, Korica R, Arnautović R. Endoscopic characteristics of particular bronchopulmonal carcinoma types. 14th World Congress for Bronchology (WCB), 14th World Congress for Bronchoesophagology (WCBE), Buenos Aires, Republica Argentina, June 25-28, 2006.

3.2.2.10. **Jandrić K**, Duronjić M, Čađo M, Kuzmić B, Turić M. Intrahospital mortality of tuberculosis – our experience of national tuberculosis program implementation. 16th ERS Annual Congress, Munich, Germany, September 2-6,2006; Vol. 28, Supp.50;129s.

3.2.2.11. **Jandrić K**, Stanetić M, Korica R, Duronjić M, Arnautović R. Retreatment of tuberculosis patients after the treatment interruption. 16th ERS Annual Congress, Munich, Germany, September 2-6, 2006; Vol. 28, Supp.50; 506s.

3.2.2.12. Dragišić G, Menićanin T, **Jandrić K**, Stanetić M, Glišić S, Aleksić D, Radiological characteristics of pneumonia caused by Coxiella Burnetii, Prvi kongres respiratorne medicine Srbije/Jugoistočne Evrope, Novi Sad 2007, Pneumon, 2007; Vol . 44;84.

3.2.2.13. **Jandrić K**, Gajić S, Duronjić M, Dragišić G, Korelacija endoskopskog nalaza i učinka hemioterapije kod bronhopulmonalnog karcinoma Prvi kongres respiratorne medicine Srbije/Jugoistočne Evrope, Novi Sad 2007, Pneumon, 2007; Vol . 44;112.

3.2.2.14. **Jandrić K**, Stanetić M, Duronjić M, Gajić S, Glišić S, Torakoskopija na klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci, mogućnosti primjene fiberoptičkog bronhoskopa, Prvi kongres respiratorne medicine Srbije/Jugoistočne Evrope, Novi Sad 2007, Pneumon, 2007; Vol . 44;116.

Ukupan broj bodova 72

### 3. Obrazovna djelatnost kandidata

#### 4.1. Obrazovna djelatnost kandidata prije posljednjeg izbora u nastavničko zvanje:

##### 4.1.1. Gostujući profesor na domaćim univerzitetima : ( 3 boda)

4.1.1.1. Medicinski fakultet, Foča (3 boda)

4.1.1.2. Fakultet kozmetologije i estetike, Banja Luka (3 boda)

##### 4.1.2. Gostujući profesor na stranim univerzitetima : ( 6 bodova )

4.1.2.1. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu (6 bodova)

##### 4.1.3. Mentorstvo doktora medicine za specijalizaciju pneumoftizilogije: (2 boda)

4.1.3.1. Dr Turjačanin Biljana D.Z. Banja Luka

4.1.3.2. Dr Stević-Kutlešić Snježana D.Z. Banja Luka

4.1.3.3. Dr Zubić Jasminka D.Z. Brod

4.1.3.4. Dr Rosićić Brankica D.Z. Prijedor

4.1.3.5. Dr Ćumić Vinka D.Z. Doboj

Ukupan broj bodova 22

#### 4.2. Obrazovna djelatnost kandidata nakon posljednjeg izbora u nastavničko zvanje:

##### 4.2.1. Gostujući profesor na domaćim univerzitetima : ( 3 boda )

4.2.1.1. Medicinski fakultet, Foča (3 boda)

4.2.1.2. Fakultet kozmetologije i estetike, Banja Luka (3 boda)

##### 4.2.2. Gostujući profesor na stranim univerzitetima : ( 6 bodova )

4.2.2.1. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu (6 bodova)

##### 4.2.3. Mentorstvo kandidata za stepen drugog ciklusa : ( 2 boda)

4.2.3.1. Sanja Glišić, Fenotipovi hronične opstruktivne bolesti pluća i njihov klinički značaj, Medicinski fakultet Banja Luka 2011, mentor (2 boda)

##### 4.2.4. Mentorstvo doktora medicine za specijalizaciju pneumoftizilogije: (2 boda)

4.2.4.1. Dr Gajić Siniša, KC Banja Luka

4.2.4.2. Dr Davidovac Aleksandra, KC Banja Luka

4.2.4.3. Dr Dragišić Gordana, D.Z. Banja Luka

4.2.4.4. Dr Glišić Sanja, D.Z. Teslić

4.2.4.5. Dr Aleksić Dijana, D.Z. Čelinac

#### 4.2.5. Dekan Fakulteta kozmetologije i estetike, Banja Luka

Ukupan broj bodova 24

### 5. Stručna djelatnost kandidata

#### 5.1. Stručna djelatnost prije posljednjeg izbora u nastavničko zvanje :

##### 5.1.1. Nove metode ( sorte ) : ( 4 boda )

5.1.1.1. Pleuroskopija na Klinici za plućne bolesti, uvedena 200. godine (4 boda)

5.1.1.2. Pleurodeza talkom na Klinici za plućne bolesti, uvedena 2002.godine (4 boda)

5.1.1.3. Transtorakalna biopsija promjena na plućima i medijastinumu, na klinici za plućne bolesti, uvedena 2003. Godine (4 boda)

##### 5.1.2. Stručni radovi na skupu međunarodnog značaja, štampani u cjelini: ( 3 boda )

5.1.2.1. **Jandrić K**, Stanetić M, Vučić M, Kuzmić B, Arnautović R: Dominantan endoskopski nalaz kod operisanih malignoma bronha, „Majski pulmološki dani Banja Luka 2001“; Zbornik radova 31-35.

5.1.2.2. Rade Korica, **Krsto Jandrić**. Mirko Stanetić, : Liječenje tuberkuloze rezistentne na lijekove, “Majski pulmološki dana Teslić 2002”, Zbornik radova 53-56.

5.1.2.3. M. Stanetić, Ž. Eri, **K. Jandrić**, M. Turić, M. Vučić, B. Kuzmić, R. Arnautović : Citološka potvrda periferno lokalizovanog malignog oboljenja u materijalu dobijenom transbronhijalnom aspiracionom biopsijom, “Majski pulmološki dani Teslić 2002”, Zbornik radova 87-92

5.1.2.4. Arnautović R., Vučić M., Đekić - Čađo M., **Jandrić K.**, Stanetić M., : Tuberkuloza u iminodeficientnih – Prikaz slučaja. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2003“, Zbornik radova 43-44.

5.1.2.5. **Jandrić K.**, Stanetić M., Gajić S., Davidovac A., : Značaj bronhoskopije u dijagnozi tuberkuloze pluća. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2004“, Zbornik radova 57-59.

Ukupan broj bodova 27

#### 5.2. Stručna djelatnost nakon posljednjeg izbora u nastavničko zvanje:

##### 5.2.1. Nove metode ( sorte ): ( 4 boda )

5.2.1.1. Morfološka verifikacija promjena na jetri kod bronhopulmonalnih i drugih malignoma (uvedena 2007.godine) (4 boda)

Često se u praksi okrugle pečetaste promjene na jetri ne mogu jasno izdiferencirati ni ultrazvukom ni KT-om, prvenstveno ciste i meta promjene. To ima veliki značaj u stejdžingu bronhopulmonalnog karcinoma. Kod nas se promjene na jetri, naročito multiple koje upućuju na metastaze, uglavnom nisu morfološki potvrđivale, pa su se nerijetko ciste proglašavale meta promjenama, ultrazvučno i/ili KT-om, što je pacijente svrstavalo u inoperabilne bronhopulmonalne malignome. S obzirom na to poslednjih nekoliko godina radimo punkciju promjena na jetri i citološki potvrđujemo ili isključujemo meta promjene. Metodu sam uveo 2007. godine na Klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci.

Indikacije za ovu metodu su: promjena na jetri koje se nisu klinički, ultrazvukom i/ili KT-om mogle jasno idiferencirati između ciste (cista) i meta promjene(promjena), kod meta promjena na jetri bez verifikovane primarne lokacije malignoma i kod pacijenata sa verifikovanim bronhopulmonalnim karcinomom i najčešće pojedinačnim promjenama na jetri.

Kontraindikacije ne postoje.

Oprema je dosta jednostavna, ultrazvučni aparat najjednostavniji, set opreme za punkciju parenhimnih organa, te standardna oprema za pripremu i pregled citološkog preparata.

Tim za rad čini ljekar i sestra obučeni za rad na ultrazvuku i punkciju parenhimnih organa, te pripremu i pregled citoloških preparata.

Metoda je jeftina i dosta jednostavna. Izvodi se tako što se promjene na jetri punktiraju pod kontrolom ultrazvuka (može i KT-a) najtanjim mogućim iglama, mada se po potrebi mogu koristiti i šire igle. Dobijeni punktati se razmaže na staklene pločice, ofarba i citološki analizira.

Komplikacije gotovo ne postoje ako se izuzme moguće manje krvarenje.

Efekti ove metode su ; morfološka verifikacija promjena na jetri koja je jedina sigurna u odnosu na nalaze ultrazvuka i CT-a, što omogućuje tačan stejdžing bronhopulmonalnih, ali i drugih malignoma, nemaligni nalazi(koji se najčešće opisuju ultrazvukom i CT-om, kao meta promjene), omogućuju operativni zahvat malignoma, otkrivanje vrste i porjekla malignoma kada je nepoznata primarna lokalizacija

Citološka analiza punktata promjena na jetri je od izuzetnog značaja prije svega u diferencijalnoj dijagnozi cista i meta promjena. Često je metoda izbora konačnog stejdžinga bronhopulmonalnog karcinoma i operativne izvodljivosti. Vrlo je jednostavna, jeftina, praktična i bez komplikacija.

#### **5.2.1.2. Elektrokauterizacija endobronhijalnih tumora i drugih promjena (uvedena 2008. godine)** (4 boda)

Bronhopulmonalni karcinom je najčešći malignom kod savremenog čovjeka i postao je epidemiološka pojava. Bez obzira na sve pokušaje savremene medicine, da se bolest suzbije i olakša oboljelima, rezultati su razočaravajući, sa visokom smrtnošću i lošim kvalitetom života.

Jedan od pokušaja da se bolesnicima olakša je i uvođenje novih metoda u interventnoj bronhoskopiji. Jedna od njih je i uvođenje elektrokauterizacije ili termokauterizacije endobronhijalnih tumora. Ovu metodu sam uveo u Klinici za plućne bolesti 2008. godine, a najčešće se koristi kao palijativni tretman inoperabilnih karcinoma.

Indikacije za elektrokauterizaciju su; prvenstveno palijativni tretman inoperabilnih karcinoma velikih disajnih puteva traheje i glavnih bronha, zatim uklanjanje benignih tumora traheje i bronha, koji su doduše rijetki, a može se koristiti i za zaustavljanje bronhopulmonalnih krvarenja, pomoći pri vađenju stranih tijela, uklanjanje granulacija i slično.

Elektrokauterizaciju je najbolje uraditi odmah nakon postavljanja dijagnoze i bronhološke procjene o mogućnosti uspjeha metode, jer se ovom metodom mogu rekanalizovati i ukloniti, samo direktni tumori i ostale promjene u traheji i bronhima. Nakon toga se stvaraju „idealni“ uslovi za hemio i radioterapiju. Nakon elektrokauterizacije tumora, stvara se odlična pretpostavka za brahiterapiju (endoluminalna radioterapija). Metoda se može uraditi i u toku hemio i radioterapije, kao i nakon toga, ali su rezultati značajno lošiji. Često je neophodno ponavljati elektrokauterizaciju zbog recidiva tumora, bez obzira na efekte hemio i radioterapije.

Kontraindikacije su rijetke, od apsolutnih su postojanje većih metala u tijelu, pejsmejke i slično, a od relativnih loše opšte stanje pacijenta, koje je često uslovljeno upravo osnovnom bolešću i prisustvom tumora, pa u tom slučaju elektrokauterizacija i nije kontraindikacija bez obzira na opšte stanje bolesnika, koje se može popraviti jedino odstranjenjem ili rekanalizacijom tumora.

Oprema za izvođenje ove metode se sastoji od elektrokautera sa aneksima u vidu kautera, noža i omče uz standardnu bronhološku opremu.

Tim za izvođenje metode odgovara standardnom bronhološkom timu (bronholog sa dvije medicinske sestre ili tehničara obučeni za rad u bronhološkom kabinetu i na aparatu za elektrokauterizaciju).

Metoda se izvodi elektrokauterom i bronhoskopom (fleksibilnim i/ili rigidnim), u lokalnoj ili opštoj anesteziji u zavisnosti od opšteg stanja bolesnika i saradnje, ali najčešće kombinovano u nekoliko akata (najčešće jedna do tri intervencije u različitom vremenskom periodu, od tri do 15 dana, po potrebi i duže), koristeći kauter, nož i/ili omču. Kroz radni kanal bronhoskopa se provuče jedan od navedenih aneksa elektrokautera, zavisno od oblika, veličine i lokalizacije tumora, a najčešće kauter kojim je najlakše izvršiti rekanalizaciju (prohodnost) tumora za prolaz vazduha u pluća, a nakon toga kauterizacija i uklanjanja ostalih dijelova tumora.

Komplikacije ove metode su relativno rijetke; krvarenja, proboj bronha ili traheje, infekcije, asfiksija i respiratorna insuficijencija sa mogućim smrtnim ishodom. Ali bez obzira na ozbiljnost navedenih komplikacija, ova metoda je često i metoda izbora kod ovakvih bolesnika i jedini način da se pomogne bolesniku za duži i kvalitetniji život i predstavlja značajno bolji izbor nego odustajanje zbog mogućih komplikacija.

Efekti elektrokauterizacije tumora su višestruki; uspostavlja se prohodnost zraka u pluća i time značajno poboljšava plućna funkcija i opšte stanje bolesnika, zaustavlja se krvarenje ako je postojalo ranije, eliminišu se infekcije pluća i bronha koje su česte kod ovakvih bolesnika, stvara se pretpostavka za uspješan nastavak hemio i radioterapije (perkutane i/ili brahiterapije), što sve zajedno rezultira značajnoj psihološkoj podršci bolesnika i samim tim poboljšanju kvaliteta i značajnom produženju života.



Elektrokauterizacija endobronhijalnih karcinoma, pokazala se kao veoma efikasna palijativna metoda, u značajnom poboljšanju kvaliteta života inoperabilnih bolesnika, kao i značajnom produženju života, a naročito u kombinaciji sa hemioterapijom i/ili radioterapijom.

### **5.2.1.3. Krioterapija endobronhijalnih tumora i drugih promjena (uvedena 2011.godine)** (4 boda)

Bronhopulmonalni karcinom je najčešći malignom kod savremenog čovjeka i postao je epidemiološka pojava. Bez obzira na sve pokušaje savremene medicine, da se bolest suzbije i olakša oboljelima, rezultati su razočaravajući, sa visokom smrtnošću i lošim kvalitetom života.

Jedan od pokušaja da se bolesnicima olakša je i uvođenje novih metoda u interventnoj bronhoskopiji. Jedna od njih je i uvođenje krioterapije endobronhijalnih tumora. Ovu metodu sam uveo u Klinici za plućne bolesti 2011. godine, a najčešće se koristi kao palijativni tretman inoperabilnih karcinoma.

Indikacije za krioterapiju su; prvenstveno palijativni tretman inoperabilnih karcinoma velikih disajnih puteva traheje i glavnih bronha, zatim uklanjanje benignih tumora traheje i bronha, koji su doduše rijetki, a može se koristiti i za zaustavljanje bronhopulmonalnih krvarenja, pomoći pri vađenju stranih tijela, uklanjanje granulacija i slično.

Krioterapiju je najbolje uraditi odmah nakon postavljanja dijagnoze i bronhološke procjene o mogućnosti uspjeha metode, jer se ovom metodom mogu rekanalizovati i ukloniti, samo direktni tumori i ostale promjene u traheji i bronhima. Nakon toga se stvaraju „idealni“ uslovi za hemio i radioterapiju. Nakon krioterapije tumora, stvara se odlična pretpostavka za brahiterapiju (endoluminalna radioterapija). Metoda se može uraditi i u toku hemio i radioterapije, kao i nakon toga, ali su rezultati značajno lošiji. Često je neophodno ponavljati krioterapiju zbog recidiva tumora, bez obzira na efekte hemio i radioterapije.

Kontraindikacije su rijetke, apsolutne gotovo ne postoje, a od relativnih loše opšte stanje pacijenta, koje je često uslovljeno upravo osnovnom bolešću i prisustvom tumora, pa u tom slučaju krioterapija i nije kontraindikacija bez obzira na opšte stanje bolesnika, koje se može popraviti jedino odstranjenjem ili rekanalizacijom tumora.

Oprema za izvođenje ove metode se sastoji od aparata za krioterapiju, na koji je priključena boce sa ugljendioksidom (CO<sub>2</sub>) i specijalna sonda, uz standardnu bronhološku opremu. Tim za izvođenje metode odgovara standardnom bronhološkom timu (bronholog sa dvije medicinske sestre ili tehničara obučeni za rad u bronhološkom kabinetu i na aparatu za krioterapiju).

Metoda se izvodi aparatom za krioterapiju i bronhoskopom (fleksibilnim i/ili rigidnim), u lokalnoj ili opštoj anesteziji u zavisnosti od opšteg stanja bolesnika i saradnje, ali najčešće kombinovano u nekoliko akata (najčešće jedna do tri intervencije u različitom vremenskom periodu, od tri do 15 dana, po potrebi i duže), koristeći sondu sa aparata. Kroz radni kanal

bronhoskopa se provuče sonda iz aparata za krioterapiju, kojom se pod kontrolom bronhoskopa i videonadzorom vrši najčešće uklanjanje dijela tumora, kako bi najlakše izvršili rekanalizaciju (prohodnost) tumora za prolaz vazduha u pluća, a nakon toga nastavljamo i uklanjanja ostalih dijelova tumora.

Komplikacije ove metode su relativno rijetke; krvarenja, proboj bronha ili traheje, infekcije, asfiksija i respiratorna insuficijencija sa mogućim smrtnim ishodom. Ali bez obzira na ozbiljnost navedenih komplikacija, ova metoda je često i metoda izbora kod ovakvih bolesnika i jedini način da se pomogne bolesniku za duži i kvalitetniji život i predstavlja značajno bolji izbor nego odustajanje zbog mogućih komplikacija.

Efekti krioterapije tumora su višestruki; uspostavlja se prohodnost zraka u pluća i time značajno poboljšava plućna funkcija i opšte stanje bolesnika, zaustavlja se krvarenje ako je postojalo ranije, eliminišu se infekcije pluća i bronha koje su česte kod ovakvih bolesnika, stvara se pretpostavka za uspješan nastavak hemio i radioterapije(perkutane i/ili brahiterapije), što sve zajedno rezultira značajnoj psihološkoj podršci bolesnika i samim tim poboljšanju kvaliteta i značajnom produženju života.

Krioterapija endobronhijalnih karcinoma, pokazala se kao veoma efikasna palijativna metoda, u značajnom poboljšanju kvaliteta života inoperabilnih bolesnika, kao i značajnom produženju života, a naročito u kombinaciji sa hemioterapijom i/ili radioterapijom.

### **5.2.2. Stručni radovi u časopisu međunarodnog značaja (s recenzijom): (3 boda)**

5.2.2.1. Sanja Glišić, **Krsto Jandrić**, Tamara Menićanin, Mladen Duronjić, Siniša Gajić, Gordana Dragišić, Pleuralna punkcija i pleuroskopija u dijagnozi malignoma pluća i pleure na klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci u 2007.godini.“Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 43-46.

(3 boda)

Pleuralna punkcija predstavlja prvi korak u dijagnostici izliva maligne i nemaligne etiologije(1). Citološkom analizom pleuralnog punktata, koji je malignog porijekla, može se postaviti validna citološka dijagnoza malignoma pluća i pleure. Pleuroskopija omogućuje sagledavanje velikog dijela parijetalne i visceralne pleure uz pomoć optičkog instrumenta i ciljanu biopsiju uočenih promjena(2).Pleuralna punkcija i pleuroskopija se rade na Klinici za plućne bolesti u Banjaluci u dijagnostičke svrhe u cilju postavljanja citološke dijagnoze malignoma pluća i pleure.Rad ima za cilj da ukaže na značaj pleuralne punkcije i pleuroskopije u postavljanju dijagnoze malignoma pluća i pleure.Analizirani su svi bolesnici kod kojih je citološkim pregledom pleuralnog punktata ili pleuroskopijom otkriven malignom u 2007. godini i rezultati poredjeni sa rezultatima iz 2004. i 2006. godine. U 2007. godini uradjeno je 306 pleuralnih punkcija ( kod 7,8% verifikovan malignom ili 9,3 % od ukupno verifikovanih malignoma).Uradjeno je 5 dijagnostičkih pleuroskopija ( kod 80% verifikovan malignom ili 1,56% od ukupno verifikovanih malignoma).Može se zaključiti da se pleuralnom punkcijom , kao minimalno agresivnom dijagnostičkom metodom, može postaviti

validna citološka dijagnoza malignoma pluća i pleure u značajnom procentu. Takođe se može zaključiti da je pleuroskopija dijagnostička metoda izbora u slučajevima kada se drugim dijagnostičkim metodama nije postavila etiološka dijagnoza pleuralnog izliva.

5.2.2.2. Siniša Gajić, **Krsto Jandrić**, Mladen Duronjić, Mirko Stanetić, Transtorakalna punkcija u dijagnozi bronhopulmonalnog karcinoma u Klinici za plućne bolesti Banjaluka u 2007. godini. „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 63-66.

(3 boda)

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

5.2.2.3. **Krsto Jandrić**, Mirko Stanetić, Mladen Duronjić, Siniša Gajić, Sanja Glišić, Tamara Menićanin, Transtorakalna biopsija u dijagnozi bronhopulmonalnih, pleuralnih i medijastinalnih malignoma, „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 67-70. .

(3 boda)

Transtorakalna biopsija ponekad je jedino rješenje za postavljanje definitivne dijagnoze bronhopulmonalnih, pleuralnih i medijastinalnih promjena najčešće maligne etiologije. Rad ima za cilj da pokaže značaj ove metode u dijagnozi navedenih promjena čija etiologija nije dokazana uobičajnim dijagnostičkim procedurama (bronhoskopija, TTP, pleuralna punkcija i slično). Metoda je dosta jednostavna mada nosi sa sobom značajne rizike od mogućih komplikacija. Analizirani su rezultati svih 16 transtorakalnih biopsija urađenih na našoj klinici u 2007 godini, te izdvojeni svi verifikovani malignomi. Rezultati su pokazali da se u 81,25%

bioptiranih pacijenata nađe neka vrsta malignoma, što čini 5,5% ukupno verifikovanih malignoma na našoj klinici. Najčešće su otkriveni limfomi i mezotelijomi po 30,76% ili 61,5% zajedno, zatim adenokarcinom i mikrocelularni karcinom po 15,38% ili zajedno 30,76%, te makrocelularni karcinom kod 7,7% otkrivenih malignoma. Kod 18,75% bioptiranih pacijenata nisu nađene maligne promjene. Komplikacije ove metode kod nas su bile hemoptizije nakon biopsije samo kod jednog pacijenta. Može se zaključiti, da je ova pretraga ponekad metoda izbora u dijagnozi malignoma, prije svega limfoma i mezotelioma, gdje je za definitivnu dijagnozu često potrebna imunohistohemija, za koju je neophodan veći uzorak, koji se ne može dobiti na drugi način.

5.2.2.4. **Krsto Jandrić**, Mirko Stanetić, Mladen Duronjić, Siniša Gajić, Sanja Glišić, Tamara Menićanin, Valjanost citološke dijagnostike bronhopulmonalnih malignoma na klinici za plućne bolesti Banjaluka, „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 71-74.

(3 boda)

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

5.2.2.5. Mladen Duronjić, **Krsto Jandrić**, Mirko Stanetić, Marinko Vučić, Siniša Gajić, Tamara Menićanin, Značaj bronhoskopije u dijagnostici bronhopulmonalnog karcinoma, naša iskustva, „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 75-77.

(3 boda)

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

5.2.2.6. Tamara Menićanin, Miloš Guzijan, Lora Novaković, **Krsto Jandrić**, Mirko Stanetić, Broj novootkrivenih malignoma u klinici za plućne bolesti KC Banja Luka u 2007. godini, „Majski pulmološki dani, Banja Luka 2008“, Scripta Medica 2008;39 (1): 79-83.

(3 boda)

Karcinom pluća, je najčešći karcinom kod čovjeka, kako u svijetu tako i u našoj zemlji. Cilj rada je bio da ukaže na učestalost obolijevanja od karcinoma pluća kod pacijenata hospitalizovanih na Klinici za plućne bolesti u 2007. godini. Analizirali smo i zasupljenost određenih citoloških tipova karcinoma pluća, polnu i starosnu strukturu pacijenata, stadijum bolesti i terapijske mogućnosti kod novotkrivenih malignoma. Uradili smo retrospektivnu analizu kliničkih podataka 257 novotkrivenih pacijenata, kojima je citološkom analizom verifikovana maligna bolest pluća. U ispitivanoj grupi bolesnika 220 (86%) su bili muškarci, dok su 37 (14%) bile žene. Najveći procenat bolesnika je bio u dobi od 60-70 godina starosti, čak 88 bolesnika a najmanji u dobi od 30-40 godina starosti i to 10 bolesnika. Broj bolesnika sa pušačkim stažom preko 15 godina je 231 (90%), ostalo su bivši pušači (4%), te nepušači (6%). Kod muškaraca imamo dominaciju skvamoznog karcinoma 48%, potom mikrocelularnog 20%, te adenokarcinoma kod 19% bolesnika. U ženskoj populaciji adenokarcinom je zastupljen kod 42% bolesnica, potom skvamozni karcinom kod 30% te mikrocelularni kod 20% bolesnica. Najveći broj verifikovanih karcinoma pluća nalazio se u desnom plućnom krilu (125) dok su kod 13 bolesnika u momentu potvrđivanja dijagnoze već

postojale udaljene metastaze. U momentu potvrđivanja dijagnoze operabilno je bilo 12% bolesnika, na simptomatski tretman je upućeno 10% bolesnika, dok je ostalih 78% bolesnika tretirano kombiniranim modalitetima liječenja hemioterapijom i radioterapijom. Broj oboljelih od karcinoma pluća je u stalnom porastu, kako u našoj zemlji, tako i u svijetu. U odnosu na prethodni period registrovali smo veći broj dijagnostifikvanih adenokarcinoma i manji broj oboljelih kojima je postavljena dijagnoza skvamoznog karcinoma. Ustanovili smo da postoji pomeranje dobne granice obolijevanja od karcinoma pluća ka mlađoj životnoj dobi tj. petoj i šestoj deceniji života. U momentu postavljenja dijagnoze najveći broj pacijenata se nalazio u intratorakalno odmaklom stadijumu bolesti tako da su i dalje najčešći modaliteti liječenja kombinirana polihemioterapija i radioterapija.

5.2.2.7. B.Kuzmić, S.Gajić, **K.Jandrić**, M.,Stanetić, M.Vučić, Dijafragmalna hernija kao uzrok lažnih radioloških infiltrata pluća, „Majski pulmološki dani 2009“, Scripta Medica 2009;40(1): 1-3.

(3 boda)

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

5.2.2.8. Tamara Menićanin, **Krsto Jandrić**, Gordana Dragišić, Mladen Duronjić, Siniša Gajić, Tracheobronchopathia chondroosteoplastica-case report, „Majski pulmološki dani 2009“, Scripta Medica 2009;40(1): 21-25.

(3 boda)

Traheobronhopatija hondroosteoplastika je rijetko, benigno oboljenje pluća čija mehanizam nastanka i incidenca još uvijek nisu u potpunosti razjašnjeni. Ovo oboljenje karakteriše stvaranje hrskavičnih i koštanih čvorića deponovanih u podsluznici velikih disajnih puteva. Zlatni standard za postavljanje dijagnoze traheobronhopatije hondroosteplastike je bronhoskopija, a dijagnoza se potvrđuje patohistološkim nalazom materijala dobijenih tokom bronhoskopije. Cilj rada je da prikazati slučaj pacijenta oboljelog od traheobronhopatije hondroosteplastike i plućne tuberkuloze, a upućenog iz regionalne zdravstvene ustanove pod sumnjom na adenokarcinom pluća. U Kliniku za plućne bolesti u Banja Luci, hospitalizovan je muškarac star 63 godine, koji navodi da je u više navrata bolnički liječen zbog upale pluća. Na prijemu navodi produktivan kašalj, gušenje, zamaranje, povišenu tjelesnu temperaturu,

preznojavanje, gubitak apetita i gubitak na tjelesnoj težini. Na radiogramu pluća uoče se infiltrativno-destruktivne lezije u srednjem i donjem plućnom polju lijevo. Prethodno liječen antibiotskom i simptomatskom terapijom ali bez značajnih rezultata. Uradi se bronhoskopija pri čemu se uoče u traheji o oba glavna bronha nepravilne promjene i izbočine koje u prvom redu upućuju na deformitete hrskavice i jako su tvrde pod iglom i kliješima. Endoskopski nalaz prvenstveno je upućivao na hondroosteopatiju što je i potvrđeno PH analizom materijala dobijenih tokom bronhoskopije. Zbog perzistiranja povišene tjelesne temperature i radiološki uočenog infiltrata u plućnom parenhimu lijevo uključuje se četvorna ATL terapija. Nakon mjesec dana pacijent dolazi na kontrolni pregled u odličnom opštem stanju, bez tegoba, sa gotovo potpunom regresijom ranije opisanog infiltrata u plućnom parenhimu lijevo.

5.2.2.9. Valentina Soldat-Stanković, Marinko Vučić, **Krsto Jandrić**, Siniša Gajić, Rana Wegenerova granulomatoza kao solitarna plućna lezija, „Majski pulmološki dani 2009“, Scripta Medica 2009;40(1): 175-179.

(3 boda)

Wegenerova granulomatoza je multisistemska oboljenje koje karakteriše nekrotizirajuća inflamacija u čijoj je podlozi vaskulitis. Bolest pogađa mnoge organe i rijetko se pojavljuje kao izolovana bolest. Prikazan je slučaj pacijentice oboljele od Wegenerove granulomatoze, koja je u početku bolesti bila ograničena na pluća u vidu solitarne lezije, što je imitiralo malignitet pluća. Prisutne okularne manifestacije se rijetko pojavljuju u početku bolesti. Patohistološki nalaz nekrotizirajuće inflamacije dobijen perkutanom iglenom biopsijom, pojava ulceracija na jeziku i hematurije u sedimentu urina tokom hospitalizacije, usmjerio je dalju dijagnostiku. Definitivna dijagnoza potvrđena je biopsijom nosne sluznice, što je vodilo ranom uvođenju imunosupresivne terapije. Rana dijagnoza je neophodna radi započinjanja terapije prije nego što se jave ireverzibilna oštećenja organa.

5.2.2.10. **Jandrić K**, Stanetić M, Menićanin T, Gajić S, Duronjić M, Značaj citologije u diferencijalnoj dijagnozi promjena na jetri oboljelih od bronhopulmonalnog karcinoma, „Majski pulmološki dani 2009“, Scripta Medica 2009;40(1): 195-197.

(3 boda)

Često se u praksi okrugle pečetaste promjene na jetri ne mogu jasno izdiferencirati ni ultrazvukom ni KT-om, prvenstveno ciste i meta promjene. To ima veliki značaj u stejdžingu bronhopulmonalnog karcinoma. Cilj rada je da ukaže na značaj punkcije i citologije u diferencijalnoj dijagnozi cista i meta promjena na jetri i samim tim pomogne precizniji stejdžing bronhopulmonalnog karcinoma. Metoda je dosta jednostavna i izvodi se tako što se promjene na jetri punktiraju pod kontrolom ultrazvuka (može i KT-a) najtanjim mogućim iglama i citološki analiziraju. Analizirali smo 10 takvih slučajeva u 2008 godini na Klinici za plućne bolesti u Banjoj Luci i dobili sledeće rezultate. Od ukupno 10 punktiranih bolesnika kod 7 smo dokazali postojanje malignih ćelija a kod 3 nije bilo takvih ćelija. Kod bolesnika

kod kojih smo našli maligne ćelije kod 4 smo verificovali meta promjene koje su odgovarale citološkom tipu verificovanog bronhopulmonalnog karcinoma, kod 2 smo našli meta ćelije bronhopulmonalnog karcinoma, koji je radiološki postojao ali se nije mogao morfološki verificovati uobičajnim dijagnostičkim metodama i kod 1 bolesnika smo našli meta promjene karcinoma za kojeg se nije znalo primarno ishodište. Citološka analiza punktata promjena na jetri je od izuzetnog značaja prije svega u diferencijalnoj dijagnozi cista i meta promjena. Često je metoda izbora konačnog stejdžinga bronhopulmonalnog karcinoma i operativne izvodljivosti.

5.2.2.11. Ivanka Rakita, Zdenka Gojković, Gordana Marić, Živko Vranješ, Gordana Kecman, Branislava Jakovljević, Saša Jungić, Predrag Nikolić, Predrag Dašić, Milka Vještica, Stanka Mijatović, Duško Janićić, Slavko Grbić, **Krsto Jandrić**, Predrag Kovačević, Pобољшanje kvaliteta života pleurodezom talkom kod pleuralnih izljeva maligne etiologije, „Majski pulmološki dani 2010“, Scripta Medica 2010;41(1): 97-102

(3 boda)

Pleuralni izljev maligne etiologije javlja se najčešće u terminalnom stadijumu malignog oboljenja vezujući bolesnika za bolnicu kako zbog lošeg opšteg stanja tako zbog sklonosti brzog ponovnog nakupljanja i potrebe za čestim ponavljanim pleuralnim punkcijama. Cilj terapije malignog izljeva, kod naših bolesnika, bila je palijacija i to uglavnom dispnoje kao glavnog kliničkog simptoma. Danas se kod nas najčešće primjenjuje talk kao najefikasnije sredstvo za pleurodezu. U posljednjih godinu dana kod pet bolesnika Onkološke klinike učinjena je pleurodeza talkom. Kod dva bolesnika pleuralni izljev je bio vitalno ugrožavajući te je pleurodeza talkom učinjena kao salvage terapija. Kod tri bolesnice pleurodeza je učinjena u skladu sa tekućim standardima. U radu smo svih pet bolesnika obradili kao kratki prikaz slučaja. Pleurodeza talkom se kod onkoloških bolesnika pokazala dragocjenom metodom za obliteraciju pleuralnog prostora, palijaciju dispnoje kao glavnog kliničkog simptoma pleuralnog izljeva, poboljšanje kvalitete života, te stvaranje uslova za sprovođenje specifičnog liječenja.

5.2.2.12. B.Kuzmić, S.Gajić, **K.Jandrić**, A.Davidovac, M.Stanetić, Bronhopneumonija kao komplikacija kod bolesnika oboljelog od novog virusa influence H1N1, „Majski pulmološki dani 2010“, Scripta Medica 2010;41(1): 262-266.

(3 boda)

Influenca ili gripa je ozbiljna respiratorna infektivna bolest, često praćena brojnim komplikacijama. Jedna od težih komplikacija infekcije virusom gripa su pneumonije. Radi se četrdesetogodišnjem pacijentu koji je hospitalizovan u Infektivnoj klinici zbog povišene temperature, kašlja i opšte slabosti. U toku prva dvadeset četiri časa se stanje pacijenta pogoršava u smislu respiratorne insuficijencije i progresije obostranih zasjenjenja na plućima, te je premješten u JIM na neinvazivnu ventilaciju i intenzivnu antibiotsku terapiju. Nakon dvadeset četiri časa, stanje je stabilizovano. Zbog slike atipične pneumonije, uključen je



Tamiflu. Opšte stanje bolesnika se ponovo pogoršava i pored oksigeno terapije preko nazalne sonde pada vrijednost pO<sub>2</sub> i sO<sub>2</sub>, a raste vrijednost pCO<sub>2</sub>, te bolesnik zbog potrebe za respiratornom potporom, ponovo vraćen u JIM gdje ostaje šest dana. Poslije toga pacijent se konzilijarno premješa u Klinku za plućne bolesti. Kod prijema afebrilan, pokretan, eupnoičan u miru. Sputum na K i AB: U dva sputuma izolovan Acinobacter, jedan sputum negativan. Dva uzorka seruma na Influenca A od 23.11.2009 g. stigla iz Instituta za virusologiju, vakcine i serume „Torlak“ pozitivna (1/256+++ i 1/256+++). Opšte stanje bolesnika se poboljšava, radiološki nalaz u regresiji, vrijednost Se u padu. Bolesnik otpušten, uz nastavak terapije: Klaritromycin, antipiretici pp, vitamini. Na poslednjoj kontroli, nakon mjesec dana, uredan auskultatorni nalaz, uredan nalaz spirometrije i bodypletizmografije. Radiološki nalaz u odličnoj regresiji. Se 13/ CRP manji od 8.

5.2.2.13. Tamara Menićanin, **Krsto Jandrić**, Sanja Glišić, Nikolina Poletan, Osnovne karakteristike bronhopulmonalnih malignoma u prijedorskoj regiji u 2010. godini, „Majski pulmološki dani 2011“, Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2011;11(1): 246-249.

(3 boda)

Karcinom pluća je najčešći karcinom kod čovjeka i vodeći uzrok smrtnosti od malignih bolesti u svijetu. Rad ima za cilj da ukaže na značaj bronhoskopije kao dijagnostičke procedure, te da sagleda neke sadašnje karakteristike bronhopulmonalnih malignoma kod pacijenata hospitalizovanih u OB Prijedor u 2010. godini. Uradili smo retrospektivnu analizu kliničkih podataka 51 pacijenta s novootkrivenim malignomom pluća i rezultate naših istraživanja poredili sa rezultatima sličnih istraživanja iz proteklog perioda. U 2010. g. u OB Prijedor uradili smo 139 bronhoskopiju i kod 36 pacijenata /ili 25,9%/ smo verifikovali malignu bolest pluća što čini 70,59% od ukupno verifikovanih malignoma. U ispitivanoj grupi bolesnika 74,51% su bili muškarci, dok su 25,49% bile žene. U muškoj populaciji imamo dominaciju skvamoznog karcinoma 36,84%, potom adenokarcinoma sa 28,95%, te mikrocelularnog kod 23,68% bolesnika i NSCLC kod 10,53%. U ženskoj populaciji adenokarcinom je zastupljen kod 46,15% bolesnica, potom imamo jednak broj bolesnica sa skvamoznim i mikocelulnim karcinomom sa po 23,08% i mezoteliomom sa 7,69%. Broj bolesnika sa pušačkim stažom preko 15 godina je 86,29%, ostalo su bivši pušači 7,83%, te nepušači 5,88%. U momentu potvrđivanja dijagnoze operabilno je bilo 13,73% bolesnika, na simptomatski tretman je upućeno 27,45% bolesnika, dok je ostalih 62,74% bolesnika tretirano kombinovanim modalitetima liječenja hemioterapijom i radioterapijom. U odnosu na prethodni period registrovali smo veći broj osoba ženskog pola sa dijagnostikovanim karcinomom pluća i porast broja oboljelih od adenokarcinoma kod oba pola u odnosu na skvamozni karcinom. I dalje su najčešći modaliteti liječenja kombinovana polihemioterapija i radiorepija.

Ukupan broj bodova 51

## **Djelatnost kandidata prije poslednjeg izbora u nastavničko zvanje**

### **3. Naučna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 63

### **4. Obrazovna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 22

### **5. Stručna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 27

**Sveukupno bodova: 112**

## **Djelatnost kandidata nakon poslednjeg izbora u nastavničko zvanje**

### **3. Naučna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 72

### **4. Obrazovna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 24

### **5. Stručna djelatnost kandidata**

Ukupan broj bodova: 51

**Sveukupno bodova: 147**

## ANALIZA RADA KANDIDATA, PEDAGOŠKO-NASTAVNA I STRUČNA AKTIVNOST

Tri temelja profesije nastavnika Medicinskog fakulteta čine ; liječenje i edukacija uz nesebično prenošenje stečenih znanja i naučno-istraživački rad. Analizirajući sve tri neraskidive karike ljekarske i nastavničke profesije Prof. dr Krste Jandrića, jasno se vidi njihova ravnopravnost, povezanost i isprepletenost još od prvih dana ljekarskog rada. Nakon završetka studija, Dr Jandrić počinje da se bavi praktičnim radom, naročito nakon završene specijalizacije iz pneumoftizilogije, sa ciljem unapređenja pulmologije u kliničkoj praksi. Bavi se agresivnom dijagnostikom i citologijom plućnih oboljenja i uvodi niz novih dijagnostičkih i terapijskih procedura u Klinici za plućne bolesti, KC-a Banja Luka. Transtorakalna punkcija i biopsija promjena u plućima i medijastinumu pod rendgenom, postaju rutinske pretrage, kao i torakoskopija(pleuroskopija), te morfološka verifikacija promjena na jetri kod bronhopulmonalnih i drugih malignoma, što uz pomoć citologije omogućuje brzu, jeftinu i tačnu dijagnozu, te zaokružuje ukupan asortiman dijagnostičkih procedura plućnih bolesti, bez potrebe za slanjem pacijenata u druge ustanove. Takođe se uvode i terapijske procedure, prije svega tretmana inoperabilnih plućnih malignoma, koje su danas u rutinskoj upotrebi; pleurodeza kod nerješivih malignih izliva, zatim elektrokauterizacija i krioterapija inoperabilnih bronhonalnih malignoma i drugih promjena u velikim disajnim putevima, što značajno utiče na kvalitet i dužinu života tretiranih bolesnika. Nakon završetka postdiplomskih studija rad je krunisan odbranom magistarskog rada i doktorske disertacije iz oblasti bronhologije. Kontinuitet u njegovom naučno-istraživačkom radu, ogleda se u velikom broju naučnih i stručnih radova publikovanih u cjelosti ili zborniku apstrkta u domaćim i stranim časopisima i zbornicima. Poslije izbora za nastavnika Medicinskog fakulteta, bio je mentor mnogim doktorima medicine na specijalizaciji iz pneumoftizilogije, kao i mentor za izradu brojnih studentskih diplomskih radova. Svojim nesebičnim naučno-istraživačkim doprinosom, pomaže u izradi magistarskih radova i doktorskih disertacija. U pedagoškom radu koristi savremena nastavna sredstva i najnoviju literaturu, što mu omogućuje da sa velikim uspjehom izvodi teorijsku i praktičnu nastavu iz interne medicine. Tokom svoga rada , kako u prosvjeti, tako i u zdravstvu, do izražaja dolaze njegove organizacione sposobnosti, koje se ogledaju u uspješnom šestogodišnjem vođenju Klinike za plućne bolesti u Banjoj Luci i Udruženja pulmologa Republike Srpske, kao i organizaciji pulmologije u Republici Srpskoj. Bio je gostujući predavač na domaćim i stranim univerzitetima, gdje i dalje nastavlja da promovise Medicinski fakultet i Univerziteti klinički centar u Banjoj Luci.

### III ZAKLJUČNO MIŠLJENJE

U skladu sa Zakonom o visokom obrazovanju Republike Srpske i Statutom Univerziteta, Pravilnikom o postupku i uslovima izbora akademskog osoblja Univerziteta u Banjo Luci, a na osnovu priložene dokumentacije, analize naučnoistraživačkog rada, obrazovne i stručne djelatnosti kandidata, te doprinosa razvoju Katedre Interne medicine, komisija je jednoglasno zaključila , da kandidat **Dr Krsto Jandrić**, ispunjava sve uslove za izbor nastavnika u zvanje **redovnog profesora**, za užu naučnu oblast **Interna medicina**.

#### Članovi Komisije:

Dr Dragan Mandarić, redovni profesor,  
uža naučna oblast Hirurgija,  
specijalista torakalne hirurgije,  
Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu, Srbija

---

Dr Živka Eri, redovni profesor,  
uža naučna oblast Patologija,  
specijalista patolog-citolog,  
Medicinski fakultet, Univerziteta u Novom Sadu, Srbija

---

Dr Sandra Hotić-Lazarević, redovni profesor,  
uža naučna oblast interna medicina,  
specijalista interne medicine,  
Medicinski fakultet, Banja Luka, RS/BiH

---

Beograd, Novi Sad, Banja Luka, mart 2012. godine