

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ: Медицински факултет



ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

о пријављеним кандидатима за избор наставника и сарадника у звање

I. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке:
Одлука о расписивању Конкурса за избор наставника број 01/04-2.3661/14; Сенат
Универзитета у Бањој Луци; 09. 10. 2014.

Ужа научна/умјетничка област: **Анатомија**

Назив факултета: **Медицински факултет**

Број кандидата који се бирају: **(1) један**

Број пријављених кандидата **(1) један**

Датум и мјесто објављивања конкурса: **22. 10. 2014. Службени лист „Глас Српске“**

Састав комисије:

- а) Предсједник: проф. др Зденка Кривокућа, редовни професор, ужа научна област анатомија, Медицински факултет у Бањалуци;
- б) Члан: проф. др Снежана Павловић, редовни професор, ужа научна област анатомија, Медицински факултет у Нишу;

в) Члан: проф. др Татјана Бућма, ванредни професор, ужа научна област анатомија, Медицински факултет у Бањалуци;

Пријављени кандидати

др Весна Гајанин, доцент, ужа научна област анатомија, Медицински факултет у Бањалуци;

II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	Весна (Симо и Дара) Гајанин
Датум и мјесто рођења:	14. 07. 1973. Јајце
Установе у којима је био запослен:	Од 1998. године запослена на Медицинском факултету у Бањалуци, Завод за анатомију; 2004. године бирана у звање вишег асистента, ужа научна област анатомија; 2010. године бирана у звање доцента, ужа научна област анатомија
Радна мјеста:	Доцент на Медицинском факултету, ужа научна област анатомија;
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Члан Удружења доктора медицине Републике Српске, Српског анатомског друштва, Друштва антрополога Србије, Удружења дерматовенеролога Републике Српске; Предсједник Удружења за превенцију малигних тумора коже;

б) Дипломе и звања:

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет, Универзитет у Бањалуци;
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Медицински факултет у Бањалуци, 1998. године
Просјечна оцјена из цијелог студија:	8,7

Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет, Универзитет у Бањалуци;
Звање:	Магистар медицинских наука, виши асистент
Мјесто и година завршетка:	Бањалука, 2003.
Наслов завршног рада:	„Васкуларизација понса човјека“
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Анатомија
Просјечна оцјена:	9,3
Докторске студије/докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет, Универзитет у Бањалуци;
Мјесто и година одбране докторске дисертација:	Бањалука, 2009. године
Назив докторске дисертације:	„Васкуларизација и ангиогенеза меланоцитних промјена коже-клинички значај“
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Анатомија
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, година избора)	Медицински факултет – асистент 1998. године на пет година Медицински факултет – виши асистент 2004. године на пет година Медицински факултет – доцент 2010. године на пет година

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије посљедњег избора/реизбора

(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)

1. Оригинални научни радови у часопису међународног значаја

1.1. Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V**. Stereological analysis of the vascular network in substatnia nigra of man. Folia anatomica 2001; 29(1): 78 -5.

10бодова

1.2. Krivokuća Z, **Gajanin V**, Bućma T, Ugrenović S, Zdravković D, Jovanović I. Stereological analysis of the human pons vascular network. Acta medica medianae 2003; 2: 17 - 4.

0,3 x 10= 3бода

1.3. Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V**, Sladojević I. Stereološka analiza vaskularne mreže neurona opštih somatomotornih jedara kranijalnih živaca. Acta Medica Medianae 2006; 45(1):33-3.

0,75 x 10= 7,5бодова

2. Оригинални научни радови у часопису националног значаја

2.1. Vujković Z, Đajić V, Arbutina M, Stojičić Đ, Vujković V, **Gajanin V**, Miljković S. Hemodinamski poremećaji kod okluzivne bolesti karotidne arterije. Zbornik prirodno - matematičkih nauka 2001; 1(1): 133 - 11.

0,3 x 6=1,8 бодова

2.2. Gajanin R, Klem I, Eri Ž, Topić B, Manojlović S, Latinović LJ, **Gajanin V**. Morfološka diferencijacija regenerativnih promjena u žlijezdama bronha od mukoepidermoidnog karcinoma. Scr Med 2003; 34(1): 9-10.

0,3 x 6=1,8 бодова

3. Нучни радови у зборнику радова међународног значаја, штампани у цјелини

3.1. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Bućma T, Gajanin R, Krivokuća B. Arterije ponsa čovjeka - morfološka analiza i kliničke karakteristike. Primjena anatomskih istraživanja u kliničkoj praksi, Novi sad 2003: 71-5.

0,5 x 5 =2,5 бодова

3.2. Gajanin R, Klem I, Štajer L, Lalošević D, Vujković Z, Vujković V, **Gajanin V**. The finding of demodex in skin biopsy samples. Archive of oncology 2001; 9(Suppl 1): 131–2.

0,3 x 5 =1,5 бодова

4. Радови у зборнику радова националног значаја, штампани у цјелини

4.1. Gajanin R, Savjak D, **Gajanin V**, Nikolić B, Krajnc-Nikolić T. Tumor granularnih ćelija (Abrokosoff) – prikaz slučaja. Zbornik radova III kongresa ratne medicine, Banja Luka 2001: 369-6.

0,5 x 2= 1 бод

4.2. Nikolić B, Krajnc-Nikolić T, Gajanin R, **Gajanin V**. Učestalost Ca. larinksa u opštini Banja Luka u periodu od 1990. do 1996. godine. Zbornik radova III kongresa ratne medicine, Banja Luka 2001: 427 – 6.

0,75 x 2= 1,5 бодова

4.3. Krajnc-Nikolić T, Nikolić B, Dikić B, Gajanin R, **Gajanin V**. Epidemiološka slika bolovanja dužih od 120 dana u RS. Zbornik radova III kongresa ratne medicine, Banja Luka 2001: 105-6.

0,5 x 2= 1 бод

4.4. Gajanin R, Klem I, Eri Ž, Stanetić M, Božidar N, **Gajanin V**, Krajnc-Nikolić T. Promjene

epitela bronha u mjestu prethodne biopsije, koje mogu biti pogrešno interpretirane kao epidermoidni karcinom. Zbornik radova. Majski pulmološki dani, Banja Luka 2001: 57 – 4.

0,3 x2 =0,6бодова

4.5.Gajanin R, Božidar N, Savjak D, Deura S, **Gajanin V**, Krajnc-Nikolić T, Latinović LJ. Tuberkuloza dojke koja se prezentuje kao karcinom. Majski pulmološki dani, Banja Luka 2001: 87 – 3.

0,3 x2 =0,6бодова

4.6.Božidar N, Gajanin R, Krajnc-Nikolić T, **Gajanin V**, Deura S. Učestalost tumora pluća u biopsijskom materijalu u KC Banja Luka u predratnom, ratnom i poratnom periodu. Majski pulmološki dani, Banja Luka 2001: 55 – 2.

0,5 x 2= 1бод

4.7.Gajanin R, Klem I, Eri Ž, **Gajanin V**, Gajanin Ž, Ličina T, Janjetović Z. Rebiopsija bronha, da ili ne? Zbornik radova. Majski pulmološki dani, Banja Luka 2002: 93 – 5.

0,3 x2 =0,6бодова

4.8.Gajanin R, Stanetić M, **Gajanin V**, Babić B, Zrnić B, Gajanin Ž, Čampara G. Diferenciranje mikrocelularnog karcinoma od limfoproliferativnih lezija u citološkim i histološkim materijalima. Zbornik radova. Majski pulmološki dani, Banja Luka 2005: 243 – 4.

0,3 x2 =0,6бодова

4.9.GajaninR, KlemI, Eri Ž, Babić B, **GajaninV**, ĆurguzZ, Gojković Z. Morfološkadiferencijacijaregenerativnihpromjenau žlijezdamabronhaodskvamoznogkarcinoma. Zbornikradova. Majskipulmološkidani, BanjaLuka 2006: 209 – 9.

0,3 x2 =0,6бодова

4.10. Gajanin R, Stanetić M, Amidžić LJ, **Gajanin V**, Gojković Z, Babić M, Balaban N, Janičić D. Morfološka diferencijacija epitelnih neoplazmi pleure. Scr Med 2009; 40(1): 85-6.

0,3 x2 =0,6бодова

5. Радови у зборнику радова са међународног научног скупа, штампаниу зборнику извода радова

5.1. Latinović LJ, **Gajanin V**, Gajanin R, Nikolić B, Deura S. Echinococcosis in the region of Banjaluka. Archive of oncology 2001; 9(Suppl1 1): 71–1.

0,5 x 3= 1,5бодова

5.2. Bućma T, **Gajanin V**, Krivokuća Z. Stereological analysis of vascular net of human brain`s substantia nigra. Folia anatomica 2001; 29 (Suppl 1): 43 - 1.

3бодa

5.3. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Bućma T. Morphological and morphometric analysis of arterial pons system. Folia anatomica 2001; 29 (Suppl 1): 47 - 1.

3бодa

5.4. Latinović Lj, Gajanin R, Eri Ž, Klem I, Janičić D, **Gajanin V**, Tanasković N. Relationship of p53 oncoprotein expression with histological and outcome of patients with oral squamous cell carcinoma. Virchows archiv Sept 2003; 443(3): 345 - 1.

0,3 x 3= 0,9бодова

5.5. Gajanin R, Klem I, Eri Ž, Latinović LJ, **Gajanin V**. Morphological changes of bronchial glands at the localisation of percenting biopsy. Virchows archiv Sept 2003; 443(3): 335 - 1.

0,5 x 3 = 1,5бодова

5.6. Latinović LJ, Gajanin R, Eri Ž, Klem I, **Gajanin V**, Jefić B. Correlation between expression of p53 oncoprotein and histological grade and stage of disease in squamous carcinomas in oral cavity. Archive of oncology 2002; 10(Suppl 1): 93–1.

0,3 x 3= 0,9бодова

5.7. Krivokuća Z, **Gajanin V**, Bućma T, Gajanin R. Microsurgical anatomy and clinical significance of extracerebral segment of superior cerebellar artery in pons supply. Scripta scientifica medica 2002; 34 (Suppl 1): 74 - 1.

0,75 x 3 = 2,25бодова

5.8. Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V**. Quantitative analysis of vascular net of human brain`s gyrus praecentralis. Folia anatomica 2001; 29 (Suppl 1): 50 - 1.

3бодa

5.9. Krivokuća Z, Bućma T, **Cvijić V**. Morphological analysis of pontine branches of basilar artery at human being and its clinical significance. Folia anatomica 1998; 26 (Suppl 2): 54 - 1.

3бодa

5.10. Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V**. Vascular network of pre-central gyrus of frontal lobe in human brain - morphometric and clinical characteristics. Scripta scientifica medica 2002; 34 (Suppl 1): 73 - 1.

3бодa

5.11.Gajanin R, Klem I, Eri Ž, Latinović LJ, **Gajanin V**. Morfological differentiation between regenerative changes in bronchial glands and squamous carcinoma. Archive of oncology 2004; 12(Suppl 1): 73–1.

0,5 x 3= 1,5бодова

5.12.Gajanin R, Klem I, Eri Ž, **Gajanin V**, Babić B, Latinović Lj, Grbić S, Čampara G. Gastrointestinal autonomic nerve tumor - a case report. Book of articles. XII Congress of the Asociacion of Serbia and Montenegro Pathologists with international participation. Palić 2006: 87-1.

0,3 x 3= 0,9бодова

5.13.Gajanin R, Babić B, Klem I, Eri Ž, **Gajanin V**, Zrnić B. Metaplastic changes bronchial glands on the place of the previous biopsy. Virchows Archiv August 2005; 447(2):389-2.

0,3 x 3= 0,9бодова

6. Радови у зборнику радова са националног научног скупа, штампани у апстракт

6.1.**Gajanin V**, Ćelić M, Kezić Z. Pyoderma gangrenosum. Zbornik sažetaka III kongres infektologa Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učešćem, Banja Luka 2006: 93-1.

1бод

6.2.Šućur G, Trninić S, Ćelić M, **Gajanin V**. Skin larva migrans. Abstract book. 1st BH International Dermato-Venerology Conference. Sarajevo 2007:69-1.

0,75 x 1=0,75бодова

6.3.Grujić D, Zrnić B, Popović G, Brđanin D, **Gajanin V**. Klippel-Trenaunay syndrome. Abstract book. 1st BH International Dermato-Venerology Conference. Sarajevo 2007: 87-2.

0,5 x 1=0,5бодова

6.4.Stefanović I, Stefanović S, Ćelić M, **Gajanin V**, Gajanin R. Unstable psoriasis in childhood: An important role of histologic evaluation. Abstract book. 1st BH International Dermato-Venerology Conference. Sarajevo 2007:60-1.

0,5 x 1=0,5бодова

Укупан број бодова прије посљедњег избора: 64, 3 бодова

Радови послје посљедњег избора/реизбора

(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)

1. Оригинални научни радови у часопису међународног значаја

1.1.**Gajanin V**, Krivokuća Z, Kostić K, Gajanin R, Sladojević I. Značaj ekspresije vaskularnog endotelnog faktora rasta kod melanoma kože. Vojnosanitetski pregled 2010; 67(9):1-9.

0,5 x 10=5 бодова

Меланом је хетерогено обољење коже и слузница које у последњим деценијама показује изразито повећање инциденције у целом свету. У процесу настанка нових крвних судова учествују стимулатори ангиогенезе. Повећава се продукција васкуларног ендотелног фактора раста (VEGF-C и VEGF-D) чијом експресијом долази до промене ендотелних ћелија што за последицу може имати већи степен агресивности тумора. Циљ истраживања био је да се утврди степен експресије VEGF у меланомима коже различитих регија у различитим примарним стадијумима болести. Истраживање је обухватало биопсијске материјале коже 39 болесника. На материјалима који су добијени ексцизијом урађена је рутинска хистолошка обрада и одређени су следећи параметри: хистолошки тип, дебљина промене (Breslow), Clark ниво, TNM (тумор нодус метастаза) стадијум (pT), ширина промене, густина лимфоцитног инфилтрата у тумору, митотски индекс, фаза раста тумора, присуство улцерације, ћелијски тип тумора, локализација и степен експресије VEGF. Анализом је утврђено да 61,54% меланома коже показује високу експресију VEGF. Нодуларни и акрални лентигозни тип меланома чешће показују високи степен експресије VEGF, а површински ширећи меланом чешће ниски степен експресије VEGF ($p=0,032$, $p<0,05$). Виши степен експресије присутан је у меланомима који су дебљи (виши стадијум према Breslow) ($p=0,011$, $p<0,05$). Ширина лезије не утиче на степен експресије VEGF у меланому ($Y=142,000$, $p=0,273$). Меланоми показују висок степен експресије VEGF. Нодуларни и акрални лентигозни тип меланома показују високу експресију VEGF, а површински ширећи меланом показује ниску експресију VEGF. Меланоми у вишем стадијуму болести (Breslow, Clark, pT) показују већи степен експресије VEGF.

1.2. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Gajanin R, Vujković Z, Sladojević I, Zrnić B. Ekspresija vaskularnog endotelnog faktora rasta u melanocitnim nevusima. Med Pregl 2011; LXIV (1-2): 29-5.

0,3 x 10 =3 бода

Меланоцитни невуси представљају бенигне неопластичне пролиферације меланоцита, односно варијетет хамартомских и/или неопластичних лезија у кожи. Степен експресије васкуларног ендотелног фактора раста у бенигним меланоцитним промјенама (невуси) је низак у највећем броју случајева, а повећана експресија васкуларног ендотелног фактора раста може бити показатељ пренеопластичних промјена у меланоцитним лезијама. У нашем истраживању извршена је процјена степена експресије васкуларног ендотелног фактора раста на материјалима 34 пацијента са бенигним меланоцитним промјенама коже. Вршена је семиквантитативна процјена експресије васкуларног ендотелног фактора раста (скор 0 - 3). Невуси показују експресију васкуларног ендотелног фактора раста у 79,41% случајева. Низак степен експресије (скор 1) је утврђен у 70,59% случајева. Резултати не показују статистички значајну разлику у присуству и степену експресије васкуларног ендотелног фактора раста у односу на морфолошке параметре: хистолошки тип, дефект на површини, густина инфламацијског инфилтрата, митотски индекс, фаза раста и ћелијски тип. Наше истраживање експресије васкуларног ендотелног фактора раста се подудара са истраживањима већине аутора, који указују да је експресија васкуларног ендотелног фактора раста присутна у невусима, а да је степен експресије већи у диспластичним невусима и меланомима. Меланоцитни невуси показују експресију васкуларног ендотелног фактора раста. Присуство и степен експресије васкуларног ендотелног

фактора раста не показује разлику с обзиром на различите морфолошке параметре.

1.3. Sladojević I, Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V**. Kvantitativna analiza vaskularne mreže jedara okulogirnih živaca. Med Pregl 2011; LXIV (3-4): 143-4.

0,75 x 10 =7,5 бодова

На 30 можданих стабала одраслих лица, оба пола, без дијагностикованих неуролошких обољења одређивали смо квантитативне карактеристике васкуларне мреже једара окулогирних живаца (nucleus nervi oculomotorii principalis, nucleus nervi trochlearis i nucleus nervi abducentis). Стратуме дебљине 3 милиметра смо узимали у трансферзалној равни и резали у семисеријске резове дебљине 0,3 микрометра који су бојени Mallory методом. Фотографије истраживаних једара анализирани су софтвером ImageJ уз коришћење мрежице А 100. Статистички значајна разлика ($p < 0,05$) постоји у волуменској и површинској густини крвних судова, nucleus nervi oculomotorii principalis i nucleus nervi trochlearis, односно nucleus nervi trochlearis i nucleus nervi abducentis. У дужинској густини крвних судова није било статистички значајне разлике. Крвни судови nucleus nervi oculomotorii principalis i nucleus nervi abducentis су сличних димензија и имају приближно исти образац арборизације, док су крвни судови nucleus nervi trochlearis значајно мањих димензија и густине.

1.4. Baroš Ninković Đ, **Gajanin V**, Gajanin R, Zrnić B. Komparativna analiza uspeha lečenja psorijaze standardnim terapijskim modalitetima i balneoterapijom. Med Pregl 2014; LXVII (5-6): 154-6.

0,75 x 10 =7,5 бодова

Псоријаза је хронична, инфламаторна, имунопосредована кожна болест. Поред стандардних терапијских модалитета (антибиотици, цитостатици, фототерапија, фотохемотерапија и ретиноиди), у терапији се примењују и нестандартне терапијске методе као балнеотерапија, али најчешће комбинација више терапијских средстава. Циљ рада био је да се утврди дужина ремисије псоријазе код пацијената лечених стандардним терапијским модалитетима, балнеотерапијом и комбинованим лечењем (стандардним терапијским модалитетима и балнеотерапијом). Анализирано је 60 одраслих пацијената оба пола, оболелих од различитих клиничких облика псоријазе, подељених у три групе према примењеним терапијским модалитетима: група I (лечена стандардним терапијским модалитетима), група II (лечена балнеотерапијом) и група III (лечена комбинованим терапијским модалитетима – стандардним методама и балнеотерапијом). Свим пацијентима смо одређивали индекс процене тежине псоријазе у 1, 3. и 6. Недељи лечења. Пратили смо лабораторијске анализе: Ц-реактивни протеин, гвожђе, укупни капацитет везаног гвожђа, капацитет везивања незасићеног гвожђа, феритин, мокраћну киселину, реуматоидне факторе и антитела на стрептолизин О у 1. и 6. недељи лечења. Просечна дужина ремисије код пацијената лечених стандардним терапијским модалитетима износи $1,77 \pm 0,951$ месеци, а код пацијената лечених балнеотерапијом износи $1,79 \pm 0,918$ месеци. Код пацијената лечених комбинованом терапијом, период ремисије је у просеку трајао $2,47 \pm 0,743$ месеци. Постојистатистички значајна разлика у дужини трајања ремисије између пацијената лечених комбинованом терапијом и пацијената лечених стандардним терапијским модалитетима ($p = 0,019$), односно балнеотерапијом $p = 0,032$).

Примена комбиноване терапије показала је најбоље резултате у лечењу псоријазе.

2. Оригинални научни радови у часопису националног значаја

2.1. Sladojević I, Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V.** Stereološka analiza nervnih ćelija ekstraokularnih motornih jedara. *Scr Med* 2010; 41(1): 9-5.

0.75 x 6 = 4,5 бодова

Неурони екстраокуларних моторних једара (nucleus nervi oculomotorii principalis, nucleus nervi trochlearis i nucleus nervi abducentis) су заобљени мултиполарни, рјеђе фузиформни или овални мотоневрони, блиједог једра и неправилно распоређених Nissloviћ тјелашаца. Циљ рада је да се одреде стереолошки параметри неурона екстраокуларних моторних једара (волуменска и површинска густина, и апсолутни број по мм² површине). Истраживање је обављено на 30 можданих стабала човјека, оба пола, без дијагностикованих неуролошких обољења, стратифицираним прикупљањем узорака у трансверзалној равни. Семисеријски парафински резови (дебљине 0,3 μm) су бојени Mallory методом. Уз коришћење микроскопа на хистолошким пресецима су идентификована екстраокуларна моторна једра и помоћу дигиталне камере сликано је интермитентно свако друго видно поље под увећањем 400x. Добијене слике су анализирани помоћу програма ImageJ, верзија 1.42e, уз коришћење тестног система А 100. Статистичка анализа је обављена уз употребу програма SPSS (верзија 16.0) уз нивозначајности разлике од 5%. Статистички значајна разлика (p<0,05) постојала је у волуменској и површинској густини, и апсолутном броју неурона по мм² површине између nc. nervi oculomotorii principalis i nc. nervi trochlearis. Између nc. nervi oculomotorii principalis i nc. nervi abducentis статистички значајна разлика постоји у волуменској густини, док се између nc. nervi trochlearis и nc. nervi abducentis разлика проналази у вриједности површинске густине и апсолутног броја неурона по мм² површине.

2.2. Bućma T, Krivokuća Z, Sladojević I, **Gajanin V.** Morfološka i topografska analiza krvnih sudova cisternalnog smenta vestibulokohlearnog nerva. *Biomedicinska istraživanja* 2011; 2 (2): 1-9.

0.75 x 6 = 4,5 бодова

Компресија нерава од стране крвних судова у понтоцеребеларном углу може узроковати функционалне промјене ових нерава. Истраживања су вршена на 40 мозгава одраслих лица, оба пола, доби 21 до 78 година. Вршено је евидентирање варијација и односа крвних судова и нерава. АІСА је у 17% десно и 6% лијево била двострука. Хипопластична АІСА је чешће виђена на лијевој страни (30%). Иако постоји чест налаз блиског односа n.VIII и крвних судова, врло су опречни ставови о постојању компресивног васкуларног синдрома.

2.3. Balaban J, **Gajanin V.** Alergijska oboljenja pacijenata liječenih u Kliničkom centru Banjaluka: rezultati kožnog prick testa u desetogodišnjem periodu. *Scr Med* 2012; 43: 20-4.

6 бодова

Аероалергени су најчешћи узроци алергије. Они укључују полене, гриње кућне прашине, животињску длаку и друге животињске продукте. Циљ нашег истраживања је установити који су аероалергени одговорни за алергијска обољења болесника тестираних у

Клиничком центру Бањалука од 2001. до 2010. године. У ово ретроспективно истраживање су укључена 4003 пацијента узраста касне адолесценције и одрасле доби. Већи број испитаника (63,5%) био је женског пола. Одговор на аероалергене оцијењен је кожним прик тестовима. Код пацијената су најчешће били дијагностиковани ринитис (40,8%), а затим слиједе дерматитис (27,6%), различите алергијске дијагнозе (16,1%) и астма (15,5%). Више од трећине (38,3%) их је одговорило позитивно на најмање један алерген. Група са ринитисом је имала највећи број позитивних тестова на грињу кућне прашине (*Dermatophagoides pteronissimus*) (24,1%) и полене корова (18,3%), затим на полене трава (15,2%), а најмање на полене дрвећа (8,2%). Мали број пацијената је позитивно реаговао на алергене животињске длаке (1,5%), перја (2,6) и бубашвабе (2,8%). Група испитаника са различитим дијагнозама је имала најмање позитивних реакција. Није било статистички значајне разлике између група тестираних на бубашвабу (*Blattella germanica*), перје и животињску длаку. Иако су пацијенти женског пола бројнији, код мушкараца су сви алергени чешће позитивни него код жена. Више од трећине тестираних пацијената има алергијски ринитис. Гриња кућне прашине (*Dermatophagoides pteronissimus*) и полени корова су најчешћи аероалергени у свим испитиваним групама.

2.4. Gajanin R, **Gajanin V**, Krivokuća Z, Sladojević I, Vućma T. Expression of Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) in Melanocytic Skin Alterations. *Scr Med* 2012; 43: 85-5.

0,5 x 6 = 3 бода

Истраживање фактора раста је значајно за даљи развој терапијских модалитета у лијечењу малигних болести коже. Циљ ове студије је да одреди однос између нивоа експресије ВЕГФ-а и морфолошких параметара (биолошко понашање лезије, хистолошки тип, дефект површине, густина инфламаторног инфилтрата, митотски индекс, стадијум раста и ћелијски тип) у меланоцитним невусима и меланомима коже различитих регија. Истраживање је урађено на биопсијским материјалима коже 73 пацијента, који су подијељени у двије групе (група I-меланоми, група II-невуси). Одређивани су сљедећи параметри: хистолошки тип, дебљина промјене (према Breslow-у), Clark-ов ниво, pTNM стадијум, ширина промјене, густина лимфоцитног инфилтрата у тумору, митотски индекс, стадијум туморског раста, присуство улцерације, ћелијски тип тумора, локализација и ниво експресије ВЕГФ-а. Већина бенигних меланоцитних промјена коже показује низак ниво експресије ВЕГФ-а у 91.18% случајева. У групи меланома, висок ниво експресије је уочен у 61.54 % случајева. Нодуларни и акрални лентигоинозни тип меланома чешће показују висок ниво експресије ВЕГФ-а, док површински ширећи меланом обично показује низак ниво експресије ВЕГФ-а. Бенигне меланоцитне промјене имају низак, а малигне висок ниво експресије ВЕГФ-а. Кључне ријечи. Васкуларни ендотелни фактор раста; кожа; меланоцитне промјене; прогноза.

3. Научни радови на научном скупу међународног значаја штампани у цјелини

3.1. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Zrnić B, Gajanin R, Sladojević I. Lokalizacija i histološki tip melanocitnih tumora kože. *Zbornik radova – Drugi kongres doktora medicine Republike Srpske* 2011: 31-4.

0,5 x 5 = 2,5 бодова

Установљено је да мушкарци имају лошију прогнозу него жене, да меланоми смјештени на глави и врату имају лошију прогнозу у односу на друге регије, те да су нодуларни и

акрални облици меланома са далеко лошијом пргнозом у односу на површински ширећи меланом исте дебљине. Циљ рада је био да се утврди хистолошки тип и локализација бенигну меланоцитних промјена (невуса) и меланома. Материјали су подијељени у двије групе: I група (дијагностикован меланом, 39 испитаника), II група (дијагностикован невос, 34 испитаника). Према анатомској регији промјене су подијељене у три подгрупе: глава и врат, труп и екстремитети. Најчешћи хистолошки тип невоса је дермални меланоцитни невос, а меланома је најчешћи нодуларни меланом. Невуси су најчешће локализовани на трупу, док су меланоми локализовани на екстремитетима.

3.2. Baroš Ninković Đ, **Gajanin V**, Prtina A, Gajanin R. Najčešći parametri metaboličkog sindroma kod pacijenata oboljelih od psorijaze. Zbornik radova-Šesti međunarodni kongres „Ekologija, zdravlje, rad, sport“ Banjaluka 2013: 141-6.

0,75 x 5= 3,75 бодова

У раду су приказани најчешћи параметри метаболичког синдрома (МС) код пацијената обољелих од псоријазе. Како је псоријаза болест непредвидивог тока са различитим клиничким манифестацијама од које у свету болује више од 80 милиона људи, што чини око 5% свих дерматоза, јасан је њен значај и интересовање за испитивање фактора метаболичког синдрома који представљају ризик за развој дијабетеса и кардиоваскуларних обољења. Пацијенти са псоријазом имају повећан ризик за развој инсулинске резистенције, гојазности, поремећаја метаболизма масти и хипертензије који карактеришу МС. Циљ рада је био утврдити учесталост МС и појединих његових чинилаца код особа обољелих од псоријазе. Истраживање је спроведено као проспективна студија која је обухватила 49 пацијената са различитим клиничким облицима псоријазе подељеним у две старосне групе (до 40 година и преко 40 година). Дијагноза псоријазе је утврђена на основу клиничких параметара и/или патохистолошке анализе измијењене коже. Преваленција МС код испитаника је утврђена према присуству три или више од следећих пет параметара: централна гојазност (мјерена повећаним обимом струка), снижене вриједности ХДЛ -холестерола, повишене вриједности серумских триглицерида, повишен крвни притисак и повишена гликемија наташте. Свим испитаницима су рађене лабораторијске анализе које дефинишу метаболички синдром, одређиван обим струка и мјерен крвни притисак. Учесталост МС код пацијената обољелих од псоријазе је висок и износи $57,1\% \pm 13,86$ (95% CI 43,3% -71%). Најзаступљенији параметри метаболичког синдрома код пацијената са псоријазом су централна гојазност 86,4% жена и 81,5% мушкараца (95% CI 70,89-91,42) и хипертензија код 34,8% мушкараца и 24,4% жена (95 % CI 45,18-71,81).

4. Радови у зборнику радова са међународног научног скупа, штампани зборнику извода радова

4.1. Ninković Baroš Đ, **Gajanin V**, Zrnić B, Ristić D. Najčešće komponente metaboličkog sindroma kod pacijenata sa psorijazom liječenih u Klinici za kožne i polne bolesti KC Banjaluka. Program i zbornik sažetaka-XVI Beogradski dermatološki dani, Beograd 2011: 39-2.

0,75 x 3 = 2,25 бодова

Данас знамо да псоријаза није само болест коже већ је повезана са другим оболјенима као што су псоријатични артритис, Mb Chron, кардиоваскуларне болести и метаболичким синдромом. Метаболички синдром представља скуп метаболичких и хемодинамских поремећаја који се појављују удружено и код појединих особа и вишеструко повећавају ризик од артериосклеротских, кардиоваскуларних болести и дијабетеса тип 2. Током 2000. године ревидирани су дијагностички критеријуми за метаболички синдром и централна гојазност није обавезан критеријум за постављање дијагнозе већ један од критеријума. Циљ рада је био да се утврде компоненте метаболичког синдрома најзаступљеније код особа од псоријазе и преваленцију метаболичког синдрома код наших пацијената. Истраживање је проведено као проспективна епидемиолошка студија која је обухватила 49 пацијената оболјелих од псоријазе подијељених у 2 групе: до 40 година и преко 40 година старости. Преваленција метаболичког синдрома и појединих његових компоненти је одређивана према Консензусу из 2009. године. Од статистичких метода кориштен је процентуални однос са табеларним и графичким приказима добијених резултата. Преваленција метаболичког синдрома код наших пацијената износ 59,2% (95% CI 43,3-71%). Код пацијената мушког пола преваленција износи 63%, а код жена 54%. Остале компоненте метаболичког синдрома су биле заступљене у високом проценту као: хипертензија код 63% мушкараца и 54,5% жена, централна гојазност код мушкараца у 81,5%, а код жена 86,4%. Трглицеридемија је била присутна код 54,5% жена и 23% мушкараца оболјелих од псоријазе. Гликемија на таште изнад 5,6 је била присутна код 48,1% пацијената мушког пола, а у 18,2% пацијената женског пола. У нашој студији су били заступљени пацијенти преко 40 година (83%), код којих је заступљен метаболички синдром у 61% случајева, и млађи пацијенти од 40 година (16%) код којих је метаболички синдром заступљен у 37,5%. У закључку: метаболички синдром је болест модерног доба повезан са прекомјерном тјелесном гојазношћу централног типа и инфламаторним оболјенима као са псоријазом. Наши подаци се поклапају са подацима из литературе. Дања истраживања биолошких маркера, фактора метаболичког синдрома и псоријазе, те њихових генетских утицаја, може помоћи у идентификацији пацијената који би могли имати ризик за развој метаболичког синдрома и системских болести, да би могли добити правовремену дијагнозу и терапију.

4.2. Ninković Đ, Prtina A, **Gajanin V**, Zrnić B, Ristić D. Hidradenitis suppurativa kod pacijenta liječenog tuberkulostatskom terapijom, dijagnostičke i terapijske dileme. Program i zbornik sažetaka-XVI Beogradski dermatološki dani, Beograd 2011: 70-2.

0,5 x 3 = 1,5 бодова

Hydradenitis suppurativa представља некротизирајућу, рецидивантну упалу апокриних жлијезда која се манифестује појавом болних еритематозних и еритемоливидних нодуса који могу да улцеришу, те за послједици имају стварање неправилних ожилјних промјена. Промјене су локализоване углавном аксиларно, ингвинално и перианално, а рјеђе на врату и мамиларно. Поред генетске предиспозиције, појави хидраденитиса доприноси гојазност и имунолошки поремећаји. Промјене могу да трају годинама, а није ријетка појава спиноцелуларног карцинома на егзулцерисаним нодусима. Диференцијално дијагностичке тешкоће могу да представљају туберкулоза коже, планоцелуларни карцином, актиномикоза и инвазивне гљивичне инфекције. Лијечи се антибиотском терапијом у ранијој фази обољења, а касније долази у обзир хируршка терапија. Приказали смо пацијента у доби од 49 година са појавом болних еритематозних нодуса и појавом улцерација са пурulentном и хеморагијском секрецијом, локализованих перианално, аксиларно и ингвинално. Уназад неколико година пацијент се лијечио због вулгарних акни. Од марта 2009. године лијечио се под контролом хирурга због фурункула на глутеусима и апсцеса перианално. Хоспитализован је у августу 2009. године у Клиници за кожне болести. Промјене на кожи су се јављале у виду еритемоливидних егзулцерисаних нодуса и цикатрикса и лихенифицираних плакова на потколјеницама. На основу клиничке слике и патохистолошког налаза постављена је дијагноза супуративног хидраденитиса, а због позитивног Quantiferon теста укључена је тројна туберкулозостатска терапија уз консултацију пулмолога. У лабораторисјким налазима: Параметри инфламације: CRP 98, Se 90/115, фибриноген 7,0. Леукоцити 12, а остали хематолошки и биохемијски налази су били у границама референтних вриједности. Рендгенски снимак плућа је био уредан, *Quantiferon-TB Gold (In-Tube Method)* тест је био позитиван, директни микроскопски препарат по *Ziehl-Neelsen*: ацидорезистентни бацили нису нађени. Консултативни налаз пулмолога: Hydradenitis suppurativa, а у терапију се могу увести туберкулозостатици. Патохистолошки налаз је одговарао хроничној продуктивној инфламацији, могуће и у оквиру хидраденитиса. Ординирана је системска антибиотска терапија и локална антисептичка терапија на коју је дошло до блаже регресије инфламације. По консултацији са пулмологом укључена је тројна туберкулозостатска терапија са еутиазоном, рифадином (600 мг) и изонијазидом у трајању од шест мјесеца. По проведеној терапији је дошло до потпуне регресије кутаних промјена и инфламације са заостајањем ожилјних промјена, као и нормализације лабораторисјких параметара. Закључак: на основу клиничке слике и патохистолошког налаза постављена је дијагноза супуративног хидраденитиса. Од хируршке интервенције се одустало због високих параметара упалне фазе и позитивног *Quantiferon-TB* теста. До регресије промјена и задовољавајућег клиничког одговора је дошло након шест мјесеци. Остаје отворена дилема да ли се радило о хидраденитису и туберкулози коже, туберкулози неког висцералног органа или латентној туберкулози. У нашој пракси нисмо имали пацијента са хидраденитисом и туберкулозом, а ови подаци су у корелацији са подацима из нама доступне литературе.

4.3. Sladojević I, Krivokuća Z, Bućma T, **Gajanin V.** Quantitative analysis of arterial network of extraocular motor nuclei. Programm of the 5th International Symposium of Clinical and Applied Anatomy and 1st Paneuropean Meeting of Anatomists, Graz 2013: 102-1.

0,75 x 3 = 2,25 бодова

Принципално једро окуломоторијуса и трохлеариса исхрањују гране задње церебралне артерије, док једро абдуценса васкуларизују гране понтине артерије и предње доње церебеларне артерије. Материјал и методе. Анализирано је 30 мозгова одраслих особа оба пола. Одређивани су релативни стереолошки параметри артеријске мреже екстраокуларних моторних једара: волуменска, површинска и дужинска густина. Резултати. Утврђена је статистички значајна разлика вриједности волуменске и површинске густине између једра окуломоторијуса и трохлеариса једра, као и између једра окуломоторијуса и абдуценса. Није утврђена статистичка значајност у вриједностима дужинске густине екстраокуларних једара.

4.4. Gajanin R, Ninković Baroš Đ, Šatara M, **Gajanin V.** Atypical Spitz tumor-case report. Knjiga sažetaka-1st Euro-Asian Melanoma Congress in Bosnia and Herzegovina, Sarajevo 2014:1-1.

0,75 x 3 = 2,25 бодова

Spitz тумори представљају групу меланоцитних тумора који се типично јављају код младих пацијената. Хистолошки су саграђени од мјешавине меланоцитних ћелија вретенастог и епителоидног изгледа које показују различит степен хистолошке и цитолошке атипичности. Клиничко понашање овог тумора је и даље нејасно. Морфолошки критеријуми који одређују клиничко понашање тумора нису усаглашени. Најзначајни критеријуми који утичу на клиничко понашање тумора су: однос према епидермису, митотски индекс, присуство атипичних митоза, степен цитолошке атипичности. Морфолошки параметри који су значајни у диференцијацији меланома од невуса најчешће нису корисни у предвиђању клиничког понашања атипичног Spitz тумора. Аутори приказују пацијента у старости 13 година са клинички верификованом пигментном промјеном на дорзалној страни десног стопала: Промјена је димензија 0,5ц0,4цм, без присутне улцерације. Промјена је хируршки одстрањена а на узорку је утврђена хистолошка дијагноза атипичног Spitz тумора. Морфолошки у узорцима се налази акантоза, јункциона гнијезда грађена од крупних епителоидних и вретенастих меланоцита, обилне цитоплазме, овалног једра са уочљивим нуклеолусом. Дуж базалног слоја-лентигинозно, као и супрабазално-пагетоидно, нађу се фокално и цијелом дебљином епидерма до гранулозног слоја, појединачни атипични меланоцити. У површинском дерму се налазе се крупни епителоидни меланоцити, поједини изгледа ганглијских ћелија. Мјестимично се налазе мале субепидермалне еозинофилне глобуле (Камино тјелашца). Присутне су ријетке митозе у јункционим гнијездима и једна интрадермална локализована близу доњег руба промјене. Присутни су мањи фокуси лимфоцитног инфилтрата у површинском дерму. Имунохистохемијски налаз: Атипични меланоцити показују имунореактивност на p16, Цуцлин Д1. Ки-67: присутна имунопозитивност једара појединачних меланоцити локализованих у епидермису и врло ријетки у дермису. Закључак: С обзиром на често присутне тешкоће у морфолошкој диференцијацији бенигних и малигних Spitz тумора, све чешће се користи интермедијарна категорија, Spitz тумор (атипични Spitz тумор). Због тога се препоручује хируршка ексцизија за све клинички атипичне Spitz туморе без обзира на доб дијагностиковања, те интерпретација од стране патолога специјализованог за болести коже (дерматопатолог).

4.5. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Sladojević I, Bućma T, Šarović Vukajlović M, Krivokuća M. Kvantitativna analiza magnocelularnog dijela nucleus ruber-a. Knjiga sažetaka-4. Kongres Srpskog anatomskog društva, Beograd 2014: 14-1.

0,3 x 3 = 0,9 бодова

Магноцелуларни дио nucleus ruber-a изграђују мултиполарни неурони који посједују проминентно једро, једарце и тамно обојена, равномјерно распоређена Ниссл-ова тјелашца, а васкуларизују га гране П1 и П2 сегмента а. cerebri posterior, а. communicans posterior i а. choroideae anterior. Циљеви рада су квантитативна анализа неурона и васкуларне мреже магноцелуларног дијела nucleus ruber-a, као и испитивање утицаја старења на параметре квантитативне анализе. Анализирано је 10 мезенцефалона одраслих лица оба пола, стратифицираним узорчењем у трансверзалној равни. Семисеријски парафински резови су бојени Mallory методом, а помоћу дигиталне камере снимано је интермитентно свако друго видно поље под увећањем 400x. Сlike су анализирани помоћу програма ImageJ, уз коришћење тестног система А 100. Статистичка анализа је обављена уз употребу програма SPSS, уз ниво значајности разлике од 5%. Просјечна вриједност волуменске густине неурона магноцелуларног дијела nucleus ruber-a је 0.0176 мм⁰, површинске густине 3.564 мм⁻¹ и апсолутни број на мм² површине 35.3928. Параметри васкуларне мреже су: волуменска густина 0.0135 мм⁰, површинска густина 4.188 мм⁻¹ и дужинска густина 90.8199 мм⁻². Пеарсон-ов коефицијент корелације није показао повезаност година живота и одређиваних квантитативних параметара. Испитивани параметри квантитативне анализе неурона и васкуларне мреже магноцелуларног дијела nucleus ruber-a се смањују са годинама живота, али смањење није статистички значајно.

5. Радови у зборнику радова са националног научног скупа, штампани зборнику извода радова

5.1. **Gajanin V**, Krivokuća Z, Zrnić B, Gajanin R, Sladojević I. Distribucija melanocitnih promjena kože prema lokalizaciji i histološkom tipu: klinički značaj. Knjiga apstrakta-Drugi kongres doktora medicine Republike Srpske, Teslić 2011: 19-1.

0,5 x 1 = 0,5 бодова

Важни прогностички параметри за меланом, осим степена инвазије и дебљине тумора, су тип малигног тумора, пол болесника и анатомска локализација примарног меланома. Циљ: Утврдити хистолошки тип и анатомску локализацију бенигних меланоцитних промјена (невуса) и меланома. Испитивање је обухватало биопсијске материјале коже 73 пацијента, урадених у Клиничком центру Бања Лука, у периоду од 2004. до 2009. године. Хистолошка типизација промјена је вршена према класификацији Свјетске здравствене организације. Материјали су подијељени у двије групе: група I (дијагностикован меланом, 39 испитаника) и група II (дијагностикован некус, 34 испитаника). Према анатомској регији промјене су подијељене на три подгрупе: глава и врат, труп и екстремитети. Дермални меланоцитни некуси су присутни у 55,88% случајева, а нодуларни меланом у 79,49% случајева. Невуси су локализовани на трупу у 76,47% случајева, а меланоми на

екстремитетима 38,46% случајева.

5.2. Sladojević I, Krivokuća Z, Gajanin R, Manojlović S, Bućma T, **Gajanin V**. Korelacija sinovitis skora i sedimentacije krvi kod pacijenata sa osteoartritisom zgloba koljena. Zbornik sažetaka-Treći Kongres doktora medicine Republike Srpske, Teslić 2013: 118-1.

0,3 x 1 = 0,3 бодова

Синовитис скор омогућава стратификацију хроничног синовитиса у: ниског интензитета (скор од 2 до 4) и високог интензитета (скор већи од 4), што корелира са природом болести. Седиментација крви је најчешће одређивани општи параметар инфламације који се преоперативно одређује, Синовитис у ОА је најчешће у вези са биоинформацијским маркерима упале, али није јасно да ли виша вриједност седиментације крви значи и јачу инфламацију синовијалне мембране. Циљ истраживања је да се семиквантитативно одреди степен инфламаторних промјена у синовијалној мембрани и корелира са вриједностима седиментације крви. 35 узорака добијених биопсијом је фиксирано 24 часа у пуферованом 10% формалину, а након рутинске обраде, прављени су парафински блокови ткива, резани на микротому у серијским резovima дебљине 5 микрометара и бојени рутинском хематоксилин-еозин (ХЕ) методом. Хистопатолошка квантификација је рађена без познавања података о пацијентима на дијеловима пресека који су имали најизраженију инфламацију коришћењем хистопатолошког скорa за хронични синовитис. Подаци о вриједностима седиментације крви су узимани из здравствених картона пацијената. Група испитаника без присутног синовитиса је имала највећу медијану седиментације (Мд* 23). Пеарсон-ов коефицијент корелације је показао веома слабу, позитивну корелацију између двије варијабле, $r = 0.076$, $n=35$, $p = 0,666$ са вишом седиментацијом удруженом са већим синовитис скором. Седиментација крви се не може користити као параметер процјене синовијалне инфламације.

6. Научна монографија националног значаја

6.1. Zrnić B, Gajanin R, **Gajanin V**, Prtina A. Eritemoskvamozne dermatoze. Prvo izdanje. Banjaluka: Medicinski fakultet Banjaluka, 2011.

10 бодова

Укупан број бодова послје последњег избора: 67,2 бодова

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

(Навести све активности (публикације, гостујућа настава и менторство) сврстаних по категоријама из члана 21.)

Виши асистент др сц. мед. Весна Гајанин учествује у извођењу наставе на 4 студијска програма Медицинског факултета Универзитета у Бањалуци (медицина, стоматологија, фармација и здравствена нега), као и на одсјеку за психологију Филозофског факултета Универзитета у Бањалуци.

4 бода

Образовна дјелатност последије последњег избора/реизбора

(Навести све активности (публикације, гостујућа настава и менторство) и број бодова сврстаних по категоријама из члана 21.)

1. Рецензирани универзитетски уџбеници који се користе у земљи

1.1. Zrnić B autori. Dermatovenerologija. Prvo izdanje. Banjaluka: Medicinski fakultet Banjaluka, 2012. **6 бодова**

1.2. Zrnić B, Gajanin R, Balaban J, **Gajanin V**, Ninković Baroš Đ, Prtina A, Tomašević Pavlović S, Babić B. Dermatopatološki priručnik. Prvo izdanje. Banjaluka: Medicinski fakultet Banja Luka, 2014.

0,3 x 6 = 1,8 бодова

2. Менторство и комисије

2.1. Ментор при изради магистарског рада кандидата др Ђуке Нинковић Барош, под називом “Компаративна анализа успјеха лијечења псоријазе стандардним терапијским модалитетима и балнеотерапијом”-Магистарски рад одбрањен 19.10. 2012.

4 бода

2.2. Члан Комисије за одбрану магистарског рада на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци, кандидата др Гордане Мацановић под називом “Морфометријска анализа субстанциае ниграе човјека”, 2013.

2 бода

2.3. Члан Комисије за одбрану магистарског рада на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци, кандидата др Ђуке Нинковић Барош под називом “Компаративна анализа успјеха лијечења псоријазе стандардним терапијским модалитетима и балнеотерапијом”, 2012.

2 бода

УКУПАН БРОЈ БОДОВА : 19,8 бодова

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора

(Навести све активности сврстаних по категоријама из члана 22.)

Пројекти

1. Gajanin R, Gojković Z, Latinović Lj, Jungić S, Amidžić Lj, **Gajanin V**. Biološkifenotipkolorektalogkarcinoma. Ministarstvo nauke i tehnologije Republike Srpske, 2007.

2 бода

2. Gajanin R, Nikolina B, Gojković Z, Kecman G, Amidžić LJ, **Gajanin V**, Radojković S. Imunomorfološki fenotip mezenhimalnih tumora gastrointestinalnog trakta, Ministarstvo nauke i tehnologije Republike Srpske, 2008. **4 бода**

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)
(Навести све активности и број бодова сврстаних по категоријама из члана 22.)

1. Стручни рад у зборнику радова са националног стручног скупа, штампан у цјелини

Ninković Đ, **Gajanin V**, Gajanin R, Prtina A. Keratosis follicularis (Morbus Darier-White). Zbornik sažetaka-II Kongres patologa Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učešćem, Banjaluka 2012: 234-3.

0,75 x 2 = 1,5 бодова

Keratosis follicularis је ријетко аутозомално наследно обољење које се карактерише типичном клиничком сликом у виду папула жућкастобраон боје са сквамом или крустом на површини. Промјене могу конфлуирати у плак на кожи трупа, поглавине и горњих екстремитета. Приказали смо пацијенткињу у доби од 23 године са појавом еритематозних и кератотичних папула дисеминованих на трупу и горњим екстремитетима. На кожи лица је био присутан еритем са мадидацијом и знацима секундарне инфекције уз изражен *foetor*. Хистопатолошки анализа је потврдила дијагнозу *Keratosisfollicularis Darier*. У терапији ове системске болести коришћени су системски ретиноиди (*Roaccutane* 40 мг), локални антибиотици, кератолитици и емолијенси на коју је дошло до добре регресије кутаних промјена.

2. Члан испитне Комисије за полагање специјалистичког испита кандидата Станојевић др Весна, Универзитет у Источном Сарајеву, Медицински факултет Фоча, 2012.

1бод

3. Превод изворног текста у облику поглавља

Moore L.K, Dalley F.A. Klinički orijentisana anatomija. Peto izdanje. Philadelphia, Beograd:Lippincott Williams & Wilkins, Romanov, 2014.**2 бода**

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:10,5 бодова

Дјелатност	Прије последњег избора	Послије последњег избора	Укупно
Научна	64,3	67,2	131,5
Образовна	4	15,8	19,8
Стручна	6	4,5	10,5
Укупно бодова	74,3	87,5	161,8

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

Доц. др сц. мед. Весна Гајанин досадашњим педагошким и научним радом активно учествује у развоју и унапређењу практичне и теоријске наставе из уже научне области Анатомија. Као аутор и коаутор урадила је више научно-истраживачких радова из области анатомије, дерматовенерологије и патологије.

У складу са Законом о високом образовању и Статутом Универзитета којима су прописани услови за избор наставника, узимајући у обзир број и квалитет објављених радова и научно-истраживачке активности кандидата, Комисија констатује да доц. др сц. мед. Весна Гајанин испуњава све услове за избор у звање ванредног професора. На основу напријед реченог Комисија са посебним задовољством предлаже Научно-наставном вијећу Медицинског факултета у Бањалуци и Сенату Универзитета да доц.др сц. мед. Весну Гајанин, изабере у звање ванредног професора на Медицинском факултету Универзитета у Бањалуци за ужу научну област Анатомија.

У Бањој Луци и Нишу
децембар 2014.године

ПОТПИСИ ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ:

Потпис чланова комисије:

Проф. др Зденка Кривокућа,
редовни професор, ужа научна област Анатомија,
Медицински факултет Бањалука, предсједник

Проф. др Снежана Павловић
редовни професор, ужа научна област Анатомија,
Медицински факултет Ниш, члан



Проф. др Татјана Бућма
ванредни професор, ужа научна област Анатомија,
Медицински факултет Бањалука, члан

