

**УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ**  
**ФАКУЛТЕТ: МЕДИЦИНСКИ**



**ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ**  
*о пријављеним кандидатима за избор у звање*

**I. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ**

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: Конкурс Универзитета у Бања Луци од 05. 12. 2012. године у листу „ Глас Српске“ за избор наставника за ужу научну област Хирургија
Ужа научна/умјетничка област: Хирургија
Назив факултета: Медицински факултет Бања Лука
Број кандидата који се бирају: 1(један)
Број пријављених кандидата: 1(један)
Датум и мјесто објављивања конкурса: Конкурс је објављен 05. 12. 2012. год, дневни лист „Глас Српске“ Бања Лука
Састав комисије: а) Др Радивој Брдар, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Универзитета у Београду, председник б) Др Милорад Станишић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Бања Луци, члан в) Др Душко Васић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Бања Луци, члан г)
Пријављени кандидати 1. Мирко Раковић

## II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

### Први кандидат

#### а) Основни биографски подаци

Име и презиме:	Мирко Раковић
Датум и мјесто рођења:	21. 04. 1956. год. Шљивно, Бања Лука, БиХ
Установе у којима је био запослен:	Дом здравља Лакташи Дом здравља Бања Лука Клинички центар Бања Лука
Звања/радна мјеста:	Љекар опште праксе Љекар-дјечији хирург
Научна/умјетничка област:	Хирургија
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Комора доктора медицине РС Друштво доктора дјечије хирургије БиХ

#### б) Биографија, дипломе и звања:

<b>Основне студије</b>	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Нови Сад, 1980. год.
Просјечна оцјена:	8.1
<b>Постдипломске студије:</b>	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, март 1998. год
Назив магистарског рада:	„Повезаност раног неуроендокриног одговора, тежине ратне повреде и процес зарастања ратне ране“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Просјечна оцјена:	10
<b>Докторат:</b>	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, децембар 1999. год
Назив дисертације:	„ Хируршко лијечење неспуштених тестиса; Која метода и када?“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, период)	
Виши асистент на Катедри за хирургију, Медицински факултет, Универзитет у Бања Луци, 1998-2001.	
Доцент на Катедри за хирургију, Медицински факултет, Универзитет у Бања Луци, 2001-2007.	
Ванредни професор на Катедри за хирургију, Медицински факултет, Универзитет у Бања Луци, 2007-2013.	

## **в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата**

Радови прије последњег избора/реизбора

### **1.Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја**

Данелишен Д, Раковић М: „Препонска кила и радно-спортска способност“, Савремени спорт бр 3-4, 2004. године, стр. 12-19

(6 бодова)

Ракоњац З, Раковић М: „Процјена радиографских и клиничких параметара у постављању индикација за хируршку корекцију *res equipovagus*“, Значења бр. 46, 2003, Добој, срт 237-240, презентован на Секцији дјечијих хирурга бања Лука са међународним учешћем (2003. год)

(6 бодова)

Шатара М, Раковић М: „Фотодензитометрија као метода избора процјене вриједности калуса“, Значења бр. 40, 2001, Добој, стр. 167-175

(6 бодова)

Раковић М, Ракоњац З: „Транзиторни синовитис кука-диференцијална дијагноза“, Значења бр 41, Добој, стр. 279-283

(6 бодова)

Раковић М: „Хормонско лијечење неспуштених тестиса“, Значења бр 52, 2005, Добој, стр. 178-183

(6 бодова)

### **2.Стручни рад у часопису националног значаја**

Раковић М: „Проблеми и неопходне промјене у здравству“, Менаџер бр. 19/20, 2003, Бања Лука, стр. 46-47

(2 бода)

Раковић М: „Појам шока“, Значења бр. 48/49, 2004, Добој, стр. 185-191

(2 бода)

Раковић М: „Хирург и пацијент“, Значења бр. 50, 2004. Добој, стр. 231-237

(2 бода)

Раковић М: „Здравље и здравствена политика“, Значења бр. 51, 2005, Добој, стр. 349-355

(2 бода)

Раковић М: „Појам и значај трансплантације органа“, Значења бр. 54/55, 2006, Добој, стр. 321-325.

(2 бода)

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

Шатара М, Ракоњац З, Раковић М: „Renal cell carcinom“, Секција дјечијих хирурга Србије и Црне Горе са међународним учешћем, 2003, Бања Лука

(5 бодова)

Шатара М, Ракоњац З, Раковић М: „*Onlay* дорзална флап спонгиопластика у превенцији формирања фистуле након *spodgrass* операције хипоспадије“, Шести Конгрес дјечијих хирурга Федерације БиХ са међународним учешћем, Бихаћ

(5 бодова)

Радови послје последњег избора/реизбора

### **1. Оригинални научни радови у часопису међународног значаја**

Раковић М, Раковић Ђ: „Importance of medical chamber in relation to the same institution in Serbia“, Правни живот, 2008. Београд, стр. 941-949.

(10 бодова)

Циљ овог рада је да објасни појам и значај Лјекарске коморе у Републици Српској са поређењем рада Лјекарске коморе Србије. Назначене су обавезе Лјекарске коморе, а то су: води евиденцију свих љекара у Републици Српској; контролише рад љекара; даје, обнавља, и одузима одобрење за

самостални рад; доноси Кодекс медицинске етике и прати његово спровођење. Комора има свој Статут, а њега доноси у сарадњи са надлежним министарством. Статут Лјекарске коморе прописује дисциплинску одговорност и изриче теже и лакше дисциплинске повреде лјекарске етике. За разлику од Лјекарске коморе Републике Српске у саставу Лјекарске коморе Србије су сљедеће регионалне Коморе:

1. Регионална лјекарска комора Београд
2. Регионална лјекарска комора Војводине, чије је сједиште у Новом Саду
3. Регионална лјекарска комора за југоисточну Србију, чије је сједиште у Нишу
4. Регионална лјекарска комора за централну и западну Србију, са сједиштем у Крагујевцу
5. Регионална лјекарска комора за Косово и Метохију са сједиштем у Косовској Митровици

Док се лјекарска комора Републике Српске финансира искључиво од чланарине и из накнада за издавање и обнављање лиценци, Лјекарска комора Србије се финансира:

1. Из чланарине;
2. Из накнада за издавање и обнављање лиценци;
3. Из накнада за упис у именик коморе;
4. Из поклона и легата;
5. Из накнада за издавање увјерења и других докумената;
6. Из других извора, у складу са Законом и Статутом коморе.

У раду обје Коморе има доста заједничких постулата дјеловања: лџкар и пацијент су дефинисани корелативним односом; основне дужности лџкара; заснованост лџкарских одлука; право на слободан избор лџкара; обавјештавање приликом пријема у здравствену установу; начин лијечења; пристанак болесника; посебна брига о дјечи; поштовање права и подршка пацијенту; забрана злоупотреба, несавјестан и нестручан поступак-мал пракса; право пацијента на истину; однос према пацијентовим ближњим и одбијање и лијечење од стране лџкара.

**Раковић М, Раковић Ђ: „Physician's fault and liability“, Правни живот, 2009. Београд, стр. 387-394.**

**(10 бодова)**

Циљ овог истраживања је да се објасни појам „лџкарске грешке“, јер је тој проблематици и рјешавању приступила већина европских земаља. Овдје се наводи да постоје разни узроци за постојање „лџкарске грешке“: некомпетентност, непажња, погрешна дијагноза, апотекарске грешке и слично. Најчешће грешке се дешавају у болницама, лџкарским ординацијама, хитним службама. Већина истраживања „лџкарских грешака“ говори у прилог да се оне могу избјећи ако се приступи са већом пажњом лијечењу пацијента. Већина пацијената подноси тужбе да се утврди кривична или грађанска одговорност лџкара. Већина европских земаља има озбиљан приступ проблему лџкарске грешке, као и смањењу лџкарских грешака, тако што велику пажњу посвећују унапређењу квалитета здравствене заштите као и санкционисању грешака, или другим ријечима, тако што утврђују одговорност за настале штете.

Англосаксонке земље као што су Енглеска и Америка појашњавају лџкарску грешку кроз усвајање термина тзв. *медицинске рђаве праксе*, на коме се заснива правни концепт лџкарске одговорности за штету. Приликом лијечења пацијента, од лџкара се не може очекивати да уради немогуће на подручју здравља, не зависи све од лџкара, него и од самог пацијента, односно његове физичке конституције. Сама пажња се састоји у чињењу или нечињењу лџкара према пацијенту, приликом оперативног захвата или приликом дијагнозе.

У нашем друштву се мијења друштвени систем, уводи се тржишна привреда, а и други односи у друштву се мијењају. У оквиру тога, долази до промјена у организацији здравства и здравствених радника. Оно што је важно за лџкарску професију је савјест и знање; једно без другог не може да функционише. Од етичког и стручног понашања зависи да ли ће здравствени радник бити успјешан или неуспјешан. Постоји у народу изрека: *савјест без знања је некорисна, а знање без савјести је неморал*.

Када дође до грешке од стране лџкара, онда је претпоставка одштетне одговорности. Одштетно право у нашој земљи, као и у другим земљама; не познаје термин лџкарске грешке, али нема разлога да буде прихваћено у судској пракси или теорији. Само дефинисање појма лџкарске грешке није могуће осим неком неодређеном формулацијом, будући да она зависи од конкретне ситуације.

## **2. Оригинални научни радови у часопису националног значаја**

**Мирошљевић В, Вукичевић А, Стајчић Љ, Предојевић-Самарцић Ј, Раковић М, Тодоровић Љ, Љубоја О: „ Abscessus pulmonum:unexpected outcome of surgical treatment“, Scripta medica бр 1,**

**2010, Бања Лука, стр. 199-204.**

**(0.3\* 6=1.8 бола)**

У раду је приказан случај 12-годишње дјевојчице, која је примљена на одјељење пулмологије Клинике за дјечије болсти КЦ Бања Лука у фебруару 2010. год, због радиографски верификоване туморске промјене у лијевом хемитораксу. Увидом у медицинску документацију пацијенткиња је претходно имала два оперативна захвата због урођеног деформитета тораколумбалне кичме. По пријему на ово одјељење, а у склопу диференцијалне дијагнозе, урађен је КТ грудног коша, пасажа ГИТ-а, серологија на *Echinococcus granulosus*, УЗ абдомена и лабораторијске анализе, након чега је болесница упућена на оперативни третман на Институт за мајку и дијете у Новом Београду. Током оперативног захвата нађена је абсцесна шупљина испуњена необичним садржајем. Унутар шупљине нађена је абдоминална компреса зелене боје, вјероватно заборављена након операције кичменог стуба 2007. год. Компреса је дијелом распаднута и на више мјеста урасла у зидове абсцесне шупљине, тешко је одстрањена; обзиром да је била присутна у плеури више од двије године изазвала је велико реактивно запаљење. Извађена је у цијелости, урађена је декортикација. Након реекспанзије плућа, постављена су два дрена у плеури.

**Раковић М, Шатара М, Ракоњац З, Мирошљевић В: „Неоперативни третман екстензионих супракондиларних прелома хумеруса тип 3 ортопедском репозицијом код дјецe“, Биомедицинска истраживања, Фоча ( рад је у објави)**

**(0.75\*6= 4.5 бодова)**

У раду се истражује могућност неоперативног лијечења супракондиларних прелома хумеруса екстензионог типа код дјецe узраста од 5 до 10 година. Обрађено је 51 дијете са еусупракондиларним преломом хумеруса током периода од двије године на дјечијој хируршкој клиници. Од укупног броја прелома, 21 прелом је тип 3 (са дислокацијом већом од половине ширине кости и комплетном дислокацијом), латерално помјерање фрагмента присутно је код 16 случајева, док је преосталих 14 случајева било медијално помјерање. Све репозиције су рађене у општој анестезији под контролом портабилног РТГ апарата. Дужина имобилизације износила је 3-4 недеље. Код 70% дјецe репозиција је била успјешна, без значајније накнадне редислокације. Код дјецe до 10 година у око 80% случајева могу се успјешно конзервативно третирати преломи са великом дислокацијом и без неуроваскуларних испада. У овом узрасту одређене деформитете можемо прихватити и реално очекивати добру ремоделацију. С друге стране било какве латерале или медијалне депласмане, као и ротационе деформитете треба кориговати, јер се не могу ремоделирати. На тај начин се избегавају деформитети лакта типа варуса или валгуса који се касније морају третирати корективним остетомијама дисталног хумеруса. Оперативно лијечење у овом узрасту треба оставити за строго индиковане случајеве. У узрасту од 10-13 година треба постићи што бољу анатомску репозицију и чешће контролисати положај фрагмената радиографијом. Уколико се код дјецe у овом узрасту не може постићи задовољавајући однос фрагмената не треба оклијевати са хируршком интервенцијом.

**Раковић М, Ракоњац З, Шатара М, Грбић С: „Велика циста јајника код дјецe“, Биомедицинска истраживања, Фоча (рад је у објави)**

**(0.75\*6= 4.5 бодова)**

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

**Раковић М: „Одговорност медицинске установе за штету због љекарске грешке“, Medicus, 2011, Београд, стр. 12-15.**

**(6 бола)**

Циљ овог рада је дефинисање појма одговорности здравствене установе за штету због љекарске грешке и тражење начина сваке здравствене установе да се осигура против штете нанесене болеснику усљед неповољног исхода лијечења. Ово можемо поредити са обавезним осигурањем аутомобила против штете нанесене трећој особи. Осигурање компензује оштећење здравља настало због

лијечења, односно:

- Дијагностичких поступака
- Терапијског поступка
- Недостатка и мањка материјалних средстава, неисправност уређаја
- Инфекција, несрећа и сл.

Из рада се може закључити да у здравствени систем треба увести систем здравствене заштите тзв. No fault compensation (систем обештећења пацијента без тражења кривице). По мишљењу аутора намеће се закључак да на јединственом подручју БиХ треба урадити сљедеће:

Донијети законе који ће регулисати уговор о осигурању од одговорности за учињену лекарску грешку.

Лимитиране полисе осигурања, које представљају финансијску заштиту лекара, увести као вид обавезног осигурања.

Законе о здравственој заштити ускладити према законима Европске уније.

Увести No fault compensation систем осигурања у којем пацијент, административним путем уз обавезну полису осигурања, лакше и брже надокнађује свој одштетни захтјев.

### **3. Стручни радови у часопису националног значаја**

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

**(0.5\*2=1бод)**

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

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

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

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

**(0.5\*2=1 бод)**

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

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

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

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

### **4. Научни рад у зборнику радова са међународног научног скупа**

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

**(0.75\*5=3.75 бода)**

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

Радило се о неонатусу у другом дану живота са увећаним лијевим тестисом. Након прегледа од стране дјечијег хирурга поставе се индикације за хируршку експлорацију скротума при чему се нађе

торквиран лијеви тестис. С обзиром на очигледне иреверзибилне промјене ткива настале као посљедица дуже исхемије, наведени тестис се одстрани.  
Код клиничке слике акутног скротума на првом мјесту треба мислити на торзију тестиса као ургентног стања које захтјева хитну хируршку интервенцију. У конкретном случају радило се о екстравагиналној торзији тестиса, иначе карактеристичној за узраст неонатуса.

**Раковић М, Пашалић Д: „Appendix-чест хируршки проблем код дјече“, 6. Међународни конгрес „Екологија, здравље, рад, спорт“, септембар 2013, стр. 323-328.**

**(5 бода)**

Циљ овог рада је:

Утврдити број апендектомиране дјече у периоду од 2007-2011. год, укључујући и прва три мјесеца 2012. год.

Утврдити полну и старосну дистрибуцију оперисане дјече.

Утврдити инциденцу Мекеловог дивертикулума међу оперисаном дјецом за дати период.

Испитивање је урађено на Клиници за дјечију хирургију УКЦ Бања Лука.

У периоду који је обухваћен испитивањем оперисано је 530 дјеце (под сумњом на акутни апендицитис). У 525 случајева радило се о акутној упали црвуљка, од тога код 102 дјеце нађен је перфориран апендикс. Оперисано је 327 дјечака (62%) и 203 дјевојчице (38%). У већини случајева (454 или 86%) радило се о дјечи школског узраста. Најмлађе оперисано дијете имало је 18 мјесеци. Интраоперативно у 5 случајева нађен је Мекелов дивертикулум. Од тога један крварећи, један перфориран, један као случајан налаз у току извођења апендектомије, а у преостала два случаја радило се о класичном дивертикулитису. Оперисана су два дјечака и три дјевојчице, сва дјеца су била школског узраста.

*Инциденца Мекеловог дивертикулума у заданом периоду износи 5:530 (1%).*

**Раковић М, Пашалић Д: „Оваријалне цисте, диференцијално-дијагностички проблем“, 6. Међународни конгрес „Екологија, здравље, рад, спорт“, септембар 2013, стр. 320-322.**

**(5 бода)**

У раду је приказан случај 12-годишње дјевојчице са боловима и доњем дијелу трбуха, са раније на ултразвуку верификованом цистом десног јајника. Због болова се најприје јавила породичном љекару, одакле је упућена на гинеколошки ултразвук, а након тога дјечијем хирургу ради даље дијагностике и лијечења. У постављању дијагнозе, као и покушајха да се утврди прави узрок бола, поново је урађен УЗ трбуха. С обзиром на ултразвучни налаз (сумње на торзију јајника) и анамнестички податак акутног бола у трбуху постављена је индикација за хитан оперативни захват.

Параректалном лапаратомијом отворена је трбушна дупља, при чему је нађена руптурирана крварећа циста десног јајника. Ресециран је зид цисте, крварење је ријешено сутуром јајника. Након тога, услиједила је контрола хемостазе и трбушна дупља је затворена по слојевима. Ресециран зид цисте је послан на ПХД.

Постоперативни ток је протекао уредно и дјевојчица је уредног локалног налаза након пет дана отпуштена кући, уз редовне контроле. На контролним прегледима је била без тегоба.

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА**

**101.50**

#### **г) Образовна дјелатност кандидата:**

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

##### Квалитет педагошког рада на Универзитету

Мирко Раковић, запослен на Катедри за хирургију Медицинског факултета у Бања Луци као доцент др медицине од 2001.-2007. год. успјешно учествује у извођену теоријеске и практичне наставе из предмета Хирургија, на одсјецима медицина и стоматологија. У том својству показао смисао за педагошки рад и спремност за прихватање нових педагошких приступа у сивођену предавања, вјежби и семинара.

**(4 бода)**

Образовна дјелатност послије последњег избора/реизбора	
<b><u>Квалитет педагошког рада на Универзитету</u></b>	
У протеклом времену (од 2007. до данас) као проф. др наука активно је укључен у теоријску и практичну наставу, одржавање додипломских предавања и испуњавао је све своје законом прописане обавезе према настави на Медицинском факултету. Послије избора у звање ванредног професора објавио је књигу и коатор је у уџбенику за студенте Здравствене његе. Објавио више научних и стручних радова.	
	<b>(4 бода)</b>
<b><u>Менторство кандидата за дипломски рад</u></b>	
Ђурковић Јадранка: „Карцином желуца“, члан комисије за одбрану дипломског рада, новембар 2012. год.	
	<b>(1 бод)</b>
Видовић Александра: „ Хирурско лијечење тумора панкреаса у 2011. години на Хируршкој клиници Бања Лука, председник комисије за одбрану дипломског рада, октобар 2012. год.	
	<b>(1 бод)</b>
<b><u>Коменторство кандидата за степен другог циклуса</u></b>	
Коментор др Мирко Раковић, одлука бр. 18-3-661/2013 од 27. 09. 2013. год, Наставно-научног вијећа Медицинског факултета у Бањој Луци	
Др мед. Владимир Кривокућа: „ Ефикасност перкутане склеротерапије етанолом једноставних симптоматских бубрежних циста са и без продужене дренаже“.	
	<b>(4 бода)</b>
<b>УКУПАН БРОЈ БОДОВА</b>	<b>14</b>

**д) Стручна дјелатност кандидата:**

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора	
<b><u>Стручна књига издата од стране домаћег издавача</u></b>	
Раковић М: „Неспуштени тестис“, Бања Лука, Медицински факултет, 2006. године.	
	<b>(8 бодова)</b>
Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)	
<b><u>Стручна књига издата од стране домаћег издавача</u></b>	
Предраг Грубор и сарадници: « Хирургија и њега хируршког болесника“, Медицински факултет Бања Лука, 2010. год. Раковић М: поглавље „ Специфичност дјечије хирургије“.	
	<b>( 8 бодова)</b>
У поглављу Специфичност дјечије хирургије аутор прегледно описује историјски преглед развоја дјечије хирургије и њене специфичности:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дјечија хирургија је хирургија развојног доба,</li> <li>- Захтјева тимски рад,</li> <li>- Специфичност у прегледу дјетета,</li> <li>- Специфичност у дијагностичким и терапијским процедурама,</li> <li>- Специфичност у оперативној техници и</li> <li>- Биолошком потенцијалу дјетета.</li> </ul>	
Прегледно су описане конгениталне аномалије у неонаталном узрасту и неонатолошки приступ	



дјетету са конгениталним аномалијама.

**Мирко Раковић и сарадници: „ Дјечија хирургија“, Медицински факултет Бања Лука, 2012. год.**

**(8 бодова)**

Рад се састоји од општег и специјалног дјела. Општи дио на 40-ак страница има седам поглавља. У уводном дјелу дат је историјски преглед развоја дјечије хирургије, као и специфичности ове области. Пионирско испитивање проблема у дјечијој хирургији започео је давне 1860. год. Ј. Cooper Forster издавши књигу под насловом „*The surgical disaeses of children*“. У кратким цртама уводног дјела описане су све специфичности хирургије развојног доба.

Специјални дио се састоји од следећих поглавља: неурохирургија дјечије доби, хирургија врата, хирургија грудног коша, хирургија плућа, хирургија медијастинума, неуробластом, хирургија једњака, хирургија дијафрагме, кардиохирургија, хирургија абдомена, хирургија јетре и жучних путева, хирургија ретроперитонеума, хирургија панкреаса, проктологија, урологија и основи трауматологије коштано-зглобног система у дјечијој доби.

**Менторства за специјализацију**

Др Мијовић Момчилу, доктору медицине на специјализацији из дјечије хирургије (одлука Министарства здравља и социјалне заштите РС од 24. 01. 2008. год.

**(2 бола)**

Др Пашалић Денису, доктору медицине на специјализацији из дјечије хирургије (одлука Министарства здравља и социјалне заштите РС од 15. 02. 2013. год.

**(2 бола)**

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА**

**28**

**УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ  
КАНИДИДАТА**

Дјелатност	Прије последњег реизбора	Послије последњег реизбора	Укупно
Научна дјелатност	50	45.50	<b>101.50</b>
Стручна дјелатност	8	20	<b>28</b>
Образовна дјелатност	4	10	<b>14</b>
Укупан број бодова	<b>62</b>	<b>75.50</b>	<b>143.50</b>

## **АНАЛИЗА РАДА КАНДИДАТА, ПЕДАГОШКО-НАСТАВНА И СТРУЧНА АКТИВНОСТ**

У оквиру свог стручног рада Проф. др Мирко Раковић је био један од пионира у оснивању и развоју Клинике за дјечију хирургију, заједно са Академиком проф. др Драганом Данелишеном и Мр. сц. др Мирком Шатаром.

На почетку свог љекарског стажа у Дому здравља Лакташи основао је неколико подучних амбуланти. Почетком 1984. године запослио се на Клиничком центру Бања Лука као специјализант дјечије хирургије коју је завршио 1990. због тога што није постајала специјализација из дјечије хирургије у БиХ. Под менторством Академика проф. др Саве Перовића завршио је магистериј и докторат. У свом досадашњем раду највише се бавио општом дјечијом хирургијом. Заједно са својим колегама прихвата неке методе рада из терцијерног дијела дјечије хирургије. Учествовао на неколико међународних скупова и националних секција из области дјечије хирургије. Аутор је и коаутор више научних и стручних радова. У два наврата изабран је за члана Управног одбора Универзитета у Бањој Луци. У свом мандату залагао се, а и сада се залаже, за развој, јачање и финансијску консолидацију Медицинског факултета и Универзитета у цјелини.

Током рада показивао је висок ниво стручног и научноистраживачког рада, као и способност рада у тиму, као и на едукацији специјализаната хирургије и студената дипломске и постдипломске наставе.

## ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

Проф. Др Мирко Раковић је досадашњим педагошким и научним радом, а посебно активностима на развоју новог стручног кадра дао значајан допринос развоју Катедре за хирургију Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци.

У складу са законом о високом образовању Републике Српске и Универзитета у Бањој Луци, којима су прописани услови за избор наставника, а узимајући у обзир број и квалитет објављених радова и богато наставно искуство, научно-истраживачке активности кандидата, Комисија констатује да др Мирко Раковић испуњава све услове за избор у више научно звање.

На основу напријед наведеног Комисија са посебним задовољством предлаже Наставно-научном вијећу Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци и Сенату Универзитета да

др Мирка Раковића, ванредног професора, изабере у звање редовног професора, за ужу научну област хирургија на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци.

### Потпис чланова Комисије


1. Др Радивој Брдар, редовни професор, ужа научна област Хирургија; Медицински факултет Универзитета у Београду



2. Др Милорад Станишић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Бања Луци



3. Др Душко Васић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински Факултет Универзитета у Бања Луци



Београд, Бања Лука, јануар 2014. године.