

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
ФАКУЛТЕТ: МЕДИЦИНСКИ



УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊА ЛУЦИ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ БАЊА ЛУКА

Примљено:	11. 01. 2018	
Орг. јед.	Број	Прилог
18/1.	2/2018	Образац - 1

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: Сенат Универзитета у Бањој Луци је 01.11.2017. године донио одлуку број 01/04-2.3249/17 о расписивању конкурса за избор сарадника
Ужа научна/умјетничка област: физиологија
Назив факултета: Медицински факултет
Број кандидата који се бирају Један (1)
Број пријављених кандидата Један (1)
Датум и мјесто објављивања конкурса: 08.11.2017. године, дневни лист „Глас Српске“ Бања Лука
Састав комисије: а) Др Звездана Рајковача, редовни професор, ужа научна област: Физиологија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, предсједник; б) Др Мирјана Раденковић, редовни професор, ужа научна област: Физиологија, Медицински факултет Универзитета у Нишу, члан; в) Др Славимир Вељковић, редовни професор, ужа научна област: Физиологија, Медицински факултет Универзитета у Нишу, члан.
Пријављени кандидат Први кандидат: Др Пеђа Ковачевић, ванредни професор

II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	Пеђа (Миле и Мика) Ковачевић
Датум и мјесто рођења:	16.04.1973. Јајце
Установе у којима је био запослен:	Клиника интензивне медицине за нехируршке гране у Универзитетском Клиничком центру Републике Српске Медицински факултете Универзитета у Бањој Луци
Радна мјеста:	Специјалиста пнеумофтизиолог - супспецијалиста интензивне терапије, Ванредни професор
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Предсједник Удружења интензивиста за нехируршке гране 2) Члан Европског друштва интензивиста (<i>ESICM</i>) 3) Члан Удружења пулмолога Републике Српске 4) Члан Коморе доктора медицине Републике Српске 5) Члан друштва физиолога Србије

б) Дипломе и звања:

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Нишу
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Ниш, 1999. године
Просјечна оцјена из цијелог студија:	8,79
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци
Звање:	Магистар медицинских наука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2002. године
Наслов завршног рада:	Ефекти хемодијализе на респираторну функцију
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Физиологија
Просјечна оцјена:	10,00
Докторске студије/докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци
Мјесто и година одбране докторске дисертације:	Бања Лука, 2006. године
Назив докторске дисертације:	Утицај уремије и различитих дијализних поступака на физиологију дисања и активност вазоактивних ензима
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Физиологија
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, година избора)	<p>1999. – 2004. асистент приправник, ужа научна област физиологија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци</p> <p>2004. – 2007. Виши асистент, ужа научна област физиологија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци</p> <p>2007. – 2012. Доцент, ужа научна област физиологија,</p>

Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци
2012. – данас. Ванредни професор, ужа научна област
физиологија, Медицински факултет Универзитета у
Бањој Луци

в) Научна /умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије последњег избора/реизбора
(Навести све радове по категоријама из члана 19. или члана 20.)

Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја.....10 бодова

Rajkovača Z, Cadzo-Djekic M, Matavulj A, Kovačević P. Non-recognised pulmonary thromboembolism. World Journal of Nuclear Medicine 2002; (1 Suppl): S125.

10x0,75=7,5

Kovačević P, Matavulja A, Veljković S, Rajkovača Z, Ponorac N, Huskić J. Ventilator Function Improvement in Patients Undergoing Regular Hemodialysis: Relation to Sex Differences. Bos J Basic Med Sci 2006; 6: 29 – 32.

10x0,3= 3

Rajkovača Z, Vuleta G, Matavulj A, Kovačević P, Ponorac N. ^{99m}Tc-sestamibi scintimammography in detection of recurrent breast cancer. Bosnian journal of basic medical sciences 2007; 7(3):256-260

10x0,5=5

Понорац Н, Матавуљ А, Рајковача З, Ковачевић П. Анализа анаеробног капацитета спортиста који се баве различитим спортовима. Med Pregl 2007; LX (9-10): 427-430.

10x0,75=7,5

Thiery G, Kovacevic P, Gajic O, Festic E. From mechanical ventilation to Intensive care medicine: A chalange for Bosnia and Herzegovina. Bos J Basic Med Sci 2009; 9 (suppl1): 70 – 32

10x0,75=7,5

Rajkovača Z, Kovačević P, Jakovljević B, Erić Z. Detection of pulmonary calcification in haemodialysed patients by whole-body scintigraphy and the impact of the calcification to parameters of spirometry. Bos J Basic Med Sci 2010; 10(4): 303 – 306.

10x0,75=7,5

Kovacevic P, Stanetic M, Rajkovaca Z, Meyer FJ, Vukoja M. Changes in spirometry over time in uremic patients receiving long-term hemodialysis therapy. Pneumologia 2011; 60: 36 – 9.

10x0,5=5

Укупан број бодова : 43

Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја.....6 бодова

Хаџић-Хаџибеговић Р, Ковачевић П, Врањеш Д. Учесталост и терапија уртикарије и ангиоедема у Служби хитне помоћи Дома здравља Бања Лука. Halo 94 2000; V(15): 55-62.

6x1=6

Рајковача З, Матавуљ А, Павићевић З, Ковачевић П. Ђеловање левотироксина на волумен штитне жлијезде у болесника са хроничним Хашимотовим тиреоидитисом. Medicus 2001; 2 (1): 27-30

6x0,75=4,5

Рајковача З, Ковачевић П, Матавуљ А, Хаџић-Хаџибеговић Р, Павићевић З, Понорац Н. Клиничке, лабораторијске, скинтиграфске и ехотомографске манифестације субакутног De Quervainovog тиреоидитиса. Halo 94 2001; V(18): 51-5.

6x0,3=1,8

Ковачевић П, Матавуљ А, Рајковача З, Ђекић-Чађо М, Влатковић В, Павићевић З, Понорац Н. Опоравак вентилаторне функције плућа након хемодијализе код пацијената са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом. Halo 94 2001; V(19): 23-7.

6x0,3=1,8

Вељковић С, Раденковић М, Кривокапић Р, Матавуљ А, Ковачевић П. Улога мускаринских рецептора у централној регулацији артеријског крвног притиска. Кардионефрологија 2003: 94 – 8.

6x0,5=3

Kovačević P, Matavulj A, Veljković S, Đekić – Čado M, Rajkovača Z, Ponorac N. Hemodialysis effects on respiratory function. Acta Fac Med Naiss 2004; 21: 119 - 126.

6x0,3=1,8

Хотић - Лазаревић С, Ковачевић П, Мркобрада Н. Учесталост анемија код болесника хоспитализованих у коронарној јединици клиничког центра Бања Лука. Halo 94 2003; V(24/25): 15 - 18.

6x1=6

Рајковача З, Мијатовић Ј, Вулета Г, Хаџић - Хаџибеговић Р, Матавуља А, Ковачевић П, Понорац Н. Тромбоза дубоких вена и плућна емболија. Halo 94 2004; V(29): 25-30.

6x0,3=1,8

Јаковљевић Б, Аржина А, Рајковача З, Ковачевић П, Стојимировић Б, Обрадовић С. Примјена еритропоеина у терапији анемија код дијализних болесника. *Halo* 94 2004; V(29): 31 – 36

6x0,3=1,8

Ковачевић П, Bokonjić D Matavulj A, Rajkovača Z, Ponorac N, F. J. Meyer. Idiopathic pulmonary artery hypertension. *Acta Fac Med Naiss* 2005; 22: 203 – 205.

6x0,3=1,8

Понорац Н, Матавуљ А, Грујић Н, Рајковача З, Ковачевић П. Акутна спортска повреда – основни принципи збрињавања. *Halo* 94 2005; 30: 23 – 26.

6x0,5=3

Ковачевић П, Рајковача З, Станетић М, Матавуљ А, Ђекић – Чађо М, Понорац Н. Анти – ИгЕ терапија тешке и перзистентне астме. *Halo* 94 2005; 30: 27 – 30.

6x0,3=1,8

Rajkovača Z, Mijatović J, Matavulj A, Kovačević P, Ponorac N. Scintimammography with ^{99m}Tc sestamibi in breast cancer. *Facta Universitatis* 2005; 12: 23 - 27.

6x0,5=3

Bokonjić D, Mirić M, Ristić S, Kovačević P. Influence of montelukast on exercise-induced asthma. *Acta Fac Med Naiss* 2005; 22: 175 - 181.

6x0,75=4,5

Понорац Н, Матавуљ А, Грујић Н, Рајковача З, Ковачевић П. Максимална потрошња кисеоника (vO_2max) као показатељ физичке способности спортисте. *Acta medica medianae* 2005; 4: 17 - 20.

6x0,5=3

Рајковача З, Матавуљ А, Ковачевић П, Понорац Н. Статичка сцинтиграфија бубрега у акутном пијелонефритису. *Halo* 94 2005; 30: 17 – 22.

6x0,75=4,5

Matavulj A, Kovačević P, Huskić J, Veljković S, Rajkovača Z, Ponorac N, Zagorac Z. Effects Of Haemodialysis And Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis On Nitric Oxide Serum Concentration In Patients With Chronic Renal Failure. *Acta Med Sal* 2008; 37 (2): 93-98.

6x0,3=1,8

Matavulj A, Kovačević P, Huskić J, Veljković S, Rajkovača Z, Ponorac N. Effects Of Haemodialysis And Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis On Endothelin-1 Serum Concentration In Patients With Chronic Renal Failure. *BIS BiH* 2010; 34/35: 20 – 27

6x0,3=1,8

Vidović J, Kovacevic P, Stanetic M, Rajkovaca Z, Zlojutro B. Treatment of Critically Ill Patients with Influenza A H1N1 in University Hospital Banja Luka. Acta Med Sal 2011; 40(Suppl 1); S49-S5.

6x0,5=3

Каравелић А, Кркић – Даутовић С, Хацић А, Ковачевић П. Респираторне инфекције лијечене на Клиници за Инфективне болести КЦУ Сарајево. Scr Med 2008; 39: 323 – 328.

6x0,75=4,5

Станетић М, Ковачевић П, Рајковача З, Вељковић С, Раденковић М, Хускић Ј. Ефекти нивоа ендотелина – 1 на параметре спирометрије код дијализираних болесника. Scr Med 2010; 41: 71 – 76.

6x0,3=1,8

Ковачевић С, Дуроњић М, Станетић М, Ковачевић П, Видовић Ј. Месна као муколитик и помоћно средство у процесу одвајања болесника са тешком формом ХОБП-а од респиратора. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2011; 1: 73 - 77.

6x0,5=3

Укупан број бодова: 66

Научни рад на научном скупу националног значаја штампан у зборнику извода радова1 бод

Чађо-Бекић М, Станетић М, Јосиповић З, Ковачевић П. Адултни респираторни дистресс синдром. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Бања Лука 2001: 109-111.

1x0,75=0,75

Ковачевић П, Матавуљ А, Вељковић С, Ђекић-Чађо М, Рајковача З, Понорац Н. Утицај интердијлитичког доноса на параметре гасних анализа и ацидобазног статуса крви. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Теслић 2002: 123- 6.

1x0,3=0,3

Ђекић-Чађо М, Арнаутовић Р, Ковачевић П, Млакар С, Дуроњић М, Дробњак Б. Клавацин у лијечењу пулмоналних инфекција. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Теслић 2002: 15- 9.

1x0,3=0,3

Ковачевић П, Матавуљ А, Вељковић С, Ђекић-Чађо М, Станетић М, Рајковача З, Понорац Н. Ефекти бикарбонатне и ацетатне хемодијализе на респираторну функцију. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Требиње 2003: 103- 6.

1x0,3=0,3

Ђекић-Чађо М, Вучић М, Арнаутовић Р, Дуроњић М, Ковачевић П. Приказ случаја плућне саркоидозе са неубичајеним радиолошким налазом. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Требиње 2003: 57- 9

1x0,5=0,5

Хаџић-Хаџибеговић Р, Туријачанин Г, Зрнић Б, Ковачевић П. Учесталост и терапијски приступ ХОБП и астме у Служби хитне помоћи Бања Лука у пријератном и послеријератном периоду. Зборник радова. Интернационални конгрес "Здравље за све" - Хроничне незаразне болести 2/II, Бања Лука 2003: 124 – 131.

1x0,75=0,75

Ђекић-Чађо М, Станетић М, Ковачевић П, Дуроњић М, Новаковић Л. Алерголошка дијагностика у болесника са бронхијалном сатмом. Зборник радова. Интернационални конгрес "Здравље за све" - Хроничне незаразне болести 2/I, Бања Лука 2003: 163 – 9.

1x0,5=0,5

Ковачевић П, Матавуљ А, Вељковић С, Ђекић-Чађо М, Станетић М, Рајковача З, Понорац Н. Уремијско плуће и пол. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Бања Дворови 2004: 237 - 241.

1x0,3=0,3

Понорац Н, Матавуљ А, Грујић Н, Рајковача З, Ковачевић П. Параметри респираторне функције као мјера аеробног капацитета спортисте. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Бањалука 2005: 179 - 182.

1x0,5=0,5

Ковачевић П, Матавуљ А, Рајковача З, Понорац Н, Јаковљевић Б, Станетић М. Утицај дужине хемодијализног стажа на респираторну функцију. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Јахорина 2006: 85 – 88.

1x0,3=0,3

Јаковљевић Б, Рајковача З, Ковачевић П. Метастатске калцификације у плућима код дијализираних болесника. Зборник радова. Мајски пулмолошки дани Јахорина 2006: 255 – 258.

1x1=1

Укупан број бодова: 5,5

Прегледни рад у часопису националног значаја..... 6 бодова

Ковачевић П, Станетић М, Рајковаца З, Раденковић М, Вељковић С. Ефекти ендотелина – 1 на физиологију дисања. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2011; 1: 305 - 310.

6x0,5=3

Ковачевић П., Станетић М, Рајковаца З, Раденковић М, Вељковић С. Ефекти азот монооксида на физиологију дисања. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2011; 1: 301 – 305.

6x0,5=3

Укупан број бодова: 6

Реализован Национални научни пројекат у својству сарадника на пројекту.....1 бод

Научни пројекат одобрен од стране Министарства за науку и технологију у Влади Републике Српске: Ковачевић Пеђа, Станетић М, Рајковача З, Ковачевић – Прерадовић Т. Физиологија дисања и вазоактивних супстанци код болесника у предијализном и дијализном периоду лијечења.

1 бод

Укупан број бодова: 1

УКУПАН БРОЈ БОДОВА НАУЧНЕ АКТИВНОСТИ ПРИЈЕ ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 121,5

Радови послје последњег избора/реизбора

(Навести све радове дати њихов кратак приказ и број бодова сврстаних по категоријама из члана 19. или члана 20.)

Научна монографија националног значаја.....10 бодова

Ковачевић – Прерадовић Т, Ковачевић П. Плућна артеријска хипертензија код одраслих са срчаном манама. У Ковачевић – Прерадовић Т, Станетић М, Ковачевић П, Станетић Б. Урођене срчане мане код одраслих. Бања Лука: Медицински факултет, 2016. Књига је прихваћена као научна монографија Универзитета у Бањој Луци.

10x0,75=7,5

Укупан број бодова: 7,5

Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја.....10 бодова

Kojčić M, Kovacević P, Bajramović N, Batranović U, Vidović J, Aganović K, Gavrilović S, Zlojutro B, Thiery G. Characteristics and outcome of mechanically ventilated patients with 2009 H1N1 influenza in Bosnia and Herzegovina and Serbia: impact of newly established multidisciplinary intensive care units. Croat Med J. 2012 Dec;53(6):620-6.

У истраживању су описан екарактеристике болесника обољелих од инфлуенце А H1N1 током епидемије 2009. Године који су лијечени у новооснованим јединицама нехируршког интензивног лијечења. Ретроспективном студијом су обухваћени сви механички вентилирани критично обољели одрасли

болесници са дијагнозом инфлуенце А лијечени у три универзитетске болнице у периоду од 01. Новембра 2009. До 01. Марта 2010. Године. Свим болесницима је потврђено присуство вируса методом -RT-PCR из насофарингеалног бриса. Студија је укључила 50 болесника, 31 мушкарац (62%), старости 43 ± 13 године. Средње вријеме за које су болесници стизали у јединице интензивног лијечења је један дан. Шеснаест болесника (30%) имало је неку од хроничних стања: 8 (16%) хроничне плућне болести, 5 (10%) хронично обољење срца и 3 (6%) болесника су имали шећерну болест (diabetes mellitus). Тридесет два болесника (64%) били су гојазни. Четрдесет и пет болесника (96%) имало је типичне знаке акутног респираторног дистрес синдрома (ARDS), 28 (56%) болесника је развило септични шок, а 27 (54%) болесника имало је мултиорганску дисфункцију. Четрдесет и пет болесника (90%) било је интубирано и механички вентилирано, 5 болесника је имало неинвазивну механичку вентилацију, 7 (14%) болесника је третирано "high-frequency oscillatory ventilation", а 7 (14%) болесника је захтијевало хемодијализне процедуре. Средња вриједност механичке вентилације интубираних болесника је 7 (4-14) дана. Хоспитални морталитет је био 52%. Инфекција која се десила 2009. Године са вирусом А H1N12009 захватила је већином млађе болеснике прије тога без значајнијих коморбидитета, са карактеристикама веома брзог погоршања здравственог стања непосредно по доласку у болницу праћеног са отказивањем плућне функције, те функција и других органа и органских система.

10x0,3=3

Kovacević P. Stanetić M, Rajkovača Z, Veljković S, Kojčić M, Meyer FJ. The correlation between endothelin-1 levels and spirometry in dialysis patients compared to healthy subjects. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2013; 79: 61-6.

Познато је да болесници лијечени различитим дијализним процедурама (хемодијализа и перитонеумска дијализа – ЦАПД) имају вишеструко повишене вриједности ендотелина-1 (ЕТ-1). Међутим, ефекат ЕТ-1 на параметре спирометрије код ове популације није довољно познат. Циљ ове студије је испитати утицај нивоа ЕТ-1 на спирометријски добијене параметре код болесника који се лијече неким од дијализних модела. У студију је укључено 28 болесника који се лијече понављањем хемодијализама и 23 болесника лијечених ЦАПД – ом. Сви болесници су били без примарног обољења срца и плућа. Болесници су пођељени по начину дијализирања у двије групе, а унутар сваке групе у односу на ниво ЕТ-1. Свим испитаницима рађена је спирометрија.

Вриједности параметара спирометрије код хемодијализираних болесника код којих је ниво ЕТ-1 > 6,6 пг/мл су: ФВЦ=94.722, ФЕВ1= 81.944, ФЕВ1/ФВЦ=71.1978, ФЕФ75= 70.3889, ФЕВ50= 43.389, ФЕВ25=43.111, док су параметари спирометрије код хемодијализираних болесника са нивоом ЕТ-1 < 6,6 пг/мл статистички значајно више (ФВЦ=103.567, ФЕВ1=107.767, ФЕВ1/ФВЦ=79.092, ФЕФ75= 99.5667, ФЕВ50= 92.4, ФЕВ25=96.2). Параметри спирометрије показују сличну динамику и код болесника лијечених ЦАПД-ом зависно од нивоа ЕТ-1 (> 6,6 пг/мл): ФВЦ=76.682, ФЕВ1= 74.864, ФЕВ1/ФВЦ=78.5, ФЕФ75= 63.73, ФЕВ50= 42.136, ФЕВ25=43.773. Док се ове вриједности статистички разликују код болесника са нивоом ЕТ-1 < 6,6 пг/мл: ФВЦ=100.917, ФЕВ1= 109.917, ФЕВ1/ФВЦ=78.6233, ФЕФ75= 90.08, ФЕВ50= 84.333, ФЕВ25=68.

Код свих дијализираних болесника са вишим нивоима ЕТ-1 постоје статистички значајно смањење параметара спирометрије у односу на групе болесника који су са нижим вриједностима ЕТ-1. Разлог за то могу бити различити патофизиолошки процеси који прате ово стање, од едема плућа, преко плућне хипертензије и инфламаторних промјена, који су тјесно повезани са ефектима ЕТ-1.

10x0,3=3

Kovacević P. Dragić S, Rajkovača Z, Veljković S, Kovačević T. Serum levels of nitric oxide and endothelin-1 in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Ren Fail.* 2014; 36: 437-40.

Хронична бубрежна инсуфицијенција, као и дијализни модели лијечења имају нежељене ефекте готово на све органе и органске системе, па тако и на ендотел крвних судова. Познато је да се код ових болесника јавља дисбаланс у продукцији вазоактивних супстанци (азот моноксид - NO и ендотелин-1 - ЕТ-1). Како је број студија које прате серумске вриједности NO и ЕТ-1 код болесника у терминалном стадијуму ХБИ, а лијече се континуираном амбулаторном перитонеумском дијализом (ЦАПД) мали, тако је и произашао циљ

наше студије. Циљ ове студије је да се одреде серумски нивои *НО* и *ЕТ-1* код болесника који су у терминалном стадијуму *ХБИ* а лијече се *ЦАПД*-ом. Пратили смо серумске нивое *НО* и *ЕТ-1* код болесника у терминалној фази *ХБИ*, а лијече се *ЦАПД*. У студију је укључено 23 болесника (10 мушкараца и 13 жена) средње животне доби 55.8 ± 15.8 који се лијече 3.4 ± 14.7 год *ЦАПД* ом и 30 здравих добровољаца. Резултати до који смо дошли показују да су серумске вриједности *НО* код *ЦАПД* болесника статистички значајно више у односу на здраве појединце ($n < 0,05$). Серумске вриједности *ЕТ-1* су више код *ЦАПД* болесника, али без статистички значајне разлике ($n > 0,05$). Из свега наведеног може се закључити да је равнотежа у продукцији вазоактивних супстанци (*НО* и *ЕТ-1*) код болесника који се лијече *ЦАПД*-ом нарушена, те да се код ове популације могу очекивати поремећаји механизма локалне контроле протока крви као последица наведеног дисбаланса. Као резултат патофизиолошких механизма може настати значајан поремећај хемодинамике (хипертензије), као и атеросклероза.

10x0,5=5

Kovačević P, Rajkovača Z, Jakovljević B, Kovačević T, Momčičević D, Veljković S. Effects of interdialytic weight gain on lung function tests in hemodialyzed patients. *Anat Physiol.* 2014; 4:3.

Компликације респираторног система код пацијената са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом, који се третирају са регуларном хемодијализом, добро су познате. Међутим, ефекти интердијалитичког повећања тјелесне масе на респираторну функцију код ових пацијената су мање познати. Стога, ова студија је дизајнирана са циљем да се утврде потенцијалне разлике у спирографији везане за различите интердијалитичке тежине. Студија је обухватила 32 пацијента, 16 мушкараца (50%) у доби од 51 (± 11), са *ХБИ*-ом који лијечени са поновљеним хемодијализама. Пацијенти су подељени у двије групе: група 1 - пацијенти са интердијалитичким повећањем тјелесне тежине $< 5\%$, а група 2 - пацијенти са интердијалитичком тежином $> 5\%$. Свим болесницима спирографија је рађена прије (А) и након (Б) хемодијализе. Добијени резултати показују витални капацитет измјерен прије (А) и после хемодијализе (Б) у групи 1: А = $2,95 \pm 0,9$ и Б = $3,9 \pm 1,2$ и група 2: А = $3,4 \pm 1,1$ и Б = $3,8 \pm 1,12$. Форсирани витални капацитет мјерен прије (А) и након хемодијализе (Б) у групи 1: А = $2,9 \pm 0,85$ и Б = $3,2 \pm 1,0$ и група 2: А = $3,7 \pm 1,4$ и Б = $3,8 \pm 1,35$. Форсирани експираторни волумен у првој секунди измјерен прије (А) и након хемодијализе (Б) у групи 1: А = $2,4 \pm 0,78$ и Б = $2,7 \pm 1,1$ у групи 2: А = $3,3 \pm 1,25$ и Б = $3,4 \pm 1,33$. Из добијених резултата се може закључити да хемодијализа има позитиван ефекат на вентилаторну функцију, али да је овај ефекат нешто мањи код болесника који имају већи интердијалитички доноц.

10x0,3=3

Kovacevic T, Kovacevic P. Evaluation of treatment of suspected meningitis according to guidelines in a hospital in the United Kingdom. *Afr J Pharm Pharmacol.* 2014; 8: 849 - 856.

Акутни менингитис потенцијално смртоносно обољење спада у групу ургентних стања у неурологији које захтијева хитан пријем и третман у болничким условима. У овој студији је посматрана комплијанса терапијског протокола, са спекта употребе кортикостероида у лијечењу менингитиса у Лондонској болници "the Barts and the London Trust (BLT)". Период у коме је студија спроведена је од 01. Јануара 2008. До 21. Маја 2009. Болесници који су посматрани лијечени су на пет одјељења ове болнице, а идентификовани су на основу микробиолошких узорака цереброспиналне течности. Из добијене базе података идентификовано је 29 болесника са суспективним менингитисом / енцефалитисом. Код 81% болесника започета је прикладна терапија предложена по смјерницама болнице. Када су анализирани сви болесници и када су узети у обзир сви елементи и смјернице које су предложене дошло се до закључка да се предложене смјернице нису испоштовале у 38% болесника. Емпиријски третман је каснио више од шест сати након пријема код 30% болесника који су зајмијевали антибиотску терапију, док је 47% болесника закаснило са терапијом ако су требали антивирусни лијек. Употреба кортикостероида није показала комплијансу такође.

10x1=10

Jakovljević B, Gasić B, Kovacević P, Rajkovača Z, Kovacević T. Homocystein as a Risk Factor for Developing Complications in Chronic Renal Failure. Mater Sociomed. 2015; 27: 95-98.

Кардиоваскуларне болести су водећи узрок смрти код пацијената са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом. Циљ наше студије био је успостављање везе између нивоа хомоцистеина и традиционалних и нетрадиционалних фактора ризика за развој кардиоваскуларних болести код пацијената пре дијализног периода и код болесника који се дијализирају. У студију су укључени 33 болесника у предијализном периоду (23 у трећој фази и 10 у четвртој фази хроничне болести бубрега) и 43 пацијента који су на програму хроничне дијализе дужије од шест мјесеци. Поред стандардних лабораторијских параметара, нивои хомоцистеина и крвног притиска су мјерени код свих пацијената. Гломеруларна стопа филтрације је мерена код пацијената у предијализном периоду док је код дијализираних болесника одређиван квалитет дијализе. Нивои хомоцистеина су повишени код свих пацијената ($19 \pm 5,42$ $\mu\text{mol/l}$). Везе између нивоа хомоцистеина и других фактора ризика од кардиоваскуларних болести нису утврђене код пацијената у предијализном периоду. Код пацијената који су на хроничном програму хемодијализе нађена је негативна корелација између нивоа хомоцистеина и старости пацијената ($n < 0,05$) и позитивне корелације између нивоа хомоцистеина и дужине дијализе ($n < 0,01$), као и између параметара хомоцистеина и анемије (еритроцити, хемоглобин), ($n < 0,01$). Хомоцистеин и ЛДЛ (укупни холестерол) су били у негативној корелацији ($n < 0,01$). Хомоцистеин, као један од нетрадиционалних фактора ризика од кардиоваскуларних обољења, повишен је код свих пацијената са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом и утврђена је позитивна корелација са неким другим факторима ризика.

10x0,5=5

Kovachević P, Dragić S, Vidović J, Zeljković S, Momčićević D, Rajkovača Z, Kovachević T. Serum levels of nitric oxide as a predictor of survival in acute respiratory distress syndrome caused by H1N1 pneumonia? Signa vitae. 2015; 10: 63 - 73.

Тешке форме пнеумонија компликују се често акутним респираторним дистресом (АРДС), који захтијева лијечење механичком вентилацијом. Велики број студија показује да су вриједности азот монооксида код болесника са инфективним синдромом повишене. Како је мали број студија који прати серумске вриједности азотног монооксида (НО) код болесника на механичкој вентилацији, са тим циљем је и креирана ова студија.

Овом студијом су обухваћени сви болесници (29 болесника) лијечени од тешких форми пнеумонија и АРДС-а у Служби интензивне медицине Клиничког центра Бања Лука, у периоду од 01. децембра 2010. до 01. јула 2011. Свим болесницима одређивана је серумска вриједност азот монооксида Гриесс - овом методом. Као контролна група послужили су здрави појединци. Сви подаци су статистички обрађени. Резултати ове студије показују да је средња вриједност серумског нивоа НО код болесника обољелих од АРДС-а и који се лијече механичком вентилацијом је 5,03 $\mu\text{mol/L}$ док је средња вриједност НО код контролне групе 4,39 $\mu\text{mol/L}$. Статистичком обрадом добијених података јасно се види да између двије тестиране групе не постоји статистички значајна разлика ($n > 0,05$). Као закључак ове студије може се извести да вриједности серумског НО код болесника обољелих од тешких форми АРДС-а корелирају са вриједностима НО здравих појединаца.

10x0,3=3

Kovachević T, Avram S, Milaković D, Špirić N, Kovachević P. Therapeutic monitoring of amikacin and gentamicin in critically and noncritically ill patients. J Basic Clin Pharm. 2016; 7: 65-9.

Терапијски мониторинг лијекова (ТДМ) представља опцију мјерења концентрације лијекова у циљу индивидуализације дозе одређеног лијека, што резултира мањем проценту нежељених ефеката лијека и побољшава клинички ефекат. Болесници који су у сепси и септичном шоку представљају велики изазов за коректно дозирање антибиотске терапије, знајући да ово стање утиче на фармакокинетику лијекова. Основни циљ ове студије је био да се процјени дозирање гентамицина и амикацина код критично обољелих септичних пацијената, као и код болесника који нису критично обољели.

Студија је креирана као проспективна у коју је укључено 31 пацијент који је примио гентамицин и 16 са амикацином у терапији, а лијечени су у четири различите организационе јединице КЦ Бања Лука који су испунили укључујуће критеријуме. Поред узимања узорака и одређивања концентрације лијека из крви прикупљени су подаци о самом пацијенту, исходу лијечења и тежини болести, коморбидитетима, конкомитативној терапији. Пик концентрације амикацина био је у референтним границама код 81,8% критично обољелих и 80% код оних који нису критично обољели ($P=0,931$). Пик концентрације гентамицина био је у референтном опсегу код 88,9% код критично обољелих, док је та вриједност била 77,3% код болесника који нису критично обољели ($P=0,457$). Како су серумске вриједности аминокликозита код већине посматраних болесника у референтним границама може се закључити да је режим дозирања адекватан.

10x0,5=5

Milošević B, Pejić D, Momčićević D, Kovačević P, Momčićević D, Stanetić M, Dragić S. Quality of life in lung cancer patients due to treatment. Signa Vitae. 2016; 11 (suppl 2): 47 – 50. Карцином плућа је други најчешћи карцином и код мушкараца и жена. Преживљавање није значајно побољшано, упркос побољшаним могућностима лијечења. Стога је очување квалитета живота код пацијената у терминалној фази примарни циљ лијечења. У овом раду је анализирано код којег терапијског модалитета је квалитет живота највише очуван а код којег је највише нарушен. Пацијенти су подијељени у четири групе у зависности од модалитета лијечења: лијечени хемотерапијом, радиотерапијом, комбинацијом поменутих видова лијечења (хемотерапија+радиотерапија) и пацијената лијечених само симптоматском терапијом. Свака група броји по 30 иститаника. За истраживање квалитета живота је коришћен упитник упитник европског удружења за истраживање и лијечење карцинома уз додаток бр.13 за карцином плућа (ЕОРТЦ QЛQ Ц30+ЛЦ13), који је валидиран и преведен на српски језик и обухвата 43 питања. Уочено је да су функционисање у већини аспеката као и свеукупни квалитет живота најбоље очувани у групи пацијената лијечених хемотерапијом, а најлошије су оцијенјени у групи пацијената лијечених симптоматском терапијом

Укупан број бодова: 40

10x0,3=3

Оригинални научни рад у научном часопису националног значаја – 6 бодова

Настасијевић-Боровац Д, Рађеновић-Петковић Т, Пејић Т, Станковић И, Лазић З, Ђирић З, Ковачевић П. Значај прокалцитонина у процени степена тежине ванболнички стечене пнеумоније. Respiratio. 2014; 4: 7 – 13.

Смртност код болесника са ванболнички стеченом пнеумонијом (ВСП) је и даље јако висока. Брза процена степена тежине болести је битна компонента у адекватном сагледавању пацијената и правилном третману пацијената. Циљ студије је био да се одреди значај и улога прокалцитонина у процени степена тежине ванболнички стечене пнеумоније. Анализирали смо иницијалне вредности прокалцитонина код 129 пацијената са дијагностикованом ВСП, на Клиници за плућне болести, Кнез Село, у Србији, током 2013 год. Пацијенти су подељени у групе у зависности од степена тежине болести. Степен тежине болести је одређиван помоћу ПСИ (Пнеумонија Северити Индекс) предиктивног модела (од ПСИ И до ПСИ В). Код пацијената са ПСИ И-ИИ вредности прокалцитонина су биле ниже ($0,379 \pm 0,0847$ нг/мЛ (медијана $0,179$ нг/мЛ) у односу на вредности прокалцитонина у Групи болесника са ПСИ ИИИ ($1,01 \pm 0,1805$ нг/мЛ (медијана $0,70$ нг/мЛ) ($n < 0,05$). Највеће вредности прокалцитонина су утврђене у групи болесника са тешком ВСП (ПСИ ИВ-В) ($3,55$ нг/мЛ $\pm 0,6352$ нг/мЛ (са медијаном од $1,69$ нг/мЛ) ($n < 0,001$). Иницијалне вредности прокалцитонина корелишу са степеном тежине ванболнички стечене пнеумоније који је одређен помоћу ПСИ предиктивног скор модела ($r = 0,427$; $n < 0,001$). Иницијалне вредности прокалцитонина се могу користити као помоћни параметри у процени степена тежине ванболнички стечене пнеумоније.

6x0,3=1,8

Ковачевић Т, Аврам С, Милаковић Д, Шпирић Н, Ковачевић П. Дозирање ванкомицина и гентамицина код критично обољелих у КЦ Бања Лука. *Respiratio*. 2014; 4: 75 - 81.

Терапијски мониторинг лијекова омогућава индивидуални приступ у лијечењу са циљем постизања оптималног терапијског ефекта уз минимализацију нежељених ефеката. Критично обољели септични болесници представљају посебан изазов за антимикробно лијечење због утицаја разних патофизиолошких механизма сепсе на фармакокинетику лијека. Циљ студије је да се одређивањем серумске концентрације аминогликозида, амикацина и гентамицина утврди адекватност дозирања ових лијекова у Клиничком Центру Бања Лука, те да се испита неопходност редовног терапијског мониторинга аминогликозида код критично обољелих. Материјал и методе Студија је креирана као проспективна и укључила је 45 болесника лијечених гентамицином и 26 болесника лијечених амикацином. Минималне концентрације лијекова у крви одређиване су у серуму непосредно прије 3. или 4. дозе лијека, а максималне сат времена након завршене апликације 3. или 4. дозе лијека. Из температурних листа су сакупљени подаци значајни за клинички ток болести, коморбидитете и конкомитанте лијекове који су могли утицати на концентрације лијекова у серуму болесника. Резултати Минималне серумске концентрације (Ц_{мин}) амикацина биле су у референтном опсегу код 77% болесника док су максималне серумске концентрације (Ц_{маџ}) амикацина биле у референтном опсегу код 85% болесника. Ц_{мин} гентамицина биле унутар референтних вриједности код 89% болесника док су Ц_{маџ} гентамицина биле унутар референтних вриједности код 82% болесника. Закључак Серумске концентрације аминогликозида, амикацина и гентамицина су код већине болесника укључених у студију биле у референтним вриједностима, из чега произилази закључак да су наведени лијекови били адекватно дозирани у КЦ-у Бања Лука. Код критично бољелих од сепсе који немају хроничну инсуфицијенцију бубрега и јетре није неопходно континуирано праћење серумских концентрација аминогликозида

6x0,5=3

Драгић С, Ковачевић П, Момчичевић Д, Милошевић Б. Однос антропометријских параметара и исход лијечења механички вентилираних болесника. *Respiratio*. 2015; 5: 50-55.

Литературни подаци о утицају антропометријских параметара на исход лијечења механички вентилираних, критично обољених болесника су врло оскудни. Стога је креирана проспективна студија која је пратила исход лијечења ових болесника са антропометријског аспекта. Анализирано је 35 механички вентилираних болесника оба пола који су лијечени у Служби интензивне медицине за нехируршке гране Универзитетске болнице "Клинички центар" Бања Лука у тромјесечном периоду. Добијени резултати су похрањени у МС Еицел 2007 базу података, а за статистичку обраду података је кориштен пакет СПСС 17. Резултати су обрађени стандардним статистичким методама, како из домена дескриптивне статистике тако и из домена статистичког закључивања (X² тест). На основу добијених резултата смо закључили да у нашем узорку не постоји статистички значајна разлика између исхода лијечења и посматраних антропометријских параметара.

6x0,75=4,5

Момчичевић Д, Ковачевић П, Драгић С, Станетић М, Ковачевић Т, Милошевић Б. Прогностички фактори за исход лијечења обољелих од акутног респираторног дистрес синдрома у сезони грипа 2016. године. *Respiratio*. 2016; 6: 70 - 75.

Акутни респираторни дистрес синдром (АРДС) је тешка форма инфламаторног оштећења плућа праћена акутном респираторном инсуфицијенцијом различите етиологије (пнеумонија, сепса, удисање штетних материја, повишен интракранијални притисак, траума) и прогресивном хипоксемијом. У раду су анализирани пацијенти хоспитализовани због АРДС у Служби интензивне медицине за нехируршке гране Универзитетског клиничког центра Републике Српске током сезоне грипа у периоду од 01.01.2016. до 31.03.2016. године. Посматрани су сљедећи параметри: доб, пол, број придружених коморбидитета, серологија на вирус инфлуенце, радиолошка верификација, вриједности Ц-реактивног протеина, прокалцитонина и леукоцита, број дана од пријема у болницу до смјештаја у Службу интензивне медицине, број дана механичке вентилације, употреба неинвазивне механичке вентилације, употреба кортикостероида, присуство мултиорганске дисфункције, потреба за хемодијализом и исход лијечења.

6x0,3=1,8

Иванишевић В, Мишкић М, Ковачевић П, Момчићевић Д, Драгић С. Узроци, посљедице и праћење интракранијалне хипертензије. *Respiratio*. 2017; 7: 72 - 76.

Интракранијална хипертензија је најчешћи патофизиолошки механизам у неуропатологији. Међутим, чињеница да не постоји отита законитост између скока интракранијалног притиска и настанка неуролошког оштећења чини овај патофизиолошки ентитет увијек актуелним. Однос између морфолошких ендокранијалних патолошких ентитета са ЦТ верификацијом, као узрока интракранијалне хипертензије које смо истражили на клиничком материјалу слаже се с подацима из литературе, уз то да су се номиналне вриједности у погледу заступљености интракранијалних експанзивних процеса туморске етиологије приближиле интракранијалним патолошким ентитетима трауматске етиологије. Значај клиничког, неинвазивног и инвазивног праћења интракранијалне хипертензије је помоћ у препознавању момента након кога промјене узроковане негативним ђеловањем интракранијалне хипертензије постају ирреверзибилне.

6x0,5=3

Шобот Т, Бајић З, Ерић Ж, Ковачевић П, Вучић М. Испитивање гасних анализа артеријске крви у акутној респираторној инсуфицијенцији код пацијената са хиперкапничном опструктивном болести плућа. *Respiratio*. 2017; 7: 9 - 18.

Увод Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је један од главних узрока морбидитета и морталитета широм свијета. У току егзацербација ХОБП може се јавити акутна респираторна инсуфицијенција (АРИ) тип 2, која се карактерише хиперкапнијом, вриједношћу парцијалног притиска угљендиоксида (ПаЦО₂) већом од 6,67 кПа (50 мм Хг), хипоксемијом (снижен ПаО₂) као и вриједношћу пХ мањом од 7,3. Циљ рада је утврдити утицај механичке вентилације на оксигенациони и ацидо-базни статус код пацијената са акутном хиперкапничком респираторном инсуфицијенцијом на подлози постојеће ХОБП. Методологија Ретроспективном студијом је обухваћено 30 испитаника који су лијечени на Клиници интензивне медицине за нехируршке гране Универзитетског клиничког центра Републике Српске, током 2016. године. Испитаници са развијеном АРИ тип 2 на подлози ХОБП терапијски су били изложени изложени инвазивној и/или неинвазивној механичкој вентилацији. Код испитаника смо анализирали гасне параметре артеријске крви (пХ, парцијални притисак кисеоника, парцијални притисак угљен-диоксида, бикарбонате, zasiћеност крви кисеоником, базни експес, као и однос парцијалног притиска кисеоника са фракцијом инспираторног кисеоника). Параметри су мјерени у три времена: прије, у току и после вентилације. Резултати Тестирањем разлика за вриједности параметара гасних анализа измјерених после механичке вентилације између преживјелих и умрлих испитаника добијене су статистички значајне разлике (p < 0.05) за пХ, ПаО₂/ФиО₂, ХЦО₃ и БЕ (пХ t=-2,96; ПаО₂/ФиО₂ t=2,78; ХЦО₃ t=2,29; БЕ t=3,21). Закључак На основу резултата нашег истраживања можемо закључити да је механичка вентилација интегрални дио интензивне терапије пацијената са акутним погоршањима ХОБП, са значајним доприносом повољном исходу насталог акутног обољења.

6x0,5=3

Укупан број бодова: 17,1

Прегледни рад у часопису националног значаја 6 бодова

Шобот Т, Ковачевић П. Физиологија дисања на великим надморским висинама. *Respiratio*. 2014; 4: 96 - 101.

Висинско окружење има негативне ефекте на функционисање организма људи који су навикнути на живот у нижим прејелима. Ти ефекти настају због смањења барометарског притиска изнад нивоа мора и посљедице хипобаричне хипоксије. Доласком на висину, услед акутне хипоксије, особа се не осјећа добро, постаје клоцула и поспан, често има главобољу и мучнину, постаје неспособна за физички напор који обавља на нивоу мора, показује негативне промјене у расположењу и менталној активности. Сви ови

симптоми напредују са порастом надморске висине, тако да изнад 5500 м настају грчеви или конвулзије, а на висинама изнад 7000 м код неаклиматизованих особа развија се кома која је убрзо праћена смрћу. Нормалан компензаторни одговор на акутну хипобаричну хипоксију се означава као аклиматизација. Подразумјева сложјену серију физиолошких промјена која укључује бројне органске системе (респираторна, хематолошка, метаболичка компензација) и траје различито дуго (од неколико минута до неколико седмица). Аклиматизација оптимизује ткивну испоруку кисеоника и његову утилизацију на хелијском нивоу. Капацитет за аклиматизацију показује индивидуалне варијације и зависи од много фактора, укључујући степен хипоксичног стреса (достигнута надморска висина), индивидуалне способности појединца да компензује смањени парцијални притисак кисеоника (генетске и анатомске варијације, здравствено стање) и спољашње факторе који могу да ометају или унаприједије компензаторне механизме (алкохол, лијекови, температура околине)

6x1=6

Бајић З, Ковачевић П. Старење и респираторни систем. *Respiratio*. 2014; 4: 117 - 125.

Многа истраживања су показала да плућна функција значајно пада након 70. године живота. Функционалне промјене које су везане за старење представљају посљедицу три физиолошка процеса: прогресивно смањење комплијансе зида грудног коша, промјене статичког еластичитета плућа и снаге респираторних мишића. Комплијанса зида грудног коша се прогресивно смањује са старосићу. Зид грудног коша постаје крући, што је посљедица калцификација и других структуралних промјена ребара и њихових зглобова. Промјене облика торакса се јављају и због остеопорозе која може довести до тоталних или парцијалних вертебралних фрактура. Функција респираторних мишића бива смањена са старосићу, што се јавља као посљедица геометријских промјена ребарног дијела грудног коша, смањене комплијансе торакса као и повећања функционалног резидуалног капацитета (ФРЦ). Промјене комплијансе торакса доводе до чешће употребе дијафрагме и абдоминалних мишића приликом дисања, док учешће грудних мишића бива мање. Долази и до промјена плућног паренхиме: повећања пречника алвеоларних дуктуса и ширења алвеола. Смањење респираторне површине по јединици плућног волумена је линеарно и наставља се током читавог живота. Са старењем долази и до промјена тестова плућне функције: повећања резидуалног волумена (РВ), повећања волумена затварања (ЦВ), повећања ФРЦ, смањења виталног капацитета (ВЦ), али одржавања константне вриједности укупног плућног капацитета током живота (ТЛЦ); затим смањења форсираног експираторног волумена у првој секунди (ФЕВ1) и форсираног виталног капацитета (ФВЦ), смањења вриједности односа ФЕВ1/ФВЦ. Са старењем се јављају промјене криве експираторног протока које указују на промјене у малим периферним дисајним путевима који постају склони опструкцијама. Нису забиљежене значајне специфичне промјене криве инспираторног протока, иако се вриједности максималног инспираторног протока смањују са старењем.

6x1=6

Ковачевић – Прерадовић Т, Станетић Б, Ковачевић П. Коронарна болест срца и хронична обструктивна болест плућа. *Respiratio*. 2015; 5: 87 - 94.

Коронарна болест срца (КБС) и хронична обструктивна болест плућа (ХОБП) спадају у масовна незаразна обољења и представљају глобалну епидемију повезану са значајним морбидитетом и морталитетом. Сматра да ће до 2020. године ХОБП бити трећи најзначајнији узрок морталитета. Са друге стране, инциденца КБС је у сталном порасту, а и поред тога што се морталитет од КБС у земљама западне Европе смањује, и даље је веома висок у земљама централне и источне Европе. Управо због тога ова два стања, КБС и ХОБП, имају снажан утицај на здравље људи уопште. Неријетко се КБС и ХОБП јављају заједно, и у одсуству добро познатих фактора ризика превасходно пушења, а њихова узрочно посљедична повезаност се тумачи главним патофизиолошким механизмом који лежи у основи оба ова обољења, а то је запаљенски процес. Доказана је улога маркера запаљенског процеса, као и пушења, снаге респираторних мишића и функције плућа (независно од ефекта пушења) за стварање предиспозиције пацијената са ХОБП за настанак коронарне болести срца. Такође је доказано да фактори који преципитирају акутна погоршања ХОБП, за вријеме којих се најчешће јавља акутни коронарни синдром, имају улогу и у настанку самог акутног коронарног синдрома независно од присуства ХОБП, а у те факторе спадају: инфекције, хипергликемија и ензим матрикс металопроотеиназа (ММП). Имајући у виду учесталост и тежину

кардиоваскуларних обољења код пацијената са ХОБП, посебно коронарну болест срца, веома је важно на вријеме идентификовати пацијенте са ХОБП који већ имају коронарну болест срца и тиме су под повећаним ризиком за настајање акутног коронарног синдрома

6x1=6

Укупан број бодова: 18

Учешће у међународном научном пројекту "CERTAIN" као сарадник пројекта за Републику Српску.....1 бод

Укупан број бодова: 1

Уређивање научног часописа националног значаја3 бода

Од 2011. Године Проф. Пеђа Ковачевић је главни и одговорни уредник часописа Удружења пулмолога Републике Српске "Respiratio"

Укупан број бодова: 3

УКУПАН БРОЈ БОДОВА НАУЧНЕ АКТИВНОСТИ НАКОН ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 79,1

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора
(Навести све активности (публикације, гостујућа настава и менторство сврстаних по категоријама из члана 21.)

Рецензиран универзитетски уџбеник који се користи у земљи.....6 бодова

1) Рајковача З, Матавуљ А, Дрецун М, Ристић С, Ковачевић П, Бокоњић Д, Понорац Н. Приручник за практичну наставу из физиологије. Бањалука, 2007

6x0,3=1,8

2) Дрецун М, Матавуљ А, Којић З, Рајковача З, Ковачевић П, Понорац Н, Ристић С, Благојевић Л, Кунарац М, Старовић-Бајчетић С, Шчекић Ј. Практикум из физиологије. Фоча, 2010.

6x0,3=1,8

Укупан број бодова: 3,6

Гостујући професор на Универзитетима држава насталим на тлу бивше СФРЈ (ангажман у трајању краћем од 30 дана).....3 бода

Гостујући професор на Универзитету у Нишу, Одржао предавање из физиологије студентима смијера фармација

3 бода

Гостујући професор на Универзитетима на тлу РС (ангажман у трајању краћем од 30 дана).....1 бода

Гостујући професор на Универзитету у Источном Сарајеву Медицински Факултет у Фочи, Одржао предавање из физиологије студентима свих смјерова

1 бод

Укупан број бодова: 4

Други облици међународне сарадње (конференције, скупови, радонице, едукација у иностранству).....3 бода

1) Едукација у престижној Мејо Клиници (*Mayo Clinic, Roschester, MN, USA*) октобар 2007.

3 бода

Укупан број бодова: 3

Члан комисије за одбрану магистарског рада.....2 бода

Рената Хацић – Хацибеговић. Д – димер у дијагностици акутне плућне емболије. Медицински факултет, Бања Лука 2008. Члан комисије

2 бода

Žana Ajder, Die nicht-invasive beatmung auf der Intensivstation (Pulmologie), Medizinische Universitaet Wien, Wien 2009. Кomentor

2 бода

Укупан број бодова: 4

УКУПАН БРОЈ БОДОВА ОБРАЗОВНЕ АКТИВНОСТИ ПРИЈЕ ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 14,6

Образовна дјелатност након последњег избора/реизбора

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

Рецензиран универзитетски уџбеник који се користи у иностранству.....12 бодова

- 1) Ковачевић П. Респирациони систем. У: Бељковић С, Раденковић М. Медицинска физиологија, Ниш: Медицински факултет 2016. Књига је прихваћена као уџбеник Универзитета у Нишу.

12x0,3=3,6

Рецензиран универзитетски уџбеник који се користи у земљи.....6 бодова

- 1) Ковачевић П, Момчичевић Д, Драгић Д. Ваздушни пут, мождана смрт. Интензивна здравствена нега болесника са акутним поремећајем респираторног система, У: Кривокућа Б. и сарадници. Мултидисциплинарна интензивна здравствена нега. Бања Лука: Медицински факултет 2017. Књига је прихваћена као Универзитетски уџбеник Универзитета у Бањој Луци.

6x0,3=1,8

- 2) Ковачевић П. и сарадници. Лијечење старих у јединицама интензивног лијечења. У: Шантић и сарадници. Медицинска геронтологија у клиничкој пракси. Мостар: Медицински факултет 2015. Књига је прихваћена као Универзитетски уџбеник Универзитета у Мостару.

6x0,3=1,8

- 3) Ковачевић П. Практикум из физиологије. Бања Лука: Медицински факултет 2014. Књига је прихваћена као Универзитетски уџбеник (помоћни) Универзитета у Бањој Луци.

6x0,3=1,8

- 4) Ковачевић П. Приручник за практичну наставу из прве помоћи. Бања Лука: Медицински факултет 2013. Књига је прихваћена као Универзитетски уџбеник (помоћни) Универзитета у Бањој Луци.

6x0,3=1,8

Укупан број бодова: **10,8**

Други облици међународне сарадње (конференције, скупови, радионице, едукација у иностранству).....3 бода

- 1) Члан научног одбора 5. Конгреса доктора медицине Републике Српске са међународним учешћем који се одржао од 09. – 11. Новембра 2017. Године у Бањи Врућица, Теслић

3 бода

- 2) Континуирана медицинска едукација из области интензивне медицине под називом "CERTAIN" под вођством проф. Огњена Гајића из Мејо Клинике (*Mayo Clinic Rochester, MN, USA*) одобрена од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске **3 бода**
- 3) Едукација у престижној Мејо Клиници (*Mayo Clinic, Jacksonville Fl, USA*) у периоду од 27. 02. до 12. 03. 2012. године **3 бода**
- 4) Едукација из области интензивне медицине под називом "кардиоваскуларна физиологаја основни принципи и мониторинг" (*Cardiovascular physiology in ICU: basic principles and monitoring*) која је одржана у Универзитетској болници Цирих, Швајцарска (*University hospital Zurich, Switzerland*), децембар 2015. **3 бода**
- 5) Едукација из области интензивне медицине под називом "Мозак након срчаног застоја" (*Brain Critical Care and Emergencies – BRACE – The Brain after Cardiac arrest*) која је одржана у Универзитетској болници у Бриселу - Белгија (*Erasmе University Hospital – Universite Libre De Bruxelles*), јун 2017. **3 бода**
- 6) Едукација из основа ехокардиографије организована под окриљем Медицинског Универзитета у Бечу (*Medical University Vienna*) под вођством проф др Томаса Биндера (*Prof. Thomas Binder MD.*), мај 2015. **3 бода**

Укупан број бодова: 18

Менторство кандидата за степен трећег циклуса.....7 бодова

- 1) Ментор за израду докторске дисертације Др Данице Момчичевић одлука бр.:01-565/17. од 28. 03. 2017. Медицински факултет Мостар, Универзитета у Мостару. **7 бодова**
- 2) Коментор за израду докторске дисертације Др Саше Драгића одлука бр: 01-628/15. од 19. 06. 2015. Медицински факултет Мостар, Универзитета у Мостару. **7 бодова**

Менторство кандидата за степен другог циклуса4 бода

- 1) Ментор за израду магистарског рада Др Алме Бадњевић бр: 18-3-390/2013 од 04.06.2013. Медицински факултет Бања Лука, Универзитета у Бањој Луци. **4 бода**

Члан комисије за одбрану другог циклуса.....2 бода

- 2) Члан комисије за оцјену и одбрану магистарског рада Др Бранке Милошевић бр: 18/3.520/2015. Медицински факултет Бања Лука, Универзитета у Бањој Луци.

2 бода

Вредновање наставничких способности наставнике и сараднике који су изводили предавања на Универзитету у Бањој Луци

Према студентској анкети о квалитету наставе за ужу научну област физиологије на студијским програмима Медицина, Стоматологија, Фармација и Здравствена нега Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци кандидат је оцијењен оцјеном 3,59.

8 бодова

Укупан број бодова: 28

УКУПАН БРОЈ БОДОВА ОБРАЗОВНЕ АКТИВНОСТИ НАКОН ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 56,8

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност кандидата прије последњег избора/реизбора
(Навести све активности сврстане по категоријама из члана 22.)

Стручни рад у часопису националног значаја са рецензијом.....2 бода

Хацић-Хацибеговић Р, Ковачевић П. Рад едукативног центра Службе хитне помоћи Дома здравља Бања Лука. Halo 94 2000; V(16): 117-9 Halo 94 2000; V(16): 117-9

2x1=2

Хацић-Хацибеговић Р, Данелишен Т, Матавуљ А, Ковачевић П, Рајковача З. Лечење едема плућа у Служби хитне помоћи Дома здравља Бања Лука. Halo 94 2000; V(17): 21-5.

2x0,5=1

Павићевић З, Ковачевић П, Тања Р, Матавуљ А, Рајковача З, Понорац Н. Компјутерски програми у функцији учења. Halo 94 2000; V(18):69-76.

2x0,3=0,6

Рајковача З, Чађо-Ђекић М, Матавуљ А, Ковачевић П, Понорац Н. Плућна тромбоемболија. Нало 94 2001; V(20): 29-32.

2x0,5=1

Хотић - Лазаревић С, Грујић Д, Ковачевић П. Учесталост и карактеристике анемија код болесника лијечених на ођељењу за хематологију Интерне клинике КЦ Бања Лука. Scr Med 2003; 34: 87 - 89.

2x1=2

Пикула В, Обрадовић С, Кеџман Р, Савић Ј, Видовић Ј, Ковачевић П. Терапија примарне плућне хипертензије (приказ случаја). Билтен VI симпозијума фармацеута и биохемичара Републике Српске 2009; 31 – 37.

6x0,3=1,8

Укупан број бодова: 8,4

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

1) Учествовао у организацији имплементацији неинвазивне вентилације у Клиници за плућне болести КЦ Ниш у трајању од пет дана, изводио теоретску и практичну наставу, септембар 2007. године.

2 бода

2) Водитељ радионице под називом "Неинвазивна вентилација" у оквиру међународног конгреса пулмолога "Мајски пулмолошки дани 2011"

2 бода

Укупан број бодова: 4

УКУПАН БРОЈ БОДОВА СТРУЧНЕ АКТИВНОСТИ ПРИЈЕ ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 12,4

Стручна дјелатност кандидата након последњег избора/реизбора

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

Стручни рад у часопису националног значаја са рецензијом.....2 бода

- 1) Момчичевић Д, Ковачевић П, Драгић С, Милошевић Б. Прогностички фактори за исход акутног респираторног дистрес синдрома. *Respiratio* 2015; 5: 128 – 131.

Акутни респираторни дистрес синдром (АРДС) како се још назива некардиогени едем плућа, представља тешко инфламаторно оштећење плућа под дејством различитих предиспонирајућих фактора (сепса, пнеумонија, присуство аорто – коронарног бајпаса, панкреатитис, фрактуре дугих костију, повишен интракранијални притисак и тд.) У раду су анализирани пацијенти хоспитализовани због АРДС-а у Служби интензивне медицине за нехируршке гране Универзитетске болнице "Клинички центар" Бања Лука у периоду од 01.01.2015. до 31.03.2015. године. Посматрани су следећи параметри: доб, пол, број дана од пријема у болницу до смјештаја у Службу интензивне медицине за нехируршке гране, однос pO_2/FiO_2 , серологија на вирусе и исход лијечења.

2x0,75=1,5

Укупан број бодова: 1,5

Менторство за специјализацију..... 2 бода

- 1) Ментор специјализације из пулмологије др Јовани Чавка одобрење министра здравља бр: 11/04-151-459/16 од 02.12.2016. године

2 бода

- 2) Ментор специјализације из пулмологије др Борису Томићу одобрење министра здравља бр: 11/04-151-471/16 од 02.12.2016. године

2 бода

- 3) Ментор за супспецијализацију из интензивне терапије Др Данице Момчичевић одобрење министра здравља бр: 11/04-151-3-1/17 од 03.06.2017. године

2 бода

- 4) Ментор за супспецијализацију из интензивне терапије Др Саши Драгићу одобрење министра здравља бр: 11/04-151-176/17 од 08.04.2017. године

2 бода

Укупан број бодова: 8

Члан комисије за полагање специјалистичког испита..... 1 бод

- 1) Члан комисије за полагање специјалистичког испита Др Данице Момчичевић, у прилогу је одобрење Министарства здравља бр. 11/04-151-283/15 од 31.08.2015. године.

1 бод

2) Члан комисије за полагање специјалистичког испита Др Бранке Милошевић, у прилогу је одобрење Министарства здравља бр. 11/04-151-48/15 од 19.02.2015. године.

1 бод

3) Члан комисије за полагање специјалистичког рада *Mr Ph.* Николине Шпирић под називом: "Анализа примјене антибиотика у терапији ванболничких пнеумонија у Универзитетском клиничком центру Републике Српске" Фармацеутски факултет Универзитета у Београду, децембар 2015.

1 бод

Укупан број бодова: 3

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

1) Одржао предавање на међународном симпозијуму под називом "видео консултација у јединици интензивног лијечења нехируршких болесника базирана на – CERTAIN – платформи – пилот пројекат". Карловац (Хрватска), 16. И 17. новембар 2017.

2 бода

2) Одржао предавање на "TV Congress of respiratory Medicine Serbia 2015" под називом "Употреба неинвазивне вентилације у хроничној опструктивној болести плућа". Нови Сад (Србија), 16. – 18- новембра 2015.

2 бода

3) Био предавач на стручном скупу под називом "Вртоглавице као дијагностички приступ и терапијски проблем". Приједор 01. Јуна 2015. године

2 бода

4) Био предавач на стручном скупу под називом "Дијагностика и терапија синкопа и несвјестича". Бања Лука 16. Април 2015. Године.

2 бода

5) Био предавач на стручном скупу под називом " Емпиријски третман плућних инфекција критично обољелих". Бања Лука 2012. Године

2 бода

6) Био предавач на стручном скупу под називом " Терапијско мјесто моксифлоксацина и ципрофлоксацина". Добој 08. Маја 2012. Године.

2 бода

- 7) Рецензент два модула за "CERTA0IN" платформу за пријем болесника и прцјену код акутног респираторног дистрес синдрома и код панкреатитиса. Сертификат издао: Dr Rahul Kashyap M.B.B.S; Mayo Clinic

2 бода

Укупан број бодова: 14

УКУПАН БРОЈ БОДОВА СТРУЧНЕ АКТИВНОСТИ НАКОН ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА: 26,5

УКУПН БРОЈ БОДОВА НАУЧНЕ, ОБРАЗОВНЕ И СТРУЧНЕ АКТИВНОСТИ
(ПРИЈЕ ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА И НАКОН ПОСЉЕДЊЕГ ИЗБОРА)

УКУПНА НАУЧНА, ОБРАЗОВНА И СТРУЧНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Дјелатност	Прије последњег избора	Послије последњег избора	УКУПНО
Научна делатност кандидата	121,5	79,1	200,6
Образовна дјелатност кандидата	14,6	56,8	71,4
Стручна дјелатност кандидата	12,4	26,5	38,9
УКУПАН БРОЈ БОДОВА	148,5	162,4	310,9

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

У складу са Правилником о поступку и условима избора наставника и сарадника на Универзитету у Бањој Луци Комисија је извршила бодовање и утврдила да кандидат Др Пеђа Ковачевић, ванредни професор је остварио прије последњег избора 148,5 бодова, а након последњег избора 162,4 бода, што је све укупно 310,9 бодова

ПРИЈЕДЛОГ

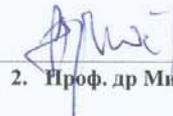
На основу детаљног прегледа достављеног конкурсног материјала, богате научне, образовне и стручне дјелатности кандидата, те стечених услова прописаних Законом о високом образовању, Статутом Универзитета у Бањој Луци и Правилником о поступку и условима избора наставника и сарадника на Универзитету у Бањој Луци, комисија закључује да кандидат Др Пеђа Ковачевић, ванредни професор, испуњава све законом прописане услове за реизбор у звање ванредног професора.

Обзиром на напријед наведено Комисија једногласно предлаже Наставно-научном вијећу Медицинског факултета и Сенату Универзитета у Бањој Луци, да се ванредни професор, **Др Пеђа Ковачевић** реизабере у звање **ванредног професора** за ужу научну област **Физиологија** на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци.

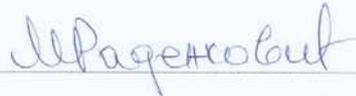
У Бањој Луци, Нишу
јануар 2018. године

Потпис чланова комисије:

1. Проф. др Звездана Рајковача,
редовни професор



2. Проф. др Мирјана Раденковић,
редовни професор



3. Проф. др Славимир Вељковић,
редовни професор

