

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:

Сенат Универзитета у Бањалуци , одлука број: 01/04-2.1126-1/16 од 08.04.2016. године

Ужа научна/умјетничка област:

Гинекологија и опстетриција

Назив факултета:

Медицински факултет Бањалука

Број кандидата који се бирају:

два

Број пријављених кандидата:

два

Датум и мјесто објављивања конкурса:

13.04.2016. године, у дневном листу "Глас Српске" Бањалука

Састав комисије:

др Весна Ећим Злојутро, редовни професор,ужа научна област гинекологија и опстетриција

Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, предсједник

дрСања Сибинчић,ванредни професор,ужа научна област гинекологија и опстетриција

Медицински факултет Универзитета у Бањалуци,

др Срђан Ђурђевић , редовни професор,ужа научна област гинекологија и опстетриција

Медицински факултет Универзитета у Новом Саду

Пријављени кандидати

Др Арнела Церић Банићевић,

др Мирослав Поповић

Први кандидат

а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	Арнела (Фикрет, Земира) Џерић Банићевић
Датум и мјесто рођења:	30.04.1970. године
Установе у којима је био запослен:	КЦ Бањалука
Радна мјеста:	Љекар специјалиста
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Удружење гинеколога СЛД Српско лекарско друштво Србије

б) Дипломе и звања:

Основне студије

Назив институције:	Медицински факултет Бањалука
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Сарајево 1996.
Просјечна оцјена из цијelog студија:	9,60

Постдипломске студије:

Назив институције:	Медицински факултет
Звање:	Магистар перинатологије
Мјесто и година завршетка:	Загреб 2011
Наслов завршног рада:	„Дуљина врата материце и цервиковагинална инфекција у прогнози ризика пријевременог порода”
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Гинекологија и акушерство
Просјечна оцјена:	9,7

Докторске студије/докторат:

Назив институције:	
Мјесто и година одбране докторске дисертација:	
Назив докторске дисертације:	
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	

<p>Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, година избора)</p>	
<p>Радови послије посљедњег избора/реизбора <i>(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)</i></p>	
<p>1. Научни радови на научном скупу међународног значаја, штампани у ћелини</p>	
<p>1.1. Поповић М, Јевтовић Р, Церић Баничевић А, Ђукић В, Пађен М, Вулин Ж.</p> <p>Пријевремени порођај код предњачеће главице. У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.148-154</p> <p>Циљ овог рада био је анализирати број пријевремених порођаја са предњачећом главицом у интервалу од 2001. до 2005. године и анализа параметара : регионалне заступљености; паритета; старосне доби пацијентице; броја клиничких прегледа и гестациске старости; времена трајања прснућа плодових овојака и трајања порођаја; тјелесних тежина недоношчади; начина порођаја; Апгард скора; и исхода. У петогодишњем периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје са предњачећом главицом на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протоколаса педијатријске клинике. У петогодишњем интервалу имали смо 780 пријевремених порођаја главицом, што износи 5,9% од укупног броја порођаја презентацијом главицом. У истом периоду од укупног броја порода на пријевремене порођаје главицом отпада 5, 2%. Приказ пријевремених порођаја по регији показује већи проценат пацијентица из околине Бањалуке – 59,2%. Према паритету показало се да је највећи број пријевремених порода код презентације главицом био код нулипара – 47,4%. Према старосној доби највећи проценат заузимају труднице од 18. до 35. године то 84,2%. У односу на укупан број пријевремених порођаја презентацијом главицом (780) број клиничких прегледа био је: 7,3% без кл. прегледа; 25,8% до 3 кл. прегледа; 36,0% до 6 кл. прегледа и 30,7% преко 6 кл. прегледа. (т. 5).</p>	<p>5x0,3= 1,5</p>
<p>1.2. Церић-Баничевић А, Јевтовић Р, Поповић М, Баничевић А. Превремени порођај код предњачећег затка. У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.154-158</p> <p>Циљ овог рада био је анализирати пријевремене порођаје са предњачећим затком у интервалу од 2001. до 2005. године У петогодишњем периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје са предњачећим затком на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протоколаса педијатријске клинике. У петогодишњем времену имали смо 104 недоношена затка што износи 2% од укупног броја порођаја карличном презентацијом. У истом периоду од укупног броја порода карлична презентација се среће у 4%. Према резултатима показало се да је највећи број недоношених карличних презентација код нулипара, 50%. Када је у питању гестациска доб до 28 н.г. је 11,5%, од 28 до 30 н.г. је 14,4%, расте према 33 – 34 н.г. 23%, те 36% од 35 – 36 н.г. У односу на укупан број пријевремених карличних порођаја, без контролних прегледа било је 10% трудница, до 3 контролна прегледа 26,9%, од 3 – 642,3%, те више од 6 21,1%. Према времену од прснућа пл. овоја до порођаја код 66,3% трудница није прошло шест сати, од 6 – 12 сати 26,9%, а више од 24 сата 3,8%. Тјелесне тежине дјеце, недоношene карличне презентације до 1000 гр среће се у 8,6%, од 1000 – 1500 грама 18,2%, од 1500 – 2000 гр 20,1%, од 2000 – 2500 гр , 23%, те више од 2500 гр 29,8%. Џарским резом завршено је 39,4% недонешених карличних презентација, а 60,5% вагинално, од чега 17,4% по Смелли-Веиту. Од укупног броја недоношene карличне презентације до седмог дана изашло је 24% дјеце (25), од 7 – 15. дана 18,2% (19), од 15 – 30 дана 16,3%, послије 30. дана укупан број умрлих је 34,6% (36) , од тога 61,1% (22) умрлих на одјелу.</p>	<p>5x0,75= 3,75</p>

1.3. Јевтовић Р, Џерић Баничевић А, Поповић М. Превремени порођај код

близаначке трудноће 2001 - 2005. У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.252 – 258

Циљ овог рада био је анализирати пријевремене порођаје близаначких трудноћа у петогодишњем периоду. У периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје близаначким трудноћама на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протокола са педијатријске клинике. Податке смо приказали табеларно у односу на: укупан број порођаја и број превремених порођаја; у односу на регију; у односу на старосну доб; на паритет; на број контролних прегледа; гестациску старост трудноће; вријеме трајање порођаја; у односу на Апгар скор тежину плода; начин завршетка порођаја и перинатални исход. У периоду од 01. 01. 2001. год. до 31. 12. 2005. год. у КГА Банялукама било је укупно 14 844 порођаја, од тога 1 000 прематуруса (6,7%). У овом петогодишњем периоду имали смо укупно 116 близаначких пријевремених порођаја. Највећи број пријевремено рођених близанаца је у старосној доби од 18 – 35 година – њих 98 (84,4%). Нулипаре су најчешће заступљене у превременом близаначком порођају – 55 (47,4%). Што се тиче контролних прегледа њих 9 (7,7%) није било на прегледу, док је највећи број 50 (43,1%) било 6 и више пута на прегледу. Од укупног броја, 53 (45,6%) је било од 35 – 36 н.г., а само 5 (11%) до 28 н.г. Период цурења пл. воде до 6 сати је код њих 89 (76,7) док је пл. вода цурила дуже од 24 сата само код њих 4 (3,4%).

5,0

1.4. Поповић М, Џерић-Банићевић А, Поповић Б. Болести штитасте жлијезде и

вирусне TORCH инфекције као етиолошки фактор застоја у расту плода.

Зборник радова 56. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, јун,

2012:286-99.

Циљ овога рада је двојак: Испитати утицај вирусних (TORCH) инфекција на настанак застоја у расту и развоју плода и испитати утицај поремећаја штитне жлијезде на настанак застоја у расту и развоју плода. У периоду од новембра 2009. до октобра 2010. године испитивањем је обухваћено 100 трудница са једноплодном трудноћом које су лијечене на ођељењу Перинатологија на Клиници за гинекологију и акушерство. Из резултата TORCH тестирања закључујемо да ове инфекције у нашем истраживању немају велики утицај на IUGR. Узимајући у обзир ове резултате као и цијену TORCH тестирања, поставља се питање оправданости рутинског TORCH тестирања свих пациенткиња са TORCH, оно се у великим броју случајева, поготово без ултразвучно видљивих аномалија, не чини оправданим. Резултати скрининга мајчиних хормона штитне жлијезде у нашој студији нису се показали као значајан етиолошки фактор за IUGR, мада повишене просјечне вриједности хормона T3 и T4 а ниже TSH у групи пациенткиња са IUGR говоре о корисности скрининга на болести штитне жлијезде код пациентица са IUGR, посебно у идентификовању скривене, гестациске хипертреозе и хипотреозе у трудноћи.

5,0

1.5. Поповић М, Церић Баничевић А, Поповић Б. Корелација преоперативног и постоперативног патохистолошког налаза код болесница са карциномом ендометријума. У: Зборник радова 57. Гинеколошко- акушерске недјеље СЛД, Београд, 2013. С. 548-572

Карцином ендометријума је најчешћи малигнитет женскогениталног система у већини развијених земаља. Узимајући у обзир све малигните налазе се на четвртом мјесту иза карцинома дојке, дебelog цијева и плућа. У САД годишња инциденца износи око 40 000 нових случајева или око 2-3 % жена . У Републици Српској малигни тумори тијела материце чине око 29.2% свих малигних оболења гениталног система жена а, стопа инциденције износи просјечно 15.1/100 000, што је за око 30% мање у односу на просјечну годишњу стопу инциденције малигних тумора тијела материце у Великој Британији која износи 22/100 000, али је приближна стопи инциденције у Србији која износи 12.7/100 000.Стопа инциденције малигних тумора грила материце у Републици Српској је за 36% већа од просјечне стопе на нивоу светског популације. Да се анализирају и упореде патохистолошки налази на киретману и оперативно одстрањеној материци . Најчешћи хистолошки тип тумора у нашем истраживању је ендометроидни аденокарцином код 91 % који је у 58 % био средње диференован-Г2.Код 66 % пациенткиња је болест је откривена у првом ФИГО стадијуму , 30 % пациенткиња је имало само оперативно лијечење а 62 % пациенткиња и ађувантну зрачну терапију. Преоперативни патохистолошки налази након киретмана добро корелирају са постоперативним патохистолошким налазима,то нарочито важи за хистолошки тип и степен хистолошке диференцијације-градус који су важни прогностички фактори у преоперативној. идентификацији.тумора ниског малигног потенцијала . За процјену агресивности тумора ендометријума предложемо пациенткиње, на основу налаза фракциониране киретаже, подијелити у двије групе, групу са високим ризиком: по хистолошком типу тумор са очекивано лошијим прогнозом, слабо диферентовани тумори без обзира на хистолошки тип и групу са ниским ризиком: по хистолошком типу група са очекивано бољим прогнозом, добро диферентовани тумори. На основу тих параметара са великим вјероватноћом можемо предвидјети понашање тумора ин одлучити се за радикалност дефинитивног терапијског поступка. И на крају можемо закључити да је одговорност гинеколога онколога у индивидуализацији лијечења и процјени обима оперативног захвата због хируршког ризика који може бити већи од могуће користи за пациенткиње са карциномом ендометријума, јер тренутно не постоји ни једна метода којом би могли са стопроцентном тачношћу преоперативно процијенити степен проширености болести .

5,0

1.6. Поповић Д. М, Попадић Д, Церић Баничевић А , Пупчевић В. Напредак у лијечењу карцинома ендометријума на КГА Бања Лука. У: Зборник радова 58.Гинеколошко акушерске недјеље СЛД, Београд, јун, 2014:340-50.

Циљ овог рада био је да се прикажу карактеристике , ток и напредак у лијечењу пациенткиња оболелих од малигног оболења карцинома ендометријума лијечених на КГА Бања Лука у петогодишњем периоду. Ретроспективно је анализирано је 208 пациентки са ендометријалним карциномом лијечених у периоду од 2009 до 2013 године. Највећи број наших пациенткиња је био у постменопаузи, а најугроженије су пациенткиње животне доби преко 60 година, док је највећи број у овом истраживању био је са основним образовањем. Природна менопауза послије 53. године живота представља фактор ризика закарцином ендометријума, а критичан период је првих десет година након менопаузе. Најчешћи хистолошки тип тумора у нашем истраживању је ендометроидни аденокарцином код 91 % који је у 58 % био средње диференован-Г2 , а преоперативни патохистолошки налази након киретмана добро корелирају са постоперативним патохистолошким налазима. Код 55 % пациенткиња је болест је откривена у првом ФИГО стадијуму , 30 % пациенткиња је имало само оперативно лијечење а 60 % пациенткиња и ађувантну зрачну терапију. Од 2009.године расте проценат пелвичних лимфаденектомија, као стандарданог третмана током оперативног плијечења ендометријалног

карцинома у КГА Бања Лука.

$$5 \times 0,75 = 3,75$$

2. Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја.

2.1. Поповић М, Церић Банићевић А, Поповић Б, Церић А, Банићевић А,

Попадић Д. Treatment of Endometrial Cancer in Patient with Malignant Obesity.

Med Arh 2014; 68(1): 69-70.

60 -годишњи пациент са менархом у 13 години , два порода, посљедња менструација у 53 години , без крварења или било какве симптоматологије . Гинеколошки трансвагинални ултразвук је показао дебљину ендометрија (20 мм) . Након киретаже , патохистолошко испитивање је дијагностиковало полип царциноматоидес . Пацијент с ХТА и претилости примљен је на одјел гинеколоске оперативе ендометријалцарцинома (ФИГО стадију ИА1) . Због њезине претилости, ИТМ - 71,50 кг / м² , тежине 219 кг и висине 175 цм , хирурски приступ је било врло тешко извести , па је учињена вагинална хистеректомија . Поступак је довршен у року од 127 минута без интраоперацијских компликација. Губитак крви био је мањи од 100 мл . Пацијент је отпуштен на постоперативни дан 7. Нема компликација током 6 -мјесечног праћења .

$$10 \times 0,3 = 3$$

2.2 Церић Банићевић А, Поповић М, Церић А. Cervical length and cervicovaginal

infection for prediction of preterm birth risk Acta Inform Med 2014; 22(2) : 128-32.

У раду су приказане могућности трансвагиналног сонографског мјерења врата матернице у предвиђању ризика пријевременог порода. Циљ истраживања био је пратити дуљину врата матернице код трудница од 16. до 37. тједна, микробиолошки анализирати вагиналну и цервикалну флору те уочити повезаности скраћења врата и микробиолошке флоре како међусобно тако и с појавом пријевременог порода. Пратили смо повезаност скраћеног врата матернице с пријевременим породом.

У скупини високог ризика имали смо 8% пациентица дуљине врата испод 15мм, 30% дуљине врата од 15 до 25мм, те 62% с дуљином врата изнад 25мм. У скупини ниског ризика нисмо имали пациентице дуљине врата испод 15мм, њих 95% имало је дуљину врата изнад 25мм, а 5% од 15 до 25мм. Кофицијент регресије дуљине врата у скупини високог ризика износио је 0,44мм, док је скупини ниског ризика износио 0,26мм. Налаз позитивног цервикалног бриса у скупини високог ризика имало је 67,56% испитаница, у скупини ниског ризика 4,0%. Код испитаница дуљине врата испод 15мм показала се висока учесталост пријевременог порода, дефинираног као пород до 36,6 тједана, 50%. У скупини дуљине врата до 25мм учесталост пријевременог порода износила је 10,52±0,05. У скупини високог ризика позитивних цервикалних брисева било је до 15мм 88,89±11,87, од 15 до 25мм 62,07±11,43 те код дуљине врата изнад 25мм 60,06±8,05.

Радови послије последњег избора/реизбора

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

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

37 бода

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност послије последњег избора/реизбора

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

Арнела Џерић Банићевић специјалиста гинекологије и акушерства је запослена на Клиници за гинекологију и акушерство Клиничког центра у Бањој Луци, а учествује у настави студената студијског програма Медицина у практичном дијелу наставе. Показала је смисао за педагошки рад и спремност за приhvатање нових педагошких приступа у извођењу вјежби.

4 бода

Образовна дјелатност послије последњег избора/реизбора

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

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

4 бода

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност кандидата послије последњег избора/реизбора

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

3. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

3.1. Џерић Банићевић А, Поповић М., Банићевић А, Јевтовић Р. Методе одабира групе трудница ризичних за пријевремени пород. У: Зборник радова 57. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2013. године. с.138-155

Пријевремени пород (ПП) се дефинира као рођење дјетета између 22 и 37 тједна рудноће.

Његове посљедице су најчешћи узрок раног и касног новорођеначког побола и смртности у развијеним земљама свијета те правовремено уочавање знакова ПП, његова превенција и лијечење представљају један од водећих задатака у данашњем породништву. Учесталост ПП у опћој популацији креће се између 6 – 10 % док је његова учесталост у популацији трудница са клиничким знаковима пријетећег ПП око 20-25 %. Досадашње методе пробирају скопине трудница са знаковима пријетећег ПП темеље се на различитим клиничким, ултразвучним и биокемијским тестовима. Ултразвучним мјерењем дужине затвореног дијела цервикалног канала те анализом жљезданог подручја цервикса побољшао се пробир трудница ризичних за ПП. Методе су се у досадашњим истраживањима показале учинковите у високоризичној популацији у коју спадају и труднице са знаковима пријетећег ПП. Међутим, свим

ултразвучним методама мјерења и процјене зрелости цервикса, инфекција као водећи узрок ПП се врло тешко препознаје, до тренутка када је већ покренула каскаду синтезе простагландина и када је готово немогуће и прекасно за интервенцију. Бактеријска вагиноза (БВ) је неспецифична промјена микробиолошке флоре роднице која доказано доводи до повећања учесталости ПП у популацији трудница са знаковима пријетећег ПП. Неинвазивним тестовима БВ се може лако дијагностицирати, али није јасно дефинирана до које мјере и на који начин може утјеци на повећање дијагностичке тачности. Најстарији тест пробира високо ризичне популације у сврху процјене ризика ПП је бимануални преглед цервикса. Тај преглед се још увијек рутински користи у клиничкој пракси пробира нискоризичне и високоризичне популације. Сам преглед је јефтин, једноставан и сматра се да палпацијски можемо процјенити ризик ПП самим мјерењем облика, дуљине, те отворености цервикса. У великој већини земаља Западне Европе, САД-а те Канаде овај тип прегледа је напуштен, али се још увијек користи при процјени ризика ПП код сваког гинеколошког прегледа у трудноћи. Највећи недостатак бимануланог прегледа је немогућност прегледа унутрашњег ушћа цервикса те његовог суправагиналног дијела који је заправо и најважни дио за анализу јер се чврсти везивни прстен који функционално затвара цервикс налази управо у разини унутрашњег ушћа. Сходно томе бимануални преглед карактеризиран је ниском осјетљивошћу, специфичношћу те ППВ и НПВ те не задовољава критерије поузданом теста пробира и као такав би требао бити напуштен. Такођер интеропсервацијске варијације су екстремно велике и износе око 50% што значи да је грешка између мјерења два клиничара екстремно велика и такав тест има нездовољавајућу дијаностиčку точност процјене ризика ПП, а учесталим мјерењима вишеструко се повећава ризик ширења цервикалне инфекције.

$$3 \times 0,75 = 2,25$$

3.2. Церић-Баничевић А, Ступар Лукач М, Поповић Д. М, Светлана М, Церић А.
Начин завршетка близаначке трудноће у КГА Бања Лука у период од 2008- до 2013.
године. Зборник радова 58. Гинеколошко акушерске нећеље СЛД, Београд, јун,
2014:475-79.

У петогодишњем периоду од 1.1.2009. до 31.12.2013. ретроградно смо анализирали породе близаначких трудноћа у КГА Бањалука. Анализирани подаци добијени су из порођајног протокола. У периоду од 01.01.2009. до 31.12.2013., у Клиници за гинекологију и акушерство имали смо укупно 15579 порода. Од тога број близаначких трудноћа био је 302 или 1,93%. Од укупног броја близаначких трудноћа број порођених прије 36,6 нећеља гестације био је 152 или 50,3%. Највећи број близаначких трудноћа забиљежен је код вагиналним путем порођено је 75 или 24,38% а царским резом 227 или 75,1%. Код карличне презентације једног двојка имали смо оперативно завршавање трудноће у 83% трудница. Пријевремено прснуће плодових овоја дијагностиковали смо код 72 труднице или 23,8%.

$$3 \times 0,5 = 1,50$$

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

УКУПАН БРОЈ БОДОВА: $37+4+3,75=44,75$

Дјелатност	Прије посљедњег избора	Послије посљедњег избора	Укупно
Научна дјелатност кандидата	37	-	37
Образовна дјелатност кандидата	4	-	4
Стручна дјелатност кандидата	3,75	-	3,755
Укупно:	44,75	-	44,75

УКУПНА НАУЧНА, ОБРАЗОВНА И СТРУЧНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

<i>Други кандидат</i>	
а) Основни биографски подаци :	
Име (име оба родитеља) и презиме:	Мирослав (Драгиша и Ружа) Поповић
Датум и мјесто рођења:	07.02.1974. године
Установе у којима је био запослен:	КЦ Бања Лука
Радна мјеста:	Љекар –специјалиста-субспецијалиста
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	Удружење гинеколога РС СЛД Српско лекарско друштво Р.Србије
б) Дипломе и звања:	
Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет Бања Лука

Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Бањалука 1999.г.
Просјечна оцјена из цијelog студија:	7,44
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет Бања Лука
Звање:	Магистар медицинских наука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука 2012 г.
Наслов завршног рада:	„Утицај интраутериног застоја у расту плода на исход трудноће“
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Гинекологија и опстетриција
Просјечна оцјена:	9,5
Докторске студије/докторат:	
Назив институције:	
Мјесто и година одбране докторске дисертација:	
Назив докторске дисертације:	
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, година избора)	
Радови послије посљедњег избора/реизбора <i>(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)</i>	
1. Научни радови на научном скупу међународног значаја, штампани у цјелини <p>1.1. Поповић М, Јевтовић Р, Церић Баничевић А, Ђукић В, Пађен М, Вулин Ж. Пријевремени порођај код предњачеће главице. У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.148-154</p> <p>Циљ овог рада био је анализирати број пријевремених порођаја са предњачећом главицом у интервалу од 2001. до 2005. године и анализа параметара : регионалне заступљености; паритета; старосне доби пациентице; броја клиничких прегледа и гестацијске старости; времена трајања прснућа плодових овојака и трајања порођаја; тјелесних тежина недонешчади; начина порођаја; Апгард скора; и исхода. У петогодишњем периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје са предњачећом главицом на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протоколаса педијатријске клинике. У петогодишњем интервалу имали смо 780 пријевремених порођаја главицом, што износи 5,9% од укупног броја порођаја презентацијом главицом. У истом периоду од укупног броја порода на пријевремене порођаје главицом отпада 5, 2%. Приказ пријевремених порођаја по регији показује већи проценат пациентица из околине Бањалуке – 59,2%. Према паритету показало се да је највећи број пријевремених порода код презентације главицом био код нулипара – 47,4%. Према старосној доби највећи проценат заузимају труднице од 18. до 35. године то 84,2%. У односу на укупан број пријевремених порођаја презентацијом главицом (780) број клиничких прегледа био је: 7,3% без кл. прегледа; 25,8% до 3 кл.</p>	

прегледа; 36,0% до 6 кл. прегледа и 30,7% преко 6 кл. прегледа. (т. 5).

$$5 \times 0,3 = 1,50$$

1.2. Церић-Баничевић А, Јевтовић Р, Поповић М, Баничевић А. Превремени порођај код предњачећег затка. У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.154-158

Циљ овог рада био је анализирати пријевремене порођаје са предњачећим затком у интервалу од 2001. до 2005. године У петогодишњем периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје са предњачећим затком на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протоколаса педијатријске клинике. У петогодишњем времену имали смо 104 недоношена затка што износи 2% од укупног броја порођаја карличном презентацијом. У истом периоду од укупног броја порода карлична презентација се среће у 4%. Према резултатима показало се да је највећи број недоношених карличних презентација код нулипара, 50%. Када је у питању гестацијска доб до 28 н.г. је 11,5%, од 28 до 30 н.г. је 14,4%, расте према 33 – 34 н.г. 23%, те 36% од 35 – 36 н.г. У односу на укупан број пријевремених карличних порођаја, без контролних прегледа било је 10% трудница, до 3 контролна прегледа 26,9%, од 3 – 642,3%, те више од 6 21,1%. Према времену од прснућа пл. овоја до порођаја код 66,3% трудница није прошло шест сати, од 6 – 12 сати 26,9%, а више од 24 сата 3,8%. Тјелесне тежине дјеце, недоношene карличне презентације до 1000 гр среће се у 8,6%, од 1000 – 1500 грама 18,2%, од 1500 – 2000 гр 20,1%, од 2000 – 2500 гр , 23%, те више од 2500 гр 29,8%. Царским резом завршено је 39,4% недоношених карличних презентација, а 60,5% вагинално, од чега 17,4% по Смелли-Веиту. Од укупног броја недоношene карличне презентације до седмог дана изашло је 24% дјеце (25), од 7 – 15. дана 18,2% (19), од 15 – 30 дана 16,3%, послије 30. дана укупан број умрлих је 34,6% (36) , од тога 61,1% (22) умрлих на одјелу

$$5 \times 0,75 = 3,75$$

1.3. Јевтовић Р, Церић Баничевић А, Поповић М. Превремени порођај код близаначке трудноће 2001 - 2005.У: Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006. с.252 – 258

Циљ овог рада био је анализирати пријевремене порођаје близаначких трудноћа у петогодишњем периоду. У периоду од 01. 01. 2001. до 31. 12. 2005. ретроградно смо анализирали пријевремене порођаје близаначким трудноћама на ГАК Бањалука. Подаци који су анализирани добијени су из порођајног протокола, и протокола са педијатријске клинике. Податке смо приказали табеларно у односу на: укупан број порођаја и број превремених порођаја; у односу на регију; у односу на старосну доб; на паритет; на број контролних прегледа; гестацијску старост трудноће; вријеме трајање порођаја; у односу на Апгар скор тежину плода; начин завршетка порођаја и перинатални исход . У периоду од 01. 01. 2001. год. до 31. 12. 2005. год. у КГА Банялукa било је укупно 14 844 порођаја, од тога 1 000 прематуруса (6,7%). У овом петогодишњем периоду имали смо укупно 116 близаначких пријевремених порођаја. Највећи број пријевремено рођених близанаца је у старосној доби од 18 – 35 година – њих 98 (84,4%). Нулипаре су најчешће заступљене у превременом близаначком порођају – 55 (47,4%). Што се тиче контролних прегледа њих 9 (7,7%) није било на прегледу, док је највећи број 50 (43,1%) било 6 и више пута на прегледу. Од укупног броја, 53 (45,6%) је било од 35 – 36 н.г., а само 5 (11%) до 28 н.г.Период цурења пл. воде до 6 сати је код њих 89 (76,7) док је пл. вода

цирила дуже од 24 сата само код њих 4 (3,4%).

5,0

1.4 Поповић М, Вилендечић Р, Јевтовић Р. Карцином глића материце – анализа параметара за 2004. и 2005. годину на ГАК Бањалука. У:Зборник радова 51. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2007.године. с.205-211

Циљ рада је да се прикажу резултати ретроспективне студије у којој су анализирани изабрани параметри код 75 пациенткиња примљених у Клинику под дијагнозом карцинома глића материце у периоду од 2004-2005. године. Анализирани су: мјесто боравка пациенткиње, доб, број порођаја и побачаја, први симптом болести, стадиј у коме је болест откривена, хистолошки тип тумора и третман након постављене дијагнозе. Највећи број пациенткиња (24%) је са бањалучке општине, која има и највећи број становника. Највећи број болесница је старосне доби > 61 год (21,3%), што одступа од података званичне свјетске литературе, гђе је просјечна доб при постављању дијагнозе између 45. и 47. године. По учсталости на другом мјесту су пациенткиње од 41-45. год живота (16%). Највише (46,6%) болесница је са два порођаја и без абортуса 32%. Први симптом болести је било крварење, у 58,6%, док је у мањем броју (25,3%) болест откривена рутинском контролом.

Највећи број обольелих испитаниоца (89,3%) су имале планоцелуларни карцином, а adenокарцином је нађен у 6,6%. У I стадијуму је било 44% пациенткиња, од којих је у I било 32%. Други стадијум је присутан у 29,3% пациенткиња, од чега је у 9,3% био II б стадиј. Код 35 (46,8%) пациенткиња урађена је радикална хистеректомија са лимфаденектомијом по Верхеим-Меигсу, по званично прихваћеном протоколу за лијечење малигних болести, док су остале пациенткиње упућена на ирадијациону терапију. Ова анализа је показала да је већину болесница до љекара довело крварење, када је болест у узнат предовалом стадију и да је рани скрининг карцинома глића нездовољавајући.

5,0

1.5.Поповић М, Џерић-Банићевић А, Поповић Б. Болести штитасте жлијезде и вирусне TORCH инфекције као етиолошки фактор застоја у расту плода. Зборник радова 56. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, јун, 2012:286-99.

Циљ овога рада је двојак: Испитати утицај вирусних (TORCH) инфекција на настанак застоја у расту и развоју плода и испитати утицај поремећаја штитне жлијезде на настанак застоја у расту и развоју плода. У периоду од новембра 2009. до октобра 2010. године испитивањем је обухваћено 100 трудница са једноплодном трудноћом које су лијечене на ођељењу Перинатологија на Клиници за гинекологију и акушерство. Из резултата TORCH тестирања закључујемо да ове инфекције у нашем истраживању немају велики утицај на IUGR. Узимајући у обзир ове резултате као и цијену TORCH тестирања, поставља се питање оправданости рутинског TORCH тестирања свих пациенткиња са IUGR, оно се у великим броју случајева, поготово без ултразвучно видљивих аномалија, не чини оправданим. Резултати скрининга мајчиних хормона штитне жлијезде у нашој студији нису се показали као значајан етиолошки фактор за IUGR, мада повишене просјечне вриједности хормона T3 и T4 а ниже TSH у групи пациенткиња са IUGR говоре о корисности скрининга на болести штитне жлијезде код пациентица са

IUGR, посебно у идентификовању скривене, гестациске хипертреозе и хипотреозе у трудноћи.

5,0

1.6. Поповић М, Церић Баничевић А, Поповић Б. Корелација преоперативног и постоперативног патохистолошког налаза код болесница са карциномом ендометријума. У: Зборник радова 57. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2013. С. 548-572

Карцином ендометријума је најчешћи малигнитет женскоггениталног система у већини развијених земаља. Узимајући у обзир све малигните налази се на четвртом мјесту иза карцинома дојке, дебelog цријева и плућа. У САД годишња инциденца износи око 40 000 нових случајева или око 2-3 % жена . У Републици Српској малигни тумори тијела материце чине око 29.2% свих малигних оболења гениталног система жена а, стопа инциденције износи просјечно 15.1/100 000, што је за око 30% мање у односу на просјечну годишњу стопу инциденције малигних тумора тијела материце у Великој Британији која износи 22/100 000, али је приближна стопа инциденције у Србији која износи 12.7/100 000.Стопа инциденције малигних тумора грила материце у Републици Српској је за 36% већа од просјечне стопе на нивоу светског популације. Да се анализирају и упореде патохистолошки налази на киретману и оперативно одстрањеној материци . Да се односом клиничких и патолошких параметара преоперативно идентификују пациенткиње са карциномом ендометријума ниског малигног потенцијала код којих није потребан радикалан хируршки третман . Најчешћи хистолошки тип тумора у нашем истраживању је ендометроидни аденокарцином код 91 % који је у 58 % био средње диференovan-Г 2.

Код 66 % пациенткиња је болест је откривена у првом ФИГО стадијуму , 30 % пациенткиња је имало само оперативно лијечење а 62 % пациенткиња и адјувантну зрачну терапију. Преоперативни патохистолошки налази након киретмана добро корелирају са постоперативним патохистолошким налазима,то нарочито важи за хистолошки тип и степен хистолошке диференцијације-градус који су важни прогностички фактори у преоперативној идентификацији тумора ниског малигног потенцијала . За процјену агресивности тумора ендометријума предлажемо пациенткиње, на основу налаза фракциониране киретаже, подијелити у две групе, групу са високим ризиком: по хистолошком типу тумор са очекивано лошијом прогнозом, слабо диферентовани тумори без обзира на хистолошки тип и групу са ниским ризиком: по хистолошком типу група са очекивано бољом прогнозом, добро диферентовани тумори. На основу тих параметара са великим вјероватноћом можемо предвидјети понашање тумора и одлучити се за радикалност дефинитивног терапијског поступка. И на kraju можемо закључити да је одговорност гинеколога онколога у индивидуализацији лијечења и процијени обима оперативног захвата због хируршког ризика који може бити већи од могуће користи за пациенткиње са карциномом ендометријума, јер тренутно не постоји ни једна метода којом би могли са стопроцентном тачношћу преоперативно процијенити степен проширености болести .

5,0

1.7. Поповић Д. М, Попадић Д, Банићевић А, Пупчевић В. Напредак у лијечењу карцинома ендометријума на КГА Бања Лука. У: Зборник радова 58. Гинеколошко акушерске недјеље СЛД, Београд, јун, 2014:340-50.

Циљ овог рада био је да се прикажу карактеристике , ток и напредак у лијечењу пациенткиња оболелих од малигног оболења карцинома ендометријума лијечених на КГА Бања Лука у петогодишњем периоду. У овом раду ретроспективно је анализирано је 208 пациенткиња са ендометријалним карциномом лијечених у периоду од 2009 до 2013 године. Највећи број наших пациенткиња је био у постменопаузи, а најугроженије су пациенткиње животне доби преко 60 година. док ће највећи број пациенткиња у овом истраживању био је са основним образовањем. Природна менопауза послије 53. године живота представља фактор ризика закарцином ендометријума, а

критичан период је првих десет година након менопаузе. Најчешћи хистолошки тип тумора у нашем истраживању је ендометриодни аденокарцином код 91 % који је у 58 % био средне диференован-Г 2. а преоперативни патохистолошки налази након киретмана добро корелирају са постоперативним патохистолошким налазима. Код 55 % пацијенткиња је болест је откривена у првом ФИГО стадијуму , 30 % пацијенткиња је имало само оперативно лијечење а 60 % пацијенткиња и ађувантну зрачну терапију. Од 2009. године расте проценат пелвичних лимфанденектомија, као стандардног третмана током оперативног плијечења ендометријалног карцинома у КГА Бања Лука.

$$5 \times 0,75 = 3,75$$

2. Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја.

2.1 **Поповић М, Церић Банићевић А, Поповић Б, Церић А, Банићевић А, Попадић Д.** Treatment of Endometrial Cancer in Patient with Malignant Obesity. Med Arh 2014; 68(1): 69-70.

60 -годишњи пациент са менархом у 13 години , два порода, посљедња менструација у 53 години , без крварења или било какве симптоматологије . Гинеколошки трансвагинални ултразвук је показао дебљину ендометрија (20 мм) . Након киретаже , патохистолошко испитивање је дијагностиковало полип царциноматоидес . Пацијент с ХТА и претилости примљен је на одјел гинеколоске оперативе ендометријалцарцинома (ФИГО стадију IA1) . Због њезине претилости, ИТМ - 71,50 кг / м² , тежине 219 кг и висине 175 см , хирурски приступ је било врло тешко извести , па је учињена вагинална хистеректомија . Поступак је довршен у року од 127 минута без интраоперацијских компликација. Губитак крви био је мањи од 100 мл . Пацијент је отпуштен на постоперативни дан 7. Нема компликација током 6 -мјесечног праћења

$$10 \times 0,3 = 3$$

2.2. Церић Банићевић А, **Поповић М, Церић А.**Cervical length and cervicovaginal infection for prediction of preterm birth risk Acta Inform Med 2014; 22(2) : 128-32.

. У раду су приказане могућности трансвагиналног сонографског мјерења врата матернице у предвиђању ризика пријевременог порода. Циљ истраживања био је пратити дуљину врата матернице код трудница од 16. до 37. тједна, микробиолошки анализирати вагиналну и цервикалну флору те уочити повезаности скраћења врата и микробиолошке флоре како међусобно тако и с појавом пријевременог порода. Пратили смо повезаност скраћеног врата матернице с пријевременим породом.

У скупини високог ризика имали смо 8% пацијентица дуљине врата испод 15мм, 30% дуљине врата од 15 до 25мм, те 62% с дуљином врата изнад 25мм. У скупини ниског ризика нисмо имали пацијентице дуљине врата испод 15мм, њих 95% имало је дуљину врата изнад 25мм, а 5% од 15 до 25мм. Кофицијент регресије дуљине врата у скупини високог ризика износио је 0,44мм, док је скупини ниског ризика износио 0,26мм. Налаз позитивног цервикалног бриса у скупини високог ризика имало је 67,56% испитаница, у скупини ниског

ризика 4,0%. Код испитаница дуљине врата испод 15мм показала се висока учесталост пријевременог порода, дефинираног као пород до 36,6 тједана, 50%. У скупини дуљине врата до 25мм учесталост пријевременог порода износила је $10,52 \pm 0,05$. У скупини високог ризика позитивних цервикалних брисева било је до 15мм $88,89 \pm 11,87$, од 15 до 25мм $62,07 \pm 11,43$ те код дуљине врата изнад 25мм $60,06 \pm 8,05$.

10,0

2.3. Ракоњац 3 , Брдар Р, Поповић М. The Effect of Clinical, Radiographic and Functional Scores on the Total Score in the Evaluation of Congenital Clubfoot . Med Arh 2014; 68(4): 249-254.

УВОД Примјена радикалних хируршких захвата за лијечење урођеног кривог стопала се смањује. Минимално инвазивни хируршки третам (МИХТ) је начин лијечења урођеног кривог стопала који представља компромис између радикалног хируршког лијечење и неоперативног лијечења.

ЦИЉ Утврдiti значај и улогу група параметара (клиничких, радиографских и функционалних) за евалуацију резултата код испитаника лијечених са двије методе (радикална операција и МИХТ).

МЕТОДОЛОГИЈА И ИСПИТАНИЦИ У раду су обухваћена дјеца која су лијечена због структуралног (идиопатског) облика ПЕВЦ – а. Испитивање представља проспективну студију и проведено код двије групе пациентата. Група А (радикално хируршко лијечење) - контролна група Укупан број испитаника био је 50, мушких пола 35 (70%) и женских пола 15 (30%), број испитиваних стопала је 88. Група Б (минимално инвазивни хируршки третман - МИХТ) - експериментална група.

РЕЗУЛТАТИ Пропорција добрих резултата код 88 стопала у групи А износи 0,477 док код 84 стопала у групи Б знатно је већа и износи 0,893. Разлика између ових пропорција је статистички високозначајна ($t = 5,84$ $p < 0,001$). Хи-квадрат тестом је показао ($\chi^2 = 30,083$ $df = 1$ $N = 172$ $p < 0,001$) да постоји високозначајна повезаност између методе лијечења и резултата лијечења. Добри резултати лијечења у групи А забиљежени су у 48% а у групи Б у 88% случајева. **ЗАКЉУЧАК** Лијечњем урођеног кривог стопала минимални инвазивни хируршки третманом добију се бољи функционални резултати него лијечење радикалном операцијом. Улога радиографских параметара у евалуацији резултате лијечење ја најмања без обзира да ли је лијечење проведено радикалним оперативним захватом или МИХТ -ом. Сматрамо да радиографије за рутинску анализу резултата лијечење није потребно користити.

10,0

Радови послије последњег избора/реизбора

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

УКУПАН БРОЈ БОДОВА: **52 бодова**

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност послије последњег избора/реизбора

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

Мирослав Поповић, специјалиста гинекологије и акушерства је запослен на Клиници за гинекологију и акушерство Клиничког центра у Бањој Луци, а учествује у настави студената студијског програма Медицина у практичном дијелу наставе. Показао је

смисао за педагошки рад и спремност за прихватање нових педагошких приступа у извођењу вježbi. **4 бода**

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

УКУПАН БРОЈ БОДОВА: **4 бода**

д) Стручна дјелатност кандидата:

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

3.Рад узборнику радовасамеђународног стручног скупа

3.1 Јованић Н, Ећим-Злојутро В, Чанчаревић-Ђајић Б, **Поповић М.** Спонтана комплетна руптура гравидногrudimentarnог рога код утерус бикорнис унилатералrudimentariјус у 22.гестацијској недељи-приказ случаја . У:Зборник радова 50. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2006:390-94.

Трудноћа уrudimentарном рогу материце је веома ријетка, а карактеришу је знаци и симптоми ектопичне трудноће. Руптуре рога су праћене јаким интраперитонеалним крварењем и шоком, а терапија је хируршка.Анализиран је случај пациенткиње која је примљена на Клинику за гинекологију и акушерство као хитан случај са знацима хеморагијског шака. Успјешно је оперисана уз трансфузију крви и замрзнуте свјеже плазме.Да не би долазили у ситуацију као у овом случају да у стању хеморагијског шака морамо радити хитну лапаротомију потребно је код сваке ултразвучне сумње на постојањеrudimentарног рога то потврдити лапароскопијом и остранитиrudimentарни рог прије трудноће.

$$3 \times 0,75 = 2,25$$

3.2.Јевтовић Р, Золак А, **Поповић М**, Зрилић Т, Лучић Н. Вишеплодна трудноћа на ГАК Бањалука, 2002 -2006. У :Зборник радова 51. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2007. с.108-116

Циљ рада је анализа исхода недонесених вишеплодних трудноћа на ГАК Бањалука у периоду 2002. до 2006. године. Аутори су у периоду од 01.01.2002. до 31.12.2006. године ретроградно анализирали превремене порођаје код близаначких трудноћа . Превремени порођај се сматра порођајем после 20 нг и пре навршене 37. нг, односно 259 дана трудноће, рачунајући од првог дана последње менструације. Етиологија превремених порођаја непозната је у 40-70% случајева и односи се на разноврсне егзогене и ендогене факторе и социоекономске утицаје. Вишеструка трудноћа (гравидитас мултиплацијес) подразумјева стање када се у унутрашњости материце истовремено развијају два или више плодова. Вођење вишеплодне недонешене

трудноће се сврстава у порођај са великим ризиком: 1. рана дијагноза, 2. већи нацор и одговарајући третман, 3. строжија перинатална контрола, 4. хоспитализација од 32-36 н.г., 5 стављање серклажа. Најчешћи узроци смртности су: трансфузиони синдром, крварења, због инсерције велементозе фуникули ет васа превиа, поремећаја фактора коагулације, оштећења цнс-а, исхемичне некрозе бијеле мождане масе, као и тромбоемболијске компликације у осталим парехиматозним органима (бубрези, плућа, дигестивни тракт), пријевремено прскање пл.овоја, испадање пупчаника или једног екстремитета.

$3 \times 0,5 = 1,5$

3.3. Церић Баничевић А, Поповић М, Баничевић А, Јевтовић Р. Методе одабира групе трудница ризичних за пријевремени пород. У: Зборник радова 57. Гинеколошко-акушерске недјеље СЛД, Београд, 2013. године. с.138-155

Пријевремени пород (ПП) се дефинира као рођење дјетета између 22 и 37 тједна рудноће. Његове посљедице су најчешћи узрок раног и касног новорођеначког побола и смртности у развијеним земљама свијета те правовремено уочавање знакова ПП, његова превенција и лијечење представљају један од водећих задатака у данашњем породништву. Учесталост ПП у опћој популацији креће се између 6 – 10 % док је његова учесталост у популацији трудница с клиничким знаковима пријетећег ПП око 20-25 %.

Досадашње методе пробирају скупине трудница са знаковима пријетећег ПП темеље се на различитим клиничким, ултразвучним и биокемијским тестовима. Ултразвучним мјерењем дуљине затвореног дијела цервикалног канала те анализом жљезданог подручја цервикса побољшао се пробир трудница ризичних за ПП. Методе су се у досадашњим истраживањима показале учинковите у високоризичној популацији у коју спадају и труднице са знаковима пријетећег ПП. Међутим, свим ултразвучним методама мјерења и процјене зрелости цервикса, инфекција као водећи узрок ПП се врло тешко препознаје, до тренутка када је већ покренула каскаду синтезе простагландина и када је готово немогуће и прекасно за интервенцију. Бактеријска вагиноза (БВ) је неспецифична промјена микробиолошке флоре роднице која доказано доводи до повећања учесталости ПП у популацији трудница са знаковима пријетећег ПП. Неинвазивним тестовима БВ се може лако дијагностицирати, али није јасно дефинирана до које мјере и на који начин може утјећати на повећање дијагностичке тачности.

Најстарији тест пробира високо ризичне популације у сврху процијене ризика ПП је бимануални преглед цервикса. Тада преглед се још увијек рутински користи у клиничкој пракси пробира нискоризичне и високоризичне популације. Сам преглед је јефтин, једноставан и сматра се да палпацијски можемо процијенити ризик ПП самим мјерењем облика, дуљине, те отворености цервикса. У великој већини земаља Западне Европе, САД-а те Канаде овај тип прегледа је напуштен, али се још увијек користи при процијени ризика ПП код сваког гинеколошког прегледа у трудноћи. Највећи недостатак бимануалног прегледа је немогућност прегледа унутрашњег ушћа цервикса те његовог суправагиналног дијела који је заправо и најважнији дио за анализу јер се чврсти везивни прстен који функционално затвара цервикс налази управо у разини унутрашњег ушћа. Сходно томе бимануални преглед карактеризиран је ниском осјетљивошћу, специфичношћу те ППВ и НПВ те не задовољава критерије поузданом тесту пробира и као такав би требао бити напуштен. Такође интеропсервацијске варијације су екстремно велике и износе око 50% што значи да је грешка између мјерења два клиничара екстремно велика и такав тест има незадовољавајућу дијагностичку точност процијене ризика ПП, а учесталим мјерењима вишеструко се повећава ризик ширења цервикалне инфекције.

$3 \times 0,5 = 1,5$

3.4. Церић-Баничевић А, Ступар Лукач М, Поповић Д. М, Светлана М, Церић А. Начин завршетка близаначке трудноће у КГА Бања Лука, период од 2008- до 2013. године. Зборник радова 58. Гинеколошко - акушерске недјеље СЛД, Београд, јун,

2014:475-79.

У периоду од 1.1.2009. до 31.12.2013. ретроградно смо анализирали породе близаначких трудноћа у КГА Бањалука. Анализирани подаци добијени су из порођајног протокола. У периоду од 01.01.2009. до 31.12.2013., у Клиници за гинекологију и акушерство имали смо укупно 15579 порода . Од тога број близаначких трудноћа био је 302 или 1,93%. Од укупног броја близаначких трудноћа број порођених прије 36,6 неђеља гестације био је 152 или 50,3%. Највећи број близаначких трудноћа забиљежен је код вагиналним путем порођено је 75 или 24,38% а царским резом 227 или 75,1%. Код карличне презентације једног двојка имали смо оперативно завршавање трудноће у 83% трудница. Пријевремено прснуће плодових овоја дијагностиковали смо код 72 труднице или 23,8%.

$$3 \times 0,5 = 1,50$$

4. Реализован национални стручни пројект у својству сарадника на пројекту

4.1. Малешевић Б, Поповић М. ХИВ и ТРУДНОЋА, Приручник о вертикалној трансмисији намијењен трудницама, , Бањалука, децембар 2009. године.

1 бод

4.2. Попадић Д, Поповић Д. М, Гардашанић М. "Трудна сам - Приручник за труднице", Требиње, јули 2014.

1 бод

Стручна дјелатност кандидата (послије последњег избора/реизбора)

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

8,75 бода

УКУПАН БРОЈ БОДОВА: 52 + 4 + 8,75 = 64,75

УКУПНА НАУЧНА, ОБРАЗОВНА И СТРУЧНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Дјелатност	Прије посљедњег избора	Послије посљедњег	Укупно
Научна дјелатност кандидата	52	-	52
Образовна дјелатност кандидата	4	-	4
Стручна дјелатност кандидата	8,75	-	8,75
Укупно:	64,75	-	64,75

II. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

Након увида у конкурсну документацију пријављених кандидата, Комисија је констатовала да кандидати испуњавају све услове за избор сарадника према члану 77. Закона о високом образовању.

Чланови комисије су закључили да кандидати мр Мирослав Поповић и мр Арнела Церић Банићевић, испуњавају све услове за избор у звање вишег асистента предиђене чланом 147. Закона о високом образовању, чланом 9. Закона о измјенама и допунама Закона о високом образовању и чланом 135. Статута Универзитета у Бањалуци.

На основу изнесеног, чланови Комисије предлажу Наставно – научном вијећу Медицинског факултета у Бањалуци да мр Мирослава Поповића (64,75 бодова) и мр Арнелу Церић Банићевић (44,75 бодова) изабере у звање вишег асистента, за ужу научну област Гинекологија и опстетриција, на Медицинском факултету Универзитета у Бањалуци.

Уколико се на Конкурс пријавило више кандидата у Закључном мишљењу обавезно је навести ранг листу свих кандидата са назнаком броја освојених бодова, на основу које ће бити формулисан приједлог за избор

У Бањалуци, 30.05.2016. године

Потпис чланова комисије

1. Др Весна Ђимић Злојутро, редовни професор,
Медицински факултет Универзитета у Бањалуци,
предсједник

2. Др Сања Сибинчић, ванредни професор,
Медицински факултет Универзитета у Бањалуци,
член

3. Др Срђан Ђурђевић, редовни професор,
Медицински факултет Универзитета у Новом
Саду, член

