

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
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 Бањој Луци је донио одлуку број: 02/04-3.2245-25/13 од 18.07. 2013. године о расписивању Конкурса за избор сарадника за ужу научну област Дерматовенерологија.

Ужа научна/умјетничка област:

Дерматовенерологија

Назив факултета:

Медицински факултет Бања Лука

Број кандидата који се бирају

Два кандидата (2)

Број пријављених кандидата

један (1)

Датум и мјесто објављивања конкурса:

28.08.2013. године у дневном листу "Глас Српске" - Бања Лука

Састав комисије:

- а) Др Богдан Зрнић, редовни професор, ужа научна област: Дерматовенерологија; Медицински факултет Универзитет у Бањој Луци, предсједник
- б) Др Слободан Стојановић, ванредни професор, ужа научна област: Дерматовенерологија, члан

в) Др Весна Гајанин, доцент, ужа научна област: Анатомија; Медицински факултет
Универзитет у Бањој Луци, члан

Пријављени кандидати

Један кандидат: Ђука Нинковић Барош

II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	Ђука (Јово, Радојка) Нинковић Барош
Датум и мјесто рођења:	15. 03.1958. године, Гламоч, БиХ
Установе у којима је био запослен:	Дом здравља у Гламочу, Дом здравља у Бањалуци, КЦ Бања Лука, Медицински факултет
Радна мјеста:	Доктор медицине, Специјалиста дерматовенеролог, Сарадник-ужа научна област дерматовенерологија
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	-Комора доктора медицине, члан; -Удружење дерматовенеролога РС, члан; -Удружење за превенцију малигнух тумора коже, члан; -Удружење псоријатичара РС, председник подружнице Бања Лука; -Друштво доктора РС, члан -Асоцијације доктора за југоисточну Европу, члан

б) Дипломе и звања:

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Београду
Звање:	доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Београд, 1982. године
Просјечна оцјена из цијелог студија:	8,0
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци

Звање:	Магистар медицинских наука
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2012. године
Наслов завршног рада:	"Компаративна анализа успјеха лијечења псоријазе стандардним терапијским модалитетима и балнеотерапијом"
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Дерматовенерологија
Просјечна оцјена:	9,3
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)	Стручни сарадник (асистент)- ужа научна област дерматовенерологија од 2000- 2004. године, али и даље у својству сарадника у практичном дијелу наставе.

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

Радови прије посљедњег избора/реизбора <i>(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)</i>
Радови послје последњег избора/реизбора <i>(Навести све радове, дати њихов кратак приказ и број бодава сврстаних по категоријама из члана 19. или члана 20.)</i>
<p>Рад објављен у часопису међународног значаја, са рецензијом, објављен у цјелини</p> <p>1. Ninković Baroš Đ, Balaban J, Tomašević Pavlović S, Salapura Dugonjić A, Popović G, Brđanin D. Cutaneous blastomycosis- a case report. Serb J Dermatol Venereol 2012; 4(3): 119-28. 119-9. DOI: 10.2478/v10249-012-0011-x VERSITA 0,30 x 4=1,20 бодова</p> <p>Бластомикоза је ријетка хронична грануломатозна супуративна системска микоза коју изазива <i>Blastomyces dermatitidis</i> и која се у највећем броју случајева манифестује као примарно обољење плућа. Примарна бластомикоза коже је ријетка и углавном се јавља као инфекција у лабораторији, обдукцијској сали, или посттрауматски. Када се јавља код особа са ослабљеним имунитетом, као што су инфицирани вирусом хумане имунодефицијенције или након трансплантације органа, може се сматрати опортунистичком инфекцијом. Период инкубације је 1-3 недеље. Кожне лезије су обично асимптоматске; могу се јавити у широком спектру клиничких варијација у виду: хиперкератотичних нодула, вегетантних плакова, улцерација са мањим пустулама на маргинама, везикулопустулозном или нодуларном облику. Дијагноза се поставља на основу патохистолошког налаза и идентификације узрочника културом. Болест се у</p>

Европи јавља ријетко: углавном у виду спорадичних случајева; чешћа је у неким дијеловима Сјеверне Америке и Канаде. Приказ случаја: Приказујемо болесницу 46 година, из Добоја, са Бластомикоза коже на лијевој надлактици која се јавила непосредно након хируршке ексцизије израстине на кожи у јуну мјесецу 2011. године. Тумор величине зрна пиринча, локализован на средини надлактице пацијенткиња је имала претходних 20 година. Патохистолошки налаз ексцидиране промјене: *papilloma cutis inflamatum*. Рана се након хируршке ексцизије инфламирала и ширила уз појаву повишене температуре. У брису узетом са кожне промјене изолован је *Staphylococcus aureus*. Култура бриса на кваснице је била негативна. Од јуна до августа мјесеца 2011. године пацијенткиња је лијечена у надлежним установама у Добоју системским антибиотицима, локалним антибиотицима, антисептицима. Због перзистирања и ширења инфламације на руци упућена је у нашу установу. При првом прегледу у нашој Клиници (август 2011. године) регистрован је: опсежан флукутирајући, еритематозан, инфилтровани плак, гранулозне, изразито сецернирајуће, влажне површине уз салелитске нодуса по периферији. У брису узетом са промјене нису нађене патогене бактерије; миколошки микроскопским прегледом нативног препарата и културе у брису промене на кожи и спутуму нису нађени гљивични елементи. У патохистолошком препарату *periodic acid-schiff* бојењем уочавају се широке споре карактеристичне за бластомикозу. Сви резултати лабораторијских и осталих релевантних анализа били су у границама физиолошких вриједности: комплетна крвна слика, основне биохемијске анализе, ултразвук абдомена и обе аксиле, рендгенски снимак плућа и леве надлактице. Након искључења захватања плућа и осталих органа, дијагноза бластомикоза коже постављена је на основу анамнезе, клиничке слике и патохистолошког налаза. У терапију је укључен итраконазол у дневној дози од 2x100 мг током 3 мјесеца. Због слабог терапијског одговора, поновљена је биопсија коже, а патохистолошки налаз је идентичан са анализом првобитно узетог биоптата. Послије консултације са колегама дерматолозима са Војномедицинске академије у Београду, дневна доза итраконазола је повећана на 2x200 мг наредна три мјесеца. У том периоду, код пацијенткиње су се, осим промјене на руци, по кожи трупа и екстремитета, јавиле дисеминоване папуле и папулопустуле уз осећај свраба који су схваћени као " ид " реакција; у терапију је укључен системски кортикостероид (метилпреднизолон) у три наврата у кратком временском периоду. Након ове терапије, смањују се инфилтрација, влажење промјене на руци и долази до регресије кожних промјена по трупу. Након седам мјесеци, дневна доза итраконазол је смањена на 2x100 мг. Посљедњи пут је прегледана у нашој установи, десет мјесеци након увођења итраконазол у терапију, када је и регистрована регресија промјене на руци уз перзистирање постинфламаторног еритема. Сваког мјесеца су рађене контролне лабораторијске анализе које су биле у границама референтних вриједности: комплетна крвна слика и основни биохемијски параметри. Прекид давања итраконазола услиједиће након 12 мјесеци од започињања лијечења. Закључак: Бластомикоза коже је ријетко обољење у Европи; јавља се у виду бројних клиничких варијетета; лијечи се антифунгалним, имидазолским препаратима; лијечење траје и до 12 мјесеци. **Рад је објављен у новембру мјесецу 2012. године и на *VERSITA: DOI: 102478/v10249-012-0011-x VERSITA***

Оригинални научни радови у научном часопису националног значаја и прикази случајева

2. Gajanin V, Krivokuća Z, Gajanin R, Krivokuća B, Zrnić B, Sladojević I, Bućma T, **Ninković Baroš Đ**. Stereološka analiza melanocitnih promjena kože. *Scr. Med* 2009; 41 (1): 1-7.

(0,30 x 6=1,8 бодова)

Невуси су дефинисани као бенигне пролиферације меланоцита, односно варијетети хамартомских и/или неопластичних лезија у кожи. За разлику од меланомских лезија, невуси након одређеног периода раста стагнирају, а потом инволуирају. Ангиогенеза је неопходна, како за почетак, тако и за завршетак процеса метастазирања. Васкуларизација примарног тумора почиње експанзиван раст, тумор добија метастатски потенцијал.

Циљ рада је да се одреде стереолошки параметри (волуменска, површинска и дужинска густина) васкуларне мреже невуса и околине невуса, те меланома и перитуморског подручја на различитим анатомским регијама.

Истраживање је обављено на 10 узорак бенигну меланоцитних промјена (невуси) и 10 малигну меланоцитних промјена (меланоми). Материјал добијен биопсијом је фиксиран у 10% формалину, а од узорак су прављени серијски резони. Визуелизација крвних судова је вршена *Mallory* методом, а помоћу микроскопа и дигиталне камере вршено је фотографисање узорак. Успјешне фотографије су обрађиване уз помоћ програма 1.42e (*National Institutes of Health, Bethesda, USA*) уз коришћење тестног система A100. Статистичка анализа је урађена уз коришћење програма SPSS, верзија 15.0. Статистички значајна разлика постоји у волуменској и дужинској густини васкуларне мреже невуса и околине невуса, те у дужинској густини васкуларне мреже меланома и перитуморског подручја.

3. **Ninković Baroš Đ**, Zrnić B, Gajanin V. Pemphigus vulgaris udružen sa mycosis fungoides-prikaz slučaja. *Scr Med* 2009; 40 (1): 45-3.

(1 бод)

Пемфигус означава групу органоспецифичних аутоимунских обољења коже које карактерише појава интраепидермалне буле, настале акантолизом, на еритематозној или неизмијењеној кожи. Осим на кожи, пемфигус може почети промјенама на слузницама у виду була и ерозија, најчешће у усној дупљи и може дуго остати препознат. Обољења која су често придружена пемфигус су дијабетес мелитус, артеријска хипертензија и различите инфекције (бактериске, гљивичне и вирусне). Такође је установљена појава пемфигуса са другим аутоимунским обољењима и малигнитета. Приказали смо мушкарца у доби од 81 годину, који је више пута хоспитализован због бројних жућкастозеленкастих пустула и ерозија прекривених жутозеленим крустом на неизмијењеној или еритематозној кожи лица, трупа и горњих екстремитета. Патохистолошком анализом је утврђена дијагноза пустулозног облика пемфигуса. Након двије године болесник се јавио са новим промјенама у виду 2 ливидна плака на лицу и леђима. По урађеној биопсији постављена је дијагноза *Mycosis fungoides*. Остаје неријешено питање да ли је у овом случају лимфом основна болест, а пемфигус придружена болест или обрнуто.

Научни радови и прикази случајева на научном скупу националног значаја

штампани у цјелини

4. **Ninković Baroš Đ**, Gajanin V, Prtina A, Gajanin R. Najčešći parametri metaboličkog sindroma kod pacijenata oboljelih od psorijaze. Edicija, Zbornik radova: Šesti međunarodni kongres "Ekologija, zdravlje, rad, sport", Banja Luka 2013; (2): 141-6.

(0,75 x 2=1,5 бодова)

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

5. Prtina A, Grabež M, Bajić Z, **Ninković Baroš Đ**. Metabolički sindrom i procjena desetogodišnjeg rizika nastanka kardiovaskularnih bolesti. Edicija, Zbornik radova: Šesti međunarodni kongres "Ekologija, zdravlje, rad, sport", Banja Luka 2013; (2): 268-4.

(0,75 x 2 = 1,5 бодова)

Циљ рада је био утврдити учесталост metaboličkog синдрома (МС) међу здравственим радницима града Бања Лука и повезаност МС са ризиком за настанак кардиоваскуларних болести (КВБ). КВБ су према подацима Свјетске здравствене организације водећи узрок смрти у свијету. Настанак КВБ је резултат дјеловања различитих фактора ризика (пушење, неправилна исхрана, седентарни начин живота, хипертензија, хиперлипидемија и дијабетес) који се могу превенирати. МС је скуп патофизиолошких поремећаја metaboličkog поријекла који удружени повећавају ризик настанка дијабетеса типа 2 и атеросклерозних кардиоваскуларних обољења, те значајно оштећују квалитет живота и смањују очекивану дужину живота. Посљедњих година користи се термин кардиометаболички ризик за чију процјену се морају узети и МС и десетогодишњи ризик за КВБ који се одређује помоћу *Score Risk Chart* табеле. Узорак је чинило 226 здравствених радника оба пола старости 30-60 година, запослених у три здравствене организације града Бања Лука. За утврђивање присуства МС коришћена је

дефиниција *International Diabetes Federation (IDF)*. Преваленција МС у комплетном узорку је износила 48,8%. Испитаници мушког пола (76,5%) су чешће имали МС у односу на испитанице (43,2%) и та разлика је била статистички значајна. Хипотеза о позитивној повезаности присуства МС и ризика од КВБ утврђена је израчунавањем *rung* коефицијента корелације који је достигао ниво статистичке значајности ($p < 0.00$). Процјена десетогодишњег ризика од КВБ код пацијената са метаболичким синдромом је један од начина предвиђања кардиоваскуларних компликација МС.

6. **Ninković Đ, Gajanin V, Gajanin R, Prtina A, Popović G.** Keratosis follicularis. II Kongres patologa Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učešćem. Banja Luka, Knjiga sažetaka; 2012: 234-3.

(0,5 x 1= 0,5 бодова)

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

Научни радови и прикази случајева на скупу националног значаја штампани у зборнику извода радова

7. **Ninković Baroš Đ, Zrnić B, Prtina A, Gajanin V.** Učestalost metaboličkog sindroma kod oboljelih od psorijaze. 2. Kongres doktora medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem. Banja Vrućica, Teslić, Knjiga sažetaka; 2011: 5-1.

(0,75x2=1,50) бодова

Псоријаза је болест непредвидивог тока и различитим клиничким манифестацијама, а као дуготрајно упално обољење, уз њу постоји ризик за развој инсулинске резистенције, поремећај метаболизма масти уз гојазност и хипертензију које карактеришу метаболички синдром. Циљ рада је да се утврди учесталост метаболичког синдрома и појединих његових компоненти код обољелих од псоријазе. Испитивањем је обухваћено 49 пацијената са различитим клиничким облицима псоријазе. Дијагноза псоријазе је постављена на основу клиничке слике и/или патохистолошке анализе измијењене коже. Преваленција метаболичког синдрома је одређивана према Консензусу дефиниција из 2009. године, који подразумева присуство трију од пет параметара метаболичког синдрома: централна гојазност (мјерена повећаним обимом струка), снижене вриједности ХДЛ холестерола, повишене вриједности серумских триглицерида, повишен артериски притисак и гликемија наташте. Учесталост метаболичког синдрома код наших испитаника је висока (47%). Најзаступљенији параметри метаболичког синдрома код пацијената са

псоријазом су централна гојазност (44% мушкараца и 38% жена) и хипертензија (34% мушкараца и 24% жена). Учесталост метаболичког синдрома код обољелих од псоријазе је значајно виша него у општој популацији.

8. Balaban J, **Ninković Baroš Đ**, Popović G, Roljić J, Ćelić M, Grujić D. Kliničke i histopatološke karakteristike melanoma kod pacijenata u KC Banjaluka od 2009-2011. godine. I Simpozijum udruženja dermatovenerologa Republike Srpske. Banja Luka 2012; Sažetak, Knjiga sažetaka.

(0,30 x 2 = 0,6 бодова)

Меланом је један од пет тумора коже чија инциденција расте посљедњих година, нарочито у САД. Дебљина тумора по *Breslow-u* је један од најважнијих прогностичких параметара. Циљ истраживања је био утврдити најзначајније клиничке и хистопатолошке карактеристике меланом наших пацијената. Рад представља ретроспективну анализу података из налаза Конзилијума за малигне туморе коже Клиничког центра у Бањој Луци за 172 пацијента са меланомом, у периоду од 2009. до 2011. године. Анализа је обухватила: мјесто становања, пол, доб, клинички облик, локализацију и дебљину меланом по *Breslow-u*. У резултатима рада, од укупног броја пацијената 33,7% је из Бањалуке, а највећи број (66,3%) из осталих општина Републике Српске. Било је присутно 54,1% жена, а 45,9% мушкараца. Разлика у полној структури није статистички значајна ($p=0,286$). Просјечно животно доба испитаника је 61,1 годину, код мушкараца 63,5, а код жена 59,1 годину. Разлика у просјечној старости мушкараца и жена је статистички значајна ($p=0,041$). Постоји и статистички значајна разлика по декадама живота. Највећи број обољелих је у шестој, седмој и осмој деценији живота ($p=0,000$). Пик инциденције код оба пола је у 64-ој години живота. Клинички облик меланом је познат само код 73 пацијента. Најчешћи је нодуларни облик, за који је утврђена статистички значајна разлика ($p=0,000$). Најчешћа локализација меланом су леђа (34,30%), ноге (18,6%), а затим глава и врат (16,2%). Постоји статистички значајна разлика за ове три локализације у односу на остале ($p=0,000$). Дебљина тумора по *Breslow-u* је позната за 129 пацијената (75%). Медијана дебљине меланом је 4,60 мм, што је више од три пута у поређењу са медијаном дебљине у САД или Западној Европи. Најтањи меланоми су локализовани на предњој страни трупа, а најдебљи су акрални меланоми без постојања статистички значајне разлике ($p=0,546$). Скоро једна трећина пацијената има дијагностиковане метастазе. Меланом се код оба пола најчешће јавља у седмој деценији живота. Најчешћи облик је нодуларни меланом, а најчешћа локализација су леђа. Забрињавајућа медијана дебљине меланом од 4,6 по *Breslow-u* указује на касно дијагностиковање и потребу за ефикаснијим мјерама примарне и секундарне превенције.

Научни радови и прикази на скупу међународног значаја штампани у зборнику извода радова и прикази случајева

9. **Ninković Baroš Đ**, Gajanin V, Gajanin R, Prtina A, Zrnić B. Komparativna analiza uspjeha liječenja psorijaze standardnim terapijskim modalitetima i balneoterapijom. 2/19 Kongres Udruženja dermatovenerologa Srbije. Beograd, 2013, Zbornik Apstrakata; 0-15:30-1.

0,50 x3=1,50 бодова

Псоријаза је хронична инфламаторна имунолошки посредована болест коже. Поред

стандардних терапијских модалитета (антибиотици, цитостатици, фототерапија, фотохемотерапија и ретиноиди), у терапији се примјењују и нестандардне терапијске методе као балнеотерапија, али и најчешће комбинација више терапијских средстава. Циљ рада је да се утврди дужина ремисије псоријазе код пацијената лијечених стандардним терапијским модалитетима, балнеотерапијом и комбинованим лијечењем (стандардним терапијским модалитетима и балнеотерапијом). Анализирано је 60 одраслих пацијената оба пола, обољелих од различитих клиничких облика псоријазе, подијељених у три групе према примјењеним терапијским модалитетима: група I (лијечена стандардним терапијским модалитетима), група II (лијечена балнеотерапијом) и група III (лијечена комбинованим терапијским модалитетима). Свим пацијентима смо одређивали индекс процјене тежине псоријазе (PASI) у 1., 3. и 6. недјељи лијечења.

У резултатима смо добили да је просјечна дужина ремисије код пацијената лијечених стандардним терапијским модалитетима износила $1,77 \pm 0,951$ мјесеци, а код пацијената лијечених балнеотерапијом износила $1,79 \pm 0,918$ мјесеци. Код пацијената лијечених комбинованом терапијом период ремисије је у просјеку трајао $2,47 \pm 0,743$ мјесеци. Постојала је статистички значајна разлика у дужини трајања ремисије између пацијената лијечених комбинованом терапијом и пацијената лијечених стандардним терапијским модалитетима ($p=0,019$), односно балнеотерапијом ($p=0,032$). Примјена комбиноване терапије је показала најбоље резултате у лијечењу псоријазе.

10. **Ninković Baroš Đ**, Gajanin V, Zrnčić B, Ristić D. Najčešće komponente metaboličkog sindroma kod pacijenata sa psorijazom liječenih u Klinici za kožne i polne bolesti KC Banja Luka. XVI Beogradski dermatološki dani, Beograd 2011; Zbornik sažetaka; S-2: 39-1.

(0,75x3=2,25) бодова

Данас знамо да псоријаза није само болест коже већ је повезана са другим обољењима као што су псоријатични артритис, Mb Chron, кардиоваскуларне болести и метаболички синдром. Метаболички синдром представља скуп метаболичких и хемодинамских поремећаја који се појављују удружено и код појединих особа и вишеструко повећавају ризик од артериосклеротских, кардиоваскуларних болести и дијабетеса тип 2. Током 2000. године ревидирани су дијагностички критеријуми за метаболички синдром и централна гојазност није обавезан критеријум за постављање дијагнозе већ један од критеријума. Циљ рада је био да се утврде компоненте метаболичког синдрома најзаступљеније код особа од псоријазе и преваленцију метаболичког синдрома код наших пацијената. Истраживање је проведено као проспективна епидемиолошка студија која је обухватила 49 пацијената обољелих од псоријазе подијељених у 2 групе: до 40 година и преко 40 година старости. Преваленција метаболичког синдрома и појединих његових компоненти је одређивана према Консензусу из 2009. године. Од статистичких метода кориштен је процентуални однос са табеларним и графичким приказима добијених резултата. Преваленција метаболичког синдрома код наших пацијената износ $59,2\%$ (95% CI $43,3-71\%$). Код пацијената мушког пола преваленција износи 63% , а код жена 54% . Остале компоненте метаболичког синдрома су биле заступљене у високом проценту као: хипертензија код 63% мушкараца и $54,5\%$ жена, централна гојазност код мушкараца у $81,5\%$, а код жена $86,4\%$. Трглицеридемија је била присутна код $54,5\%$ жена и 23% мушкараца обољелих од псоријазе. Гликемија наташте изнад $5,6$ је била присутна код $48,1\%$ пацијената мушког пола, а у $18,2\%$ пацијената женског пола. У нашој студији су

били заступљени пацијенти преко 40 година (83%), код којих је заступљен метаболички синдром у 61% случајева, и млађи пацијенти од 40 година (16%) код којих је метаболички синдром заступљен у 37,5%. У закључку: метаболички синдром је болест модерног доба повезан са прекомјерном тјелесном гојазношћу централног типа и инфламаторним обољењима као са псоријазом. Наши подаци се поклапају са подацима из литературе. Даља истраживања биолошких маркера, фактора метаболичког синдрома и псоријазе, те њихових генетских утицаја, може помоћи у идентификацији пацијената који би могли имати ризик за развој метаболичког синдрома и системских болести, да би могли добити правовремену дијагнозу и терапију.

11. **Niković Baroš Đ**, Prtina A, Gajanin V, Znić B. Hydradenitis suppurativa kod pacijeta liječenog tuberkulostatskom terapijom-terapijske dileme. XVI Beogradski dermatološki dani, Beograd 2011; Sažetak. Zbornik sažetaka; Ps-15:70-1.

(0,75 x 1 = 0,75 бодова)

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

заостајањем ожиљних промјена, као и нормализације лабораторијских параметара. Закључак: на основу клиничке слике и патохистолошког налаза постављена је дијагноза супуративног хидраденитиса. Од хируршке интервенције се одустало због високих параметара упалне фазе и позитивног *Quantiferon-TB* теста. До регресије промјена и задовољавајућег клиничког одговора је дошло након шест мјесеци. Остаје отворена дилема да ли се радило о хидраденитису и туберкулози коже, туберкулози неког висцералног органа или латентној туберкулози. У нашој пракси нисмо имали пацијента са хидраденитисом и туберкулозом, а ови подаци су у корелацији са подацима из нама доступне литературе.

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

14,10 бодова

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора/реизбора

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

Квалитет педагошког рада на Универзитету

Ђука Нинковић Барош, специјалиста дерматовенеролог је запослена на Клиници за кожне и полне болести Клиничког центра у Бањој Луци, а учествује у настави студената студијског програма Медицина и Стоматологија у практичном дијелу наставе и практичном дијелу испита из дерматовенерологије у својству сарадника до избора 2000. године када је изабрана у звање асистента. Показала је смисао за педагошки рад и спремност за прихватање нових педагошких приступа у извођењу вјежби и семинара.

4 бода

Образовна дјелатност после последњег избора/реизбора

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

Квалитет педагошког рада на Универзитету

Ђука Нинковић Барош, магистар медицинских наука је запослена у КЦ Бања Лука, Клиника за кожне и полне болести као специјалиста дерматовенеролог, сарадник у настави на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци. Успјешно учествује у извођењу практичне наставе из дерматовенерологије као асистент од 2000-2004. године, али и након тог периода учествује у извођењу вјежби и практичног дијела испита из дерматовенерологије. Показала је смисао за педагошки рад у извођењу вјежби, семинара и консултација при изради дипломских радова. Др Ђука Нинковић Барош после одбрањене магистарске тезе и даље активно учествује у извођењу практичне наставе и предиспитним вјежбама и практичним испитима студената медицине и стоматологије.

Била је члан Комисије за одбрану завршног рада првог циклуса (укупно два рада): Студент Моника Сацак студијски програм Медицина, Медицински факултет Бања Лука, дипломски рад: „Клиничке сличности и разлике пигментних невуса са меланомом“ и Синиша Чикић, студијски програм Медицина, Медицински факултет Бања Лука, дипломски рад: „Утицај стреса на псориазу“; Бања Лука, септембар 2013. године.

4 бода

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

8 бодова

д) Стручна дјелатност кандидата:

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

Др Ђука Нинковић Барош, учесник је бројних симпозијума, конгреса и радионица у земљи и иностранству и прије избора 2000. године

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

Стручни рад у часопису националног значаја (са рецензијом)

12. Balaban J, **Ninković Đ.** Najčešći uzroci kontaktnog alergijskog dermatitisa dijagnostikovana u dermatovenerološkoj klinici KC Banja Luka. Scr Med 2001; 32 (9) :81-4.

2 бода

Контактни алергијски дерматитис је често обољење и настаје као последица поновног контакта са алергеном након сензибилизације. Циљ рада је био да се примјеном стандардног епикутаног теста утврде супстанце које најчешће изазивају контактни дерматитис.

У раду је испитивањем обухваћено 31 одраслих особа оба пола са контактним алергијским дерматитисом. У групи су биле заступљене особе женског пола (74,2%). Пацијенти су најчешће упућивани под дијагнозом контактнoг дерматитиса шака (35,5%). Стандардни епкутани тест је био позитиван код 14 пацијената (45,2%), бар на један алерген. Укупно је утврђено 27 позитивних реакција. Од 19 алергена из стандардне серије, позитивне реакције је дало 7 алергена: калијум дихромат, неомицин сулфат, пара-фенилендиамин, кобалт дихлорид, меркапто мјешавина, никл сулфат и карба мјешавина. Највећи број позитивних реакција, не рачунајући суспектну контактну алергију, дали су: кобалт дихлорид 7 (25,9%), карба мјешавина 6 (22,2%), док су никл-сулфат и неомицин сулфат дали 4 позитивне реакције (14,8%). Најјаче алергијске реакције дали су никл-сулфат, кобалт дихлорид и неомицин сулфат.

Радови и прикази случајева у зборнику радова са међународног стручног скупа

13. **Ninković Đ**, Balaban J, Popović G, Brđanin D. Imiquimod u terapiji tumora kože. XVII Beogradski dermatološki dani, Beograd, 2012, Zbornik apstrakata; 65-2.

0,75x3=2,25 бодова

У раду је приказан ефекат имуномодулаторне терапије у лијечењу тумора коже, као суперфицијалног базоцелуларног карцинома и преканцерозе Mb Bowen. Иако је лијек избора углавном хируршка терапија код наведених тумора коже успјешно се примјењује и имуномодулаторна терапија у трајању од 6-12 недјеља. Приказали смо два пацијента. Први пацијент је имао суперфицијални базоцелуларни карцином и Mb Bowen, а дијагноза је постављена на основу клиничких и патохистолошких параметара. Одлучили смо се за терапију Imiquimod-ом због величине оба тумора на предњој страни грудног коша. Након 12 недјеља је дошло до потпуне регресије на кожи.

Други пацијент у доби од 72 године коме је већ урађена хируршка ексцизија базоцелуларног карцинома на дорзалној страни носа 1995. године, а 2010. године ексцизија тумора на лијевом горњем очном капку, укључујући и угао ока. Патохистолошки налаз је указао на базоцелуларни карцином. Неколико година након ексцизије јавило се црвенило изнад лијеве обрве са десквамацијом. Урађена је биопсија, а патохистолошки налаз је потврдио клиничку дијагнозу Mb Bowen. Упућен је Конзилијум за малигне туморе, а након консултације са дерматологом укључена је терапија са Имиквимод 5% кремом локално 5x недељно у трајању од 12 недјеља.

Имуномодулаторна терапија је добра алтернатива хируршкој терапији код преканцерозних неоплазија коже и слузница као и базоцелуларног карцинома суперфицијалног типа, нарочито када је у питању деликатна локализација тумора и доб пацијената.

14. **Ninković Đ**, Brđanin D, Popović G, Ćelić M, Prtina A. Porphyria cutanea tarda in patient with newly discovered diabetes mellitus typ 2. IV Congress of dermatovenerologists of Macedonia, Ohrid, 2009; Abstract. Book of Abstracts: P52: 136-1.

0,50x1= 0,50 бодова

Porphyria cutanea tarda (PCT) је често обољење у групи порфирија. Најчешће се ради о парцијалној дефицијенцији ензима уропорфириноген декарбоксилазе, што резултира акумулацијом уропорфирина и 7 карбоксипорфириногена најчешће у јетри. Најчешће се јавља код особа након 40. године живота. Најчешћи провоцирајући фактори су алкохол, естрогени, жељезо, хепатитис Ц, ХИВ инфекција и пацијенти на хемодијализи. Приказали смо женску пацијенту у доби од 50 година са ерупцијом везикула и була на шакама са бистрим или хеморагичним садржајем. Прве промјене у виду хиперпигментације и хипертрихозе су се појавили на лицу пацијентке двије године прије појаве промјена на шакама. У лабораторијским анализама: жељезо у серуму 40; копропорфирини у урину 0,544 (референтне вриједности<0,180), уропорфирини у урину и порфобилиноген, д-аминолевулинска киселина су били у границама референтних вриједности, гликемија 14,1 и GGT 51,8; су били повишених вриједности. Под ултравиолетним сијетлом (Wood лампа) урин је показао корално црвену флуоресценцију. Патохистолошка анализа: субепидермална була са оскуднијим инфламаторним инфилтратом. По урађеној дијагностици пацијентки су ординирани антималарици, Резохин 2x недељно неколико мјесеци, Витамин Е 1x400 мг, Натријум бикарбонат у дози 650 мг и антидијабетици.

Удруженост РСТ и дијабетеса у неким студијама је више од 40%, а у једној студији се наводи чак у 77% случајева интолеранције на глукозу код пацијената са порфиријом.

15. **Ninković Đ**, Prtina A, Popović G, Brđanin D, Ćelić M. Mycosis fungoides or coexistence pemphigus and mycosis fungoides. 6th EADO Congress. Athens. Greece. Abstract. Book of Abstracts; 2010: 270-1.

(0,50 x 1 = 0,5 бодова)

У раду је приказан пацијент са присутним вишемјесечним промјенама на кожи са појавом жутозеленкастих пустула и круста дисеминовано на неизмјењеној или еритематозној кожи и интермитентним субфебрилним температурама и костобољом. На основу клиничке слике и патохистолошке анализе измијењене коже постављена је дијагноза пемфигуса. Код пацијента је десетак година прије описаних промјена постављена дијагноза псоријазе. На примијењену локалну терапију је дошло до брзе регресије промјена. Погоршање промјена на кожи се јавило након неколико година кад је у терапију уведен *Azathioprine* у дози од 150 мг дневно и локална кортикостероидна терапија на коју не долази до регресије кутаних промјена. Погоршање се јавља са појавом пустула и круста на кожи трупа, лица и екстремитета. На примијењену имunosупресивну терапију метилпреднизолону у дози од 60 мг на дан, 21 дан, а затим сукцесивно смањивање дозе за 10% недељно до дозе 8 мг дневно. Погоршање промјена на кожи се јавило двије године касније са појавом ливидних плакова. Имунохистохемијска анализа: CD3+, CD5+, CD4+, CD8+ Т ћелије су присутне у папиларном дермису. Представили смо Т кутани ћелијски лимфом у пустулозној форми или се радило о коегзистенцији Т кутаног ћелијског лимфома и пемфигуса.

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

5,25 бодова

УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Дјелатност	Прије посљедњег избора	Послије посљедњег избора	УКУПНО
Научна дјелатност кандидата	-	14,10	14,10
Образовна дјелатност кандидата	4	4	8
Стручна дјелатност кандидата	-	5,25	5,25
Укупан број	4,0	23,35	27,35
Укупан број бодова: (86,5+27,35=113,85)			

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

Ђука Нинковић Барош је од 1997. године прије избора и касније од 2000. године након избора у звање асистента стекла педагошко искуство кроз рад са студентима кроз извођење вјежби и семинара на Катедри за дерматовенерологију Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци.

Објавила је један научни оригиналан рад у часопису националног значаја као коаутор, као и рад објављен у часопису међународног значаја, са рецензијом у цјелини, који је приказан и *on line* (DOI: 102478/v10249-012-0011-x VERSITA)

Ђука Нинковић Барош је објавила два рада у зборнику радова са Конгреса националног значаја у цјелини као аутор и коаутор, а више радова у зборнику извода радова са међународног стручног скупа и скупа националног значаја.

Учествовала је на бројним конгресима и симпозијумима у земљи и иностранству са саопштењима и приказом случајева.

Одбранила је магистарски рад који је проистекао из дугогодишњег искуства у клиничком раду, а пријавила је и докторску тезу у овој години.

Изабрана је у текућој школској години као координатор у извођењу практичне наставе у Клиници за кожне и полне болести са Медицинским факултетом у Бањој Луци.

Након увида у конкурсну документацију пријављеног кандидата, Комисија је констатовала да кандидат испуњава све услове за избор сарадника према члану 77. Закона о високом образовању Републике Српске.

Чланови Комисије су закључили да кандидат Ђука Нинковић Барош испуњава све услове за избор у звање вишег асистента предвиђене чланом 147. Закона о високом образовању Републике Српске и чланом 9. Закона о измјенама и допунама Закона о високом образовању Републике Српске.

На основу свега изнесеног чланови Комисије предлажу Наставно - научном вијећу Медицинског факултета и Сенату Универзитета у Бањој Луци да магистар медицинских наука Ђука Нинковић Барош, буде изабрана у звање вишег асистента за ужу научну област Дерматовенерологија на Медицинском факултету Универзитета у Бањој Луци, студијски програм - Медицина и Стоматологија.

У Бањој Луци / Новом Саду /,
16. 12. 2013. године

Потпис чланова комисије

Богдан Зрнић, редовни професор, ужа
научна област: Дерматовенерологија,
1. Медицински факултет Универзитета у
Бањој Луци

Слободан Стојановић, ванредни
професор, ужа научна област:
2. Дерматовенерологија Медицински
факултет Универзитета у Новом Саду

Весна Гајанин, доцент, ужа научна
област: Анатомија, Медицински
факултет Универзитета у Бањој Луци

Весна Гајанин

