

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ

ФАКУЛТЕТ: МЕДИЦИНСКИ



ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

о пријављеним кандидатима за избор у звање

ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке: 01/04-2-793-20/13 од 05.04.2013. Сенат Универзитета у Бањој Луци.

Ужа научна/ умјетничка област: Хирургија

Назив факултета: Медицински факултет

Број кандидата који се бирају: два (2)

Број пријављених кандидата: један (1)

Датум и мјесто објављивања конкурса: 10.04.2013. године „Глас Српске“ Бања Лука.

Састав Комисије:

1. Др Предраг Грубор, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, председник
2. Др Здравко Марић, ванредни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, члан
3. Др Вељко Марић, редовни професор, ужа научна област Хирургија, Медицински факултет Фоча Универзитет Источно Сарајево, члан

Пријављени кандидати:

1. Др Милан Симатовић, доцент ужа научна област Хирургија, специјалиста опште и абдоминалне хирургије

ПОДАЦИ О КАДИДАТИМА

Први кандидат а) Биографски подаци

Име и презиме:	Милан Симатовић
Датум и мјесто рођења:	23.08.1962. Бања Лука
Установе у којима је био запослен:	Клинички центар Бања Лука Клиника за општу и абдоминалну хирургију
Звања/радна мјеста:	Специјалиста опште и абдоминалне хирургије, наставник на Медицинском факултету
Научна/умјетничка област:	Хирургија
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима: Друштво доктора медицине РС, Комора доктора медицине РС, Удружење хирурга РС, Удружење ендоскопских хирурга Србије, Удружење херниолога Србије.	

Б) Биографија, дипломе, звања

Основне студије	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Сарајево, 1989.
Просјечна оцјена:	8,20
Постдипломске студије:	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2000.
Назив магистарског рада:	„Хируршки третман ратних повреда паренхиматозних органа абдомена“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Просјечна оцјена:	10
Докторат:	
Назив институције:	Медицински факултет
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2004.
Назив дисертације:	„Предност лапароскопске холецистектомије у односу на класичну холецистектомију“
Ужа научна/умјетничка област:	Хирургија
Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, период): Медицински факултет Бања Лука, виши асистент 03.04.2001. – 2006., доцент. 04.2006. -2011. 20.04.2011. (реизбор)	

в) Научна дјелатност кандидата

Радови прије посљедњег избора

1. Оригинални научни рад у часопису међународног значаја

1.1. Кривокућа Б, Станишић М, Марић З, Аћимовац П, Ђулум Ј, Симатовић М. Избор оптималне оперативне процедуре у лијечењу компликованих облика холедохотијазе. Acta Medica Mediana, 2005;44(4): 43 – 47. (0,3x10 бодова = 3 бода)

2. Оригинални научни рад у часопису националног значаја

2.1. Ђулум Ј, Марић З, Симатовић М, Кордић О, Кривокућа Б, Алексић З. Хируршке методе хемостазе у терапији крвављења из горњих сегмената гастроинтестиналног система. Scr Med 2000; 31 (2): 71-75. (0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

2.2. Симатовић М, Станишић М. Компликације код лапараскопске холецистектомије. Scr Med 2002; 31 (2): 82-8. (6 бодова)

2.3. Марић З, Станишић М, Симатовић М. Опструктивни аспект инфламаторних болести цријева у условима повишеног стреса. Scr Med 2002; 31 (2): 32-7.

(6 бодова)

2.4. Станишић М, Симатовић М. Конвенционална или лапараскопска холецистектомија: када и како Scr Med 2002; 31 (2): 21-8. (6 бодова)

3. Научни рад на скупу међународног значаја штампан у цјелини

3.1. Симатовић М, Станишић М, Марић З, Жигић Б. Тотална гастректомија код карцинома желуца. XIX Конгрес хирурга Југославије 1996. (0,75x5 бодова = 3,75 бодова)

3.2. Симатовић М, Станишић М, Марић З, Костић Д. Choledocholithiasis, II Гастрохируршко бијенале, Врњачка Бања, 1997. (0,75x5 бодова = 3,75 бодова)

4. Научни рад на скупу националног значаја штампан у цјелини

4.1. Станишић М, Марић З, Ећим Ж, Симатовић М. Хируршко лијечење ратних повреда дебелог цријева. Зборник радова I конгреса ратне медицине са међународним учешћем, Бања Лука 1992. (0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

4.2. Марић З, Станишић М, Кордић О, Симатовић М. Наша искуства у љечењу ратних повреда јетре. Зборник радова I конгреса ратне медицине са међународним учешћем, Бања Лука 1992. (0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

4.3. Станишић М, Марић З, Жигић Б, Симатовић М. Ратне повреде колоне- примарно лијечење и реконструкција. XVIII Конгрес хирурга Југославије, Београд 1994.

(0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

4.4. Станишић М, Марић З, Жигић Б, Симатовић М. Ратне повреде ректума-септичне компликације. XVIII Конгрес хирурга Југославије, Београд 1994.

(0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

4.5. Станишић М, Марић З, Жигић Б, Симатовић М. Ратне повреде ректума- неодложни поступци и репарације. XVIII Конгрес хирурга Југославије, Београд 1994.

(0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

4.6. Станишић М, Марић З, Жигић Б, Костић Д, Симатовић М. Резултати лијечења 100 ратних повреда јетре. XVIII Конгрес хирурга Југославије, Београд 1994.

(0,5x2 бодова = 1 бод)

4.7. Станишић М, Марић З, Жигић Б, Костић Д, Симатовић М. Хитне и елективне операције код карцинома колоне. XIX Конгрес хирурга Југославије, Бар 1996.

(0,5x2 бодова = 1 бод)

4.8. Марић З, Станишић М, Жигић Б, Симатовић М. Неоперативно лијечење ратних повреда јетре. XIX Конгрес хирурга Југославије, Бар 1996.

(0,75x2 бодова = 1,5 бодова)

УКУПНО БОДОВА = 41,3boda

Радови послје посљедњег избора

1. Оригинални научни рад у часопису међународног значаја

1.1. Лаловић Н, Дукић Владичић Н, Марић Р, Ћук М, Симатовић М, Јокановић Д. Масивно крварење из горњих партија дигестивног тракта узроковано гастроинтестиналним стромалним тумором желуца. Медицински преглед, 2012;(7-8):341-5. (10 бодова x0,30=3 бода)

Акутно крварење из горњих партија дигестивног система представља ургентно стање које је и поред савремених дијагностичких метода и лијечења праћено великом стопом морталитета од 6 до 15%. Може бити узроковано и гастроинтестиналним стромалним туморима желуца које углавном карактерише окултно крварење, док се веома ријетко јавља профузно крварење праћено хеморагијским шоком. Гастроинтестинални стромални тумори желуца су мезенхимни тумори у гастроинтестиналном тракту. У раду је приказана пацијенткиња старости 60 година с профузним крварењем из желуца и клиничком сликом тешког хеморагичног шока узрокованим гастроинтестиналним стромалним тумором. Интраоперативно, након урађене гастротомије, на малој кривини желуца нађен је јајолик, према лумену издигнут чвор, прекривен на неколико мјеста улцерисаном слузницом, праћен масивним артеријским крварењем. На основу патохистолошког прегледа уз имунохистохемијске анализе потврђено је да је ријеч о гастроинтестиналном стромалном тумору желуца. Акутно крварење из дигестивног система представља нагло насатало и озбиљно стање организма. Према подацима из литературе, масивно крварење из горњих партија дигестивног система ријетко може бити изазвано гастроинтестиналним стромалним тумором желуца. У раду је приказано да обилно крварење из горњих партија дигестивног система ријетко може бити изазвано гастроинтестиналним стромалним тумором желуца. Хируршка ресекција главни је вид лијечења гастроинтестиналних стомалних тумора дигестивног система, као и крварења из наведених тумора након неуспјеха ендоскопске хемостазе.

2. Оригинални научни рад у часопису националног значаја

2.1. Алексић З, Симатовић М, Костић Д, Ћулум Ј, Кривокућа Б, Регода М, Тркуља Н, Стакић И. Истраживање хируршког лијечења карцинома гуштераче у КЦ Бања Лука. Биомедицинска

истраживања (у штампи)

(0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

Карцином гуштераче је један од најагресивнији малигнитета, са подмуклим и брзим развојем клиничке слике и лошом прогнозом. Циљ рада: Ретроспективно студијом на петогодишњем период процијенити успјех хируршког лијечења карцинома гуштераче. Методе: У петогодишњем периоду од 01.01.2004. године до 31.12.2008. године у Клиници за општу и абдоминалну хирургију КЦ Бања Лука оперисана су 144 болесника са карциномом гуштераче, што чини 1,93% од укупног броја операција у редовном оперативном програму (7429). Сви пацијенти су обрађени према следећим параметрима: пол, старосне групе, клинички статус, врста оперативног захвата, морбидитет, морталитет, број дана хоспитализације. Резултати указују да је карцином гуштераче чешћи код мушкараца (1,93:1), најчешћу је у седмој деценији живота (33%). У тренутку дијагностиковања 127 (87,59%) болесника имало је нересектабилан тумор.

2.1. Алексић З, Симатвић М, Костић Д, Ћулум Ј, Кривокућа Б, Тркуља Н, Регода М, Стакић И. Праћење учесталости колоректалног карцинома кроз два временска периода у клиници за општу и абдоминалну хирургију Клиничког центра Бања Лука. Биомедицинска истраживања (у штампи) (0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

Колоректални карцином је један од најучесталијих малигних тумора и налази се на трећем мјесту и код мушкараца и код жена. Циљ рада је да прикаже сопствена искуства у третману карцинома дебелог цријева. У раду аутори су пратили учесталост колоректалног карцинома у два временска периода. Први период је од 01.01.1981.године до 31.12.1991. године. Други период је од 01.01.1996.године до 31.12.2006. године. Анализом учесталости, дистрибуције према полу, старости, локализацији, евидентиран је континуиран пораст учесталости карцинома дебелог цријева. Карцином се најчешће дијагностикује у седмој декади живота.

2.1. Marić Z, Ćulum Z, Kordić O, Simatovi M. Observation of planned and registered neuroendocrine tumors (NETS) in the Banja Luka region. BH Surgery 2011;1: 39-5. (0,75x6 бодова = 4,5 бодова)

Неуроендокрини тумори (НЕТ) су ријетки тумори који кроз комплексну дијагностику, су ријетко идентификовани, поготово у регијама гдје је здравствена заштита мање развијена. Циљ ове студије је да се упореди мали број пацијената са дијагностикованог НЕТ-а у регији Бања Лука са могућим бројем обољелих од ове болести и да се предложи мјере за побољшање дијагностике НЕТ у складу са ЕНЕТС Цонсенсус нГуиделивес фор Диагносис. Аутори су применили ретроспективни приступ прикупљања података (историје болести) пацијената са НЕТ-ом. Поредили су број дијагностикованих са НЕТ-ом кроз 5 година (2006-2010) са бројем могуће обољелих од НЕТ-а у истом периоду. Већина пацијената (10/71,4%) су дијагностиковани случајно током абдоминалне експлорације, већином у хитним операцијама (илеус, апендицитис). Пет је било хормонално зависних (35,7%), 6 добро диферентовани тумори Г1 и Г2 (42,8%), 8 лоше диферентовани карцином Г3 (57%). У вријеме постављања дијагнозе 9 је имало метастазе (64,3%). Третиране су хируршки и са лијековима (у циљу повећања ПФС (прогресион фрее сурвивал). Главни разлог недостатне касне дијагнозе у нашој заједници је недостатак знања о овим туморима, клиничким особинама и биологији тумора.

2.2. Cvijanović P, Ivanov Д, Veljković P, Tešić O, Erak M, Vignjević O, Simatović M. The first laparoscopic distal pancreatectomy for insulinoma in Serbia. *BH Surgery*, 2011; 1: 48-5.

(0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

Прва лапараскопска дистална панкреатектомија због инсулинома у Србији

Лапараскопска дистална панкреатектомија се примјењује од Гангер-ове панкреатектомије због инсулинома 1995. У прегледаној литератури не постоје подаци о лапараскопској оп.л панкреаса у Србији до сада. Први пацијент у Србији који је подвргнут лапараскопској панкреатектомији била је 27-годишња жена која је патила од хипогликемијских епизода током периода физичке активности. Током лапараскопске експлорације, тумор није било могуће визуелизовати и екстипирати. Есекција панкреаса се извела помоћу 2 Ендо ГИА након што су тијело и препарат мобилизирани, а препарат је извађен након пласирања Ендо-баг-а. Постоперативни период је био задовољавајући, а ниво шећера у крви се нормализовао. Патохистолошка дијагноза је била инсулином. Лапараскопска дистална панкреатектомија нам омогућава мање постоперативних компликација и бржи опоравак. Инсулином панкреаса је права индикација за лапараскопску ресекцију кад год је то могуће поготово кад је немогуће примјенити интраоперативни УЗ.

2.3. Рољић З, Радевић Б, Васић Н, Симатовић М, Ђери Ј, Дуновић Ц, Кеча В, Рољић Ј. Синдром горње мезентеричне артерије. *Медицински журнал*, 2013; 19(1):69-3.

(0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

Синдром горње мезентеричне артерије представља скуп гастроинтестиналних општих поремећаја због високе пријевне опструкције компресијом хоризонталног дијела дуоденума горњом мезентеричном артеријом и аортом. Дијагноза је тешка. Упоредо са медикаментозном, хируршка терапија је гастројејуну или дуоденојејуну анастомоза, или ресеција лигаментум Треитз, релаксација, мобилизација и деротација дуоденојејуналног споја са јејунодуоденалном анастомозом или без ње. У литератури је описан врло мали број случајева хируршког лијечења. Јавља се у 0,013% до 0,78% радиолошких налаза код испитаника са гастроинтестиналним тегобама. Болесници са тегобама хроничне, високе пријевне опструкције и ангиографским налазом компресије хоризонталног дуоденума горњом мезентеричном артеријом и аортом, лијечена је медикаментозно и хируршки, ресекцијом треитз лигамента, мобилизацијом, деротацијом и дисталном транспозицијом дуоденојејуналног споја у подручју веће аортомезентеричне дистанце. У постоперативном току дошло је до значајног побољшања.

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

3.1. Марић З, Кривокућа Б, Костић Д, Сиатовић М, Кордић О, Брстило С, Марић Н, Алексић З, Марошлјевић Г. Почетни резултати хируршког лијечења карцинома ректума примјеном шведског протокола. Зборник сажетака и изабраних раова. 3 конгрес доктора медицине Републике Српске са међународним учешћем, 2013; 81-83. (0,3x5 бодова = 1,5 бодова)

Аутори су утврдили да 13,07% болесника са карциномом ректума код којих је примијењена неoadјувантна терапија имали су незадовољавајући одговор. Неoadјувантном терапијом се може код 60% болесника који су иноперабилни превести у операбилну групу. Неoadјувантна терапија не утичу на процес зарастања, појаву фистула и абдоминалних колекција.

3. Научни рад на скупу међународног значаја, штампан у зборнику извода радова

3.1. Алексић З, Симатовић М, Костић Д, Марић З, Аћимовац П, Ћулум Ј. Упоредна анализа хирушког лијечења колоректалног карцинома кроз редовни и хитни оперативни програм. Конгрес Хрватског друштва за дигестивну хирургију с међународним судјеловањем 2011, Acta Hirurgica Croatica; 7 (Suppl.1.):121-1. (0,3x3 бодова = 0,9 бодова)

Циљ рада је утврдити: учесталост колоректалног карцинома у нашој хирушкој казуистици, број и врсту оперативних поступака примијењених у редовном и хитном оперативном програму, недостатке оперативном програму, предност оперативних поступака примијењених у редовном оперативном програму, предност лијечења колоректалног карцинома у редовном оперативном програму материјали методе. Овај материјал представља усмјерену ретроспективну клиничку студију о лијечењу колоректалног карцинома на материјалу Клинике за општу и абдоминалну хирургију КЦ Бањалука. Популацију наших испитаника чине болесници оперисани од колоректалног карцинома у једногодишњем периоду и она износи 187. Од тога 157 болесника оперисано је у редовном, а 30 болесника у хитном оперативном програму. Сви болесници су испитани према следећим параметрима: старост, пол, оперативни програм, локализација тумора, карактер тумора, број дана припреме за операцију, акт операције, врста оперативног захвата, морталитет, морбидитет, број дана хоспитализације, патохистолошки налаз. Анализом нашег истраживања утврдили смо да је хирушко лијечење колоректалног карцинома кроз редовни оперативни програм боље и успјешније него у хитном оперативном програму и представља детерминанту у хирушком лијечењу ове опаке болести.

3.2. Ђери Ј, Simatović М, Ћулум Ј, Костић Д, Кековић В, Јањић Г, Брстило С. Dehiscence of stapler anastomosis in colorectal surgery in patients with and without protective ileostomy. 8 internacionalni koloproktološki simpozijum, 2012; 111-1 (0,3x3 бодова = 0,9 бодова)

Циљ студије је да прикаже учесталост дехисцијенције анастомоза у колоректалној хирургији, затим значај протективне илеостомије у спречавању дехисцијенција и тежине компликација дехисцијенције. Истраживање је спроведено у Клиници за општу и абдоминалну хирургију у Бањој Луци. Студијом су обухваћена 87 хирушки обрађена пацијента са дијагнозом ниског карцинома дебелог цријева подијењених у двије групе. А групу су чинили пацијенти код којих је након хирушког захвата урађена протективна илеостомија (31 пацијент). Групу Б су чинили пацијенти без протективне илеостомије (56 пацијената). Код свих пацијената праћен је постоперативни ток и евалуиране компликације. Добијеним резултатима утврђено је да укупан број пацијената са са дехисцијенцијом износи 9,1%. Код групе А дехисцијенција је присутна у 6,4% пацијената, а код групе Б у 10,7% пацијената.

3.3. Марић З, Кордић О, Гајанин Р, Кецман Г, Симатовић М. Гастроинтестинални стромални тумор: Актуелна разматрања проблема хирушког лијечења. 2 Конгрес патолога Босне и Херцеговине са међународним учешћем – зборник радова, 2012, 90-2.

(0,5x3 бодова = 1,5 бодова)

Лјечење гастроинтестиналног стромалног тумора (ГИСТ) задњих једанаест година има просјечно преживљавање 64 – 72 мјесеца. То је знатно боље у односу на раији период са просјечним преживљавањем од 6 до 12 мјесеци. Бољи резултати мултидисциплинарног лијечења су резултат побољшања имунохистохемијских анализа које су омогућиле прецизније дијагностиковање и разликовање од сличних тумора и боље генетско профилирање ГИСТ-а за примјену таргет (циљане) терапије.

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

19,5 бодова

г) Образовна дјелатност кандидата:

Образовна дјелатност прије последњег избора

1. Професионална активност на Универзитету

Од 2000. године у звању асистента успјешно учествује у организовању и извођењу практичне наставе из предмета Хирургија. У звању вишег асистента, а под менторством наставника одржава предавања из више области Хирургије. Од 2006. године када је изабран у звање доцента на Катедри, самостално изводи наставу из хирургије на три студијска програма Медицинског факултета (Медицински, Стоматолошки, Здравствена нега), те наставу на Постдипломском студију и наставу за специјализанте хирургије. (4 бода)

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

4 бода

Образовна дјелатност после последњег избора

1. Менторство кандидата за степен другог циклуса

Ментор: др Зоран Алексић, магистарски рада: „Истраживање хирушког лијечења колоректалног карцинома у редовном и хитном оперативном програму“ у Бања Луци 2009. године. (4 бода)

2. Универзитетски уџбеник који се користи у земљи

2.1. Грубор П. и аутори. Хирургија и нега хирушког болесника. Бања Лука: Медицински факултет, 2008.

Милан Симатовић, аутор поглавља: Интенстиналне опструкције, илеуси, ендоскопска хирургија и трансплантациона хирургија, Медицински факултет Бања Лука 2009.

(0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

У овом поглављу аутор доц.др Милан Симатовић, обрађује ову хирушку дисциплину анализирајући историјски развој, битне анатомске и хистолошке одреднице значајне за ову област. Илеус је појам застоја, прекида у пасажи цријева. Постојање препрека проласка гастроинтестиналног садржаја у дисталне дијелове назива се опструкција. Постоји механичка опструкција и одсуство перисталтике, паретични паралитички илеус (адинамични). Аутор пише једноставним и разумљивим језиком и стилем тако да је текст лако разумљив популацији којој је намјењен (студентима). Поред ове превасходне намјене студентима Медицинског факултета и Високих медицинских школа ово поглавље и књига у цјелини због своје једноставности и тематике коју обрађује добро је дошла и медицинском особљу које је задужено за негу болесника.

Хирургија и нега хирушког болесника је званичан уџбеник хирургије за студенте студијског програма Здравствене неге Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци.

2.2. Грубор П. и аутори. Здравствена нега у ванредним условима. Бања Лука: Медицински факултет, 2010. (0,3x6 бодова = 1,8 бодова)

Милан Симатовић, аутор поглавља: Повреде и збрињавање трбуха у ванредним условима, издавач Медицински факултет Бања Лука 2010.

У овом специфичном уџбенику који третира ванредне прилике у медицинском поимању аутор доц.др Милан Симатовић је дао свој допринос обради основних принципа абдоминалне

хирургије у тим приликама. Аутор је ово поглавље дефинисао кроз неколико цјелина и то: акутни абдомен, дијагностички поступци, перитонитис, третман, ургентна лапаратомија, абдоминални бол након трауме, трауматски акутни абдомен, клинички знаци, дијагностички поступци, ултрасонографија, специфичне повреде абдомена, клинички налази, трауматско абдоминално крварење, ургентна оперативна хемостаза, интраперито- неално крварење, ратне повреде трбуха, синдроми трбушних повреда, клиничка дијагностика (анамнезе, клиничке слике, лабораторијских налаза, рендгенолошке дијагностике, минимално инвазивне дијагностичке методе, експлоративне лапаратомије), тријажа, евакуација, лијечење. На потпуно разумљив начин аутор је представио доктринарне ставове у збрињавању овог типа повреде. У обради овог дијале уџбеника аутору је помогло велико искуство које је стекао кроз ратни период и пацијенте које је самостално збрињавао на Клиници.

3. Професионална активност на Универзитету

Од 2006. године када је изабран у звање доцента на Катедри самостално изводи наставу из хирургије на три студијска програма Медицинског факултета (Медицински, Стоматолошки, Здравствена нега), те наставу на Постдипломском студију и наставу за специјализанте хирургије. Наставу изводи користећи савремена наставна средства и најновију литературу.

Активно учествујући, доприноси научном раду студената, постдипломаца и млађих колега, уже научне области Хирургија. (4 бода)

4. Менторство кандидата за завршни рад првог циклуса

Биљана Радуљ, Акутни панкреатитис код хируршких болесника, Бања Лука, новембар 2011.

(1 бод)

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

12,6 бодова

д) Стручна дјелатност кандидата:

Стручна дјелатност прије посљедњег избора

1. Рад у зборнику радова са међународног стручног скупа

1.1. Тркуља Н, Станишић М, Марић З, Аћимовац П, Ђулум Ј, Кордић О, Симатовић М, Алексић З, Кривокућа Б, Регода М, Гузијан С, Кековић В. Избор оперативне методе у лијечењу препонских кила одраслих. I Конгрес херниолога Србије и Црне Горе, 2005.

(0,3x3 бодова = 0,9 бодова)

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

0,9 бодова

Стручна дјелатност после посљедњег избора

1. Стручна књига издата од домаћег издавача

Божих Д. и аутори. Клиничка пракса медицинске сестре/техничара у општој и абдоминалној хирургији. Бања Лука: Бесједа, 2010. (0,5x3 бодова = 1,5 бодова)

Основни мотив који су аутори имали приликом објављивања овог приручника је тај да он

служи као драгоцену допуна теоретском знању које се стиче у средњошколском образовању и као подсетник сестрама које раде у тиму на општој и абдоминалној хирургији. Овај практикум садржи детаљан и осавременењен практични опис рада хируршких сестара, код многобројних дијагностичких и терапеутских хируршких процедура. Састављен је из петнаест поглавља, са великим бројем упечатљивих слика, које кажу много више од ријечи о тежини и одговорности посла медицинске сестре/техничара на одјељењу опште и абдоминалне хирургије.

2. Стручни рад у часопису националног значаја са рецензијом

2.1. Тулум Ј, Травар Д, Кривокућа Б, Симатовић М, Кордић О, Тркуља Н. Фарингоезофагеални (Зенкеров) дивертикулум као узрок високе дисфагије. Медицински журнал, 2010; 16 (4):243-46.
(2 бода $\times 0,30=0,6$ бодова)

У раду се наводи да се Зенкеров дивертикулум обично појављује код старијих болесника (више од 70 година). Типични симптоми су дисфагија, регургитација, хронични кашаљ и губитак тежине. Етиологија остаје непозната, али теорије указују на структуралне или физиолошке поремећаје у м. црицопхарунгеус-у. Дијагноза се поставља помоћу баријум радиографије. Лијечење је хируршко (ендоскопски или екстерни приступ) и састоји се од крикфарингеалне миотомиије. Ендоскопски третман је резервисан за одабране случајеве, а отворени приступ је врло успјешан за све обољеле. У периоду од 2005-2009. године на Клиници за општу и абдоминалну хирургију КЦ Бањалука 8 болесника је оперисано од Зенкеровог дивертикулума. У закључку се наводи да многе студије показују да отворено хируршко лијечење Зенкер-овог дивертикула успјешно отклања сву симптоматику болести. Код пацијената с великим дивертикулумима, оних с анамнезом о претходним операцијама на врату (ризик од повреде рекурентног живца) и с високим оперативним ризиком, треба урадити мање инвазивну процедуру.

2.Остале професионалне активности на Универзитету и ван Универзитета које повећавају углед Универзитета

НОВИ МЕТОД - ОПЕРАТИВНИ ПОСТУПАК И ПРОЦЕДУРА Клиника за општу и абдоминалну хирургију Клиничког центра Бања Лука

24.1.2011. године је на Клиници за општу и абдоминалну хирургију урађена **први пут лапароскопска операција сигмоидног дијела дебелог цријева.**

(2 бода)

Екипу су сачињавали оператер проф.др Радован Цвијановић,доц.др Милан Симатовић и специјализант др Горан Јањић. Све ово је објављено у Информатору КЦ Бања Лука. Пацијент је прије ове операције имао операцију пресађивања лијевог бубрега 1998.године, 2000. године урађен двоструки бајпас на крвним судовима срца,те 2006. године лапароскопска операција жучне кесе.Операција је протекла уредно,као и постоперативни период.

3. Менторство за специјализацију

1. Ментор, доктори медицине, специјализанти општа хирургија, Одлука министарства здравља и Социјалне заштите:

1. Горан Јањић

2 бода

2. Перо Накић	2 бода
3. Драган Радуловић	2 бода
4. Давор Граховац	2 бода
5. Јовица Мишић	2 бода
6. Марко Кантар	2 бода
7. Владимир Кеча	2 бода
8. Славиша Михајловић	2 бода
9. Давор Хрњић	2 бода

Ментор, доктори медицине, специјализантски стаж из породичне медицине, одлука

Министра здравља и социјалне заштите РС:

1. Маја Шешлија-Угриновић, доктор медицине, радник Дома здравља Бијељина	2 бода
2. Радмила Савић, доктор медицине, радник Дома здравља Бијељина	2 бода
3. Славица Пантић, доктор медицине, радник Дома здравља Бијељина,	2 бода
4. Нада Лукић-Шајин, доктор медицине, радник Дома здравља Бијељина,	2 бода
5. Гордана Савин, доктор медицине, радник Дома здравља Бијељина,	2 бода
6. Несиба Махмутовић, доктор медицине, радник Дома здравља Добој,	2 бода
7. Биљана Дрљача, доктор медицине, радник Дома здравља Добој,	2 бода
8. Веселка Максимовић, доктор медицине, радник Дома здравља Приједор,	2 бода

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

38,1 бодова

УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Дјелатност	Прије посљедњег избора	Послије посљедњег избора	УКУПНО
Научна дјелатност кандидата	41,3	19,5	60,8
Образовна дјелатност кандидата	4	12,6	16,6
Стручна дјелатност кандидата	0,9	38,1	39

Укупан број бодова	46,2	70,2	116,4
---------------------------	-------------	-------------	--------------

ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

У складу са Законом о високом образовању, Статутом Универзитета и Правилником о поступку и условима избора академског особља Универзитета у Бања Луци, узимајући у обзир број и квалитет објављених радова, богато педагошко, научно-истраживачко и стручно искуство Комисија предлаже Научно-наставном вијећу Медицинског факултета Универзитета у Бања Луци да др Милана Симатовића, доцента изабере у звање ванредног професора за ужу научну област Хирургија на Медицинском факултету Универзитета у Бања Луци.

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ

1. Др Предраг Грубор, редовни професор
ужа научна област Хирургија, Медицински
факултет Бања Лука



2. Др Здравко Марић, ванредни професор
ужа научна област Хирургија, Медицински
факултет Бања Лука



3. Др Вељко Марић, редовни професор
ужа научна област Хирургија Медицински
факултет Фоча

