

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:02/04-3-3453-77/13 од 24.10.2013. Сенат Универзитета у Бањој Луци.

Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина

Назив факултета:Медицински факултет

Број кандидата који се бирају: један (1)

Број пријављених кандидата: један (1)

Датум и мјесто објављивања конкурса: 06.11.2013. године „Глас Српске“ Бања Лука.

Састав комисије:

1. Др Горан Јанковић, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Београду, предсједник
2. Др Срђан Ђурановић, ванредни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Београду, члан
3. Др Сњежана Поповић Пејичић, редовни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, члан

Пријављени кандидати:

1. Др Зоран Мавија, доцент, ужа научна област Интерна медицина, специјалиста интерне медицине, субспецијалиста гастроентерохепатолог

ПОДАЦИ О КАДИДАТИМА

Први кандидат

а) Основни биографски подаци

Име и презиме:	Зоран Мавија
Датум и мјесто рођења:	29.03.1965. Градшка
Установе у којима је био запослен:	Дом здравља Скендер Вакуф 1990-1993, Клинички центар Бања Лука, Интерна клиника 1993-до сада
Звања/радна мјеста:	Специјалиста интерне медицине, субспецијалиста гастроентерохепатолог, наставник на Медицинском факултету
Научна/умјетничка област:	Интерна медицина
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима: Друштво доктора медицине РС, Комора доктора медицине РС, Удружење гастронтеролога РС, Асоцијација гастроентеролога и хепатолога БиХ, AMDA (асоцијација доктора медицине Азије), ECCO (Европско удружење са Кронову болест и колитис)	

б) Биографија, дипломе и звања:

Основне студије

Назив институције: Медицински факултет

Мјесто и година завршетка: Бања Лука, 1989.

Просјечна оцјена: 8,05

Постдипломске студије:

Назив институције: Медицински факултет

Мјесто и година завршетка: Београд, 1997.

Назив магистарског рада: "Учесталост налаза ХЦВ антитијела и праћење тока развоја хроничног Ц хепатитиса у болесника на хроничној дијализи бубрега"

Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина

Просјечна оцјена:

Докторат:

Назив институције: Медицински факултет

Мјесто и година завршетка: Бања Лука, 2007.

Назив дисертације: "Компаративна анализа исхода лијечења асцитеса примјеном абдоминалне пункције наспрам диуретика"

Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина

Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање, период): од 1998. године, након завршетка специјализације из интерне медицине учествује у процесу наставе на Медицинском факултету и Стоматолошком факултету Универзитета у Бања Луци као стручни сарадник, доцент од 2009. године до данас.

в) Научна/умјетничка дјелатност кандидата

1.Радови прије последњег избора

1.1.Научна монографија националног значаја

1.1.1. **Мавија З.** Абдоминална пункција. У: Интервентни поступци у медицини. Александар М. Лазаревић, уредник. 77-81. Народна и Универзитетска библиотека Републике Српске, Бања Лука, 2005.

[10 бодова]

1.2. Оригинални научни рад у часопису националног значаја

1.2.1. **Мавија З,** Голубовић Г, Ђукић Н, Томашевић Р. Доминантна компликација у првој декомпензацији цирозе јетре. Scr Med 2003; 34(2):91-95.

[0,75x6 бодова=4,5 бодова]

1.2.2. **Мавија З.** Патолошке вриједности биохемијских тестова у декомпензованој цирози јетре. Scr Med 2004; 35(1):31-35.

[6 бодова]

1.2.3 Голубовић Г,**Мавија З.** Ђукић Н, Томашевић Р. Варикозитети једњака у декомпензованој цирози јетре.Scr Med, 2006; 37(2):83-86.

[0,75x 6 бодова=4,5 бодова]

1.2.4. **Мавија З.** Смртност у првој декомпензацији цирозе јетре. Медицинар; 2008;9/10: 38-42.

[6 бодова]

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

1.3.1.Мавија М, Козомара Р, Унчанин Ж, **Мавија З,** Прерадовић М, Игњатић Е. Промјене на очном дну код болесника са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом, Књига сажетака XV Конгреса офталмолога Југославије, Златибор ,2002:п55.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

31,9

2.Радови послје последњег избора

2.1.Научна монографија међународног значаја

2.1.1. **Мавија З.** уредник. Исход терапије асцитеса, Задужбина Андрејевић, Београд 2009.

У монографији аутор је веома темељно размотрио комплексну етиопатогенезу и терапију асцитеса. Изнесено је све што је везано за проблематику асцитеса као и дилеме које указују на тешкоће које постоје у терапији. Бројни су и различити проблеми у лијечењу асцитеса и постоје контроверзни ставови о компаративним предностима и недостатцима. Асцитес представља течност која се накопља у слободној трбушној дупљи под дејством разних фактора а може се разликовати по свом саставу у зависности од поријекла тј. узрока настанка. Описане су актуелне теорије стварања асцитеса и фактори који учествују у ретенцији натријума. Представљена је подјела асцитеса обзиром на количину присутне слободне течности. У клиничкој пракси терапија асцитеса је у већини случајева незадовољавајућа, и праћена често многобројним компликацијама. Уобичајени терапијски протокол подразумијева мировање, рестрикцију уноса натријума и диуретике, појединачно или у комбинацији. Након пролонгиране примјене ових лијекова и лошег терапијског одговора одлучујемо се за абдоминалну пункцију. У клиничким условима извршена је компарација ефикасности исхода терапије асцитеса примјеном абдоминалне пункције наспрам диуретика с циљем да се да допринос у терапијском рјешавању проблема асцитеса. У терапијској ефикасности је посматрана подношљивост терапије, ефикасност примјењене методе лијечења, трајање терапије и глобална оцјена исхода лијечења асцитеса. Највећи проценат болесника терапијски протокол је поднио без тегоба као и евентуалних компликација које се могу јавити током терапије асцитеса. У групи болесника лијечених абдоминалном пункцијом постигнут је знатно бољи ефекат терапије, дужина хоспитализације је знатно краћа као и глобална оцјена ефикасности у односу на групу лијечених абдоминалним пункцијама. Стога абдоминална пункција треба бити укључна у прву линију терапије асцитеса у стадијуму 3+, и 4+. Поштовање терапијских препорука и њихова примјена у свакодневном клиничком раду омогућују уједначен став терапије асцитеса. Резултати истраживања доприносе бољем разумијевању асцитеса. Монографија представља значајном допринос на пољу хепатологије и има релевантан значај у свакодневном раду клиничара.

[15 бодова]

2.2.Оригинални научни рад у водећем научном часопису међународног значаја

2.2.1. Zerem E, Imamović G, Latić F, **Mavija Z.** Prognostic value of acute fluid collections diagnosed by ultrasound in the early assessment of severity of acute pancreatitis. J Clin Ultras, 2013;41(4):203-209.

Циљ рада је евалуација прогностичког значаја акутне колекције течности која је дијагностикована конвенционалним ултразвуком у раној процјени тежине акутног панкреатитиса. Ток акутног панкреатитиса варира од благих, спонтано разријешених форми с једне стране, и тешких некротизирајућих форми с друге стране. Морталитет код ове друге форме акутног панкреатитиса се креће од 10 до 50%. Акутни панкреатитис може бити асоциран са мултиорганским оштећењима и локалним компликацијама попут акутне колекције течности у трбуху, панкреатичне некрозе, псеудоцисте или апсцеса. Акутни панкреатитис је веома комплексна болест и упркос постојању јасних критеријума није лак и једноставан задатак одредити предиктивне факторе даљег тока болести. Испитивано је 128 пацијената са акутним панкреатитисом између марта 2006 године и марта 2011. Предиктор тежине болести је величина колекције течности. Процјењиван је исход болести и могућност развоја

компликација. Абдоминални ултразвук, компјутеризована томографија и панкреатитис специфични клинички и лабораторијски налази су кориштени у испитивању. Акутна колекција течности је повезана са компликацијама ($p < 0,001$), Balthazar grade ($p = 0,004$), Ranson score ($p < 0,0001$), главни клинички, радиолошки и биохемијски параметри су значајни за предикцију компликација акутног панкреатитиса ($p < 0,05$). Униваријантна логистичка регресија такође је показала сигнификантну повезаност између величине колекције течности и присутних компликација (OR 4,4; 95% CI 2,5-7,6). Преостала акутна колекција течности има прогностички значај за развој компликација и колекција течности са 88% сензитивности и 82% специфичности. Констатује се да је акутна колекција течности повезана са клинички током акутног панкреатитиса и представља предиктор тежине болести.

[0,75x12 бодова=9 бодова]

2.3. Оригинални научни рад у часопису међународног значаја

2.3.1. **Mavija Z**, Mavija M, Zerem E. Gastroesophageal reflux disease (GERD): ethiopathogenesis and clinical significance. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 2011;11 (suppl. 1):108-110.

Циљ рада је дефинисати гастроезофагеалну рефлуксну болест и утврдити који су данашњи дијагностички и терапијски стандарди као и будуће терапијске перспективе за болеснике са ГЕРБ-ом. Гастроезофагелана рефлуксна болест (ГЕРБ) је једна од честих ацид-релатед болести. ГЕРБ се дијагностикује у 20% адултне популације са диспептичним симптомима, 36-44% адултних има најмање једном мјесечно жгаравицу, а преко 7% дневно, знаке рефлуксног езофагитиса има око 7% симптоматских болесника. У развијеним земљама укупна преваленца симптоматских рефлукса је 5%, а ерозивног езофагитиса око 2% код симптоматских болесника. Анализирани су подаци из литературе с циљем постављања оптималног дијагностичког и терапијског приступа лијечењу ГЕРБ-а. Патофизиолошки механизми рефлуксног езофагитиса су сложени. Данас се највећи значај придаје неуромускуларним поремећајима на нивоу доњег езофагеалног сфинктера (ДЕС), и то краткотрајним, спонтаним, пролазним релаксацијама ДЕС-а (transient LESR-s). ГЕРБ је обољење са честим рецидивима и високом преваленцијом компликација (улкуси једњака 5%, стриктуре 4-20%, развој Баретовог једњака 8-20). Ендоскопија је данас иницијална метода за испитивање болесника у практичним и клиничким условима. Лос Анђелес (ЛА) класификација описује степене тежине езофагитиса (А до Д), и базирана је на екстензивности езофагеалних лезија. Бројне студије су документовале ефикасност инхибитора протонске пумпе у контроли симптома ГЕРБ-а и цијељењу запаљенских промјена на једњаку.

[10 бодова]

2.3.2. Zerem E, Pavlović-Čalić N, Sušić A, **Mavija Z**, Bevanda M. Minimally invasive management of acute necrotizing pancreatitis. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 2011;11(suppl. 1):186-191.

Циљ рада је анализа перкутане катетер дренаже у терапији некротичног панкреатитиса. Око 10% до 20% пацијената са акутним панкреатитисом развије тешку болест која се карактерише интрапанкреатичном или перипанкреатичном некрозом. У тешким формама некротизирајућег панкреатитиса стопа морталитета се креће од 10% до 40%, и посебно је висока (преко 50%) када

је некроза инфицирана, прати је сепса и мултиорганска оштећења. Одговарајући третман инфициране панкреатичне некрозе представља субјект већине расправа. Поједини аутори сматрају да је отворена хирургија и непосредна хируршка некретомија златни стандард за пацијенте са инфицираном панкреасном некрозом. Недавно, минимално инвазивни третман користећи конзервативни третман или дренажну терапију је инволвиран у третман некротизирајућег инфицираног панкреатитиса. Перкутана, под контролом вођена катетер дренажа јесте једна важна опција која може бити ефективна када се користи сама, или када је додаток оперативној интервенцији. У овом раду су приказане дијагностичке карактеристике акутног панкреатитиса, технике перкутане дренаже, индикације, исход и компликације ултразвучног перкутаног третмана акутног некротизирајућег панкреатитиса. Под контролом вођена катетер дренажа колекције течности око панкреаса у пацијентата са акутним некротизирајућим панкреатитисом је важна терапијска опција било сама или као додатна у хируршком захвату. Успјешан перкутани третман некротичне колекције зависи од неколико важних фактора. Катетер треба оставити на мјесту неколико недеља, понекад и мјесеци, док траје праћење, стога терапија болесника са акутним панкреатитисом захтјева мултидисциплинарни приступ.

[0,5x10 бодова=5 бодова]

2.3.3. Mavija M, Jakšić V, **Mavija Z**, Markić B, Nela R, Ljubojević V. Udruženost dijabetičke retinopatije i dijabetičkog makularnog edema. Acta ophthalmologica,(u štampi).

Дијабетичка ретинопатија је један од четири најчешћа узрока слјепила а водећи узрок слјепила код радно способног становништва. Циљ рада је утврдити удруженост дијабетичке ретинопатије (ДР) и дијабетичке макулопатије према клинички јасно дефинисаном типу. Методе: проспективна студија пресека спроведена на одабиру 100 болесника са дијабетичком ретинопатијом и макуларним едемом на истом оку. Узорак је укрстен по полу (по 50 мушкараца и жена) и по типу дијабетичке ретинопатије (50 болесника са непролиферативном-НПДР и пролиферативном дијабетичком ретинопатијом-ПДР). Сви пацијенти су интердисциплинарно потпуно клинички и офталмолошки обрађени. Резултати: пацијенти су били просјечне животне доби 60,9±11,4 година. Код болесника са непролиферативном ретинопатијом највише њих је имало умјерени степен ретинопатије, а код болесника са пролиферативном ретинопатијом највише их је било са ретинопатијом високог ризика. Најзаступљенија форма макулопатије је била дифузна макулопатија код 43 болесника или 43% (χ^2 20.104; дф3; $p < 0,01$). Фокалну макулопатију је имало 37 болесника или 37%, исхемичку 12 болесника или 12%, а мијешану 8 болесника или 8%. Поредешти налаз појединих облика дијабетичке макулопатије према посматраним групама НПДР у односу на ПДР, резултат је био следећи: фокална макулопатија 52%(26/50) код НПДР, а у односу на 22% (11/50) код ПДР, дифузна макулопатија код 44% (22/50) НПДР у односу на 42%(21/50) код ПДР, а мјешовита макулопатија код 4%(2/50) код НПДР у односу на 16% (6/50) код ПДР. Поједини типови макулопатије се јављају чешће уз одређене степене НПДР (χ^2 20.448; дф6; $p < 0,02$), или уз ПДР (χ^2 23.482; дф6; $p < 0,01$), Степен тежине клиничког испољавања дијабетичке ретинопатије и макулопатије су у директној корелацији.

[0,3x10 бодова=3 бода]

2.4. Оригинални научни рад у часопису националног значаја

2.4.1. **Мавија З**, Вучић М, Мавија М. Учесталост плеуралног излива код пацијената са асцитесом. Часопис удружења пулмолога Републике Српске "Respiratio", (у штампи).

Асцитес представља течност која се накупља у слободној трбушној дупљи под дејством разних фактора. Пацијенти са асцитесом често имају поремећај плућне функције. Плеурални изливи су једна од значајних компликација које прате асцитес. Циљ рада је утврдити учесталост плеуралног излива код пацијената са асцитесом и анализирати основне епидемиолошке карактеристике пацијената. У истраживање је укључено 60 пацијената са асцитесом. Сви пацијенти су комплетно интернистички обрађени, урађена им је стандардна радиографија торакса као и дијагностичка пункција асцитеса. Од укупног броја пацијената представника мушког пола је 75%, средња животна доб испитаника је износила $58,6 \pm 10,5$ година. Дијагноза цирозе јетре је верификована код 88,3% (53/60) пацијената са асцитесом, док је дијагноза код 11,7% (7/60) пацијената са асцитесом била малигна болест. Од субјективних тегоба, на општу слабост се жалило 74,9% испитаника, гушење је било присутно код 21,7% испитиваних, док су рефлуксни симптоми били присутни код 3,4% испитаника. Плеурални изливи су утврђени код 11,7% испитаника. Плеурални изливи су честа компликација код пацијената са асцитесом. Велики асцитес и плеурални изливи имају значајан утицај на плућну функцију.

[0,75x 6 бодова=4,5 бодова]

2.4.2. Грбић С, **Мавија З**, Вања Томић, Александра Грбић. Корелација плућних и ванплућних обољења са карциномом плућа. Часопис удружења пулмолога Републике Српске "Respiratio", (у штампи).

Карцином плућа је водећи узрок смртности широм свијета. Рано откривање карцинома плућа је од суштинског значаја за терапију, при чему су скрининг програми веома значајни. Анализирајући пушење цигарета међу обољелим покушали смо да још једном недвосмислено докажемо уску повезаност пушача са карциномом плућа. Анализом најчешћих ранијих обољења требамо дати одговор на повезаност са обољевањем од карцинома плућа. У анализи је укључена полна и старосна структура испитаника, као и студија клиничких манифестација карцинома плућа у којој желимо пронаћи који је водећи симптом у болесника са карциномом плућа. Испитивана су 252 оперисана болесника са карциномом плућа просјечне старости 56,4 године. Мушкараца је од укупног броја испитаника било 82,9% (209) а жена 17,1% (43). Већина испитаника су активни пушачи (92,5%), док је само 7,5% испитаника негирало пушење. Најчешћи симптоми код испитаника су били кашаљ (29%), диспнеја (12%), хемоптизије (6%), и бол у грудима (13%). Други симптоми се у значајно мањем проценту срећу. Код испитаника су верификоване претходне и придружене плућне болести, и то код 1,5% (4/252) испитаника туберкулоза, код 1,1% (3/252) хронична обструктивна болест плућа, код 0,3 (1/252) карцином колоне и код 3,1 (8/252) испитаника улкусна болест. Пушење цигарета је уско повезано са обољевањем од карцинома плућа и других болести, као што је улкусна болест.

[6 бодова]

2.4.3. Мавија З. Мавија М. Компарација абдоминалне пункције и диуретика током терапије асцитеса. Scripta medica, (у штампи).

У клиничкој пракси терапија асцитеса је у већини случајева незадовољавајућа и често праћена многобројним компликацијама. Током терапије могу се јавити различити проблеми у вези са примјењеном терапијском методом. Циљ рада је био да се изврши компарација абдоминалне пункције и диуретика код двије хомогене групе испитаника ради утврђивања подношљивости и ефикасности примјењеног одговарајућег терапијског протокола. Испитивано је укупно 60 пацијената са асцитесом у стадијуму 3+ и 4+, који су подијељени у двије групе. Прва група је лијечена абдоминалном пункцијом више пута недјељно, док је друга група испитаника лијечена диуретицима било монотерапијски или комбиновано. Највећи број испитаника (86,7%) је примјењени терапијски протокол поднио без тегоба. На болове у трбуху се жалило 6,7% испитаника, грчеве 3,3% , малаксалост 1,7% и мучнину 1,7%, без статистички значајне разлике између двије групе испитаника ($p > 0,05$). Регистроване тегобе су биле благог (5%) до умјереног степена (8,3%), док је у само 1,7% болесника из групе лијечених абдоминалним пункцијама регистрована компликација у виду цурења асцитеса на мјесту пункције. Нема статистички значајне разлике између група испитаника у односу на степен тегоба и компликације примјењене терапије асцитеса ($p > 0,05$). У хоспиталним условима абдоминална пункција и диуретска терапија се једнако добро подносе. Евентуалне потенцијалне опасности од терапије асцитеса се могу смањити на најмању могућу мјеру интензивним праћењем пацијента.

[6 бодова]

2.5. Уводно предавање по позиву на научном скупу међународног значаја, штампано у зборнику извода радова

2.5.1. Трећи конгрес Асоцијације гастроентеролога и хепатолога Босне и Херцеговине са интернационалним учешћем, Бања Лука, 23-26 септембар 2009. Назив предавања на српском језику: Дијагностика и терапија ГЕРБ-а.

[3 бода]

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

2.6.1. **Мавија З.** Улога гастроентеролога у вођењу обољелог од дијабетеса типа 2. Књига сажетак 1. Конгреса дијабетолога Републике Српске са међународним учешћем, Бања Лука, 2013:п 140.

Испољавање дијабетесне аутономне неуропатије на органима дигестивног тракта означава се као дијабетесна гастроентеропатија. Синдром дијабетесне гастроентеропатије а прије свега свега гастропарезе се везује за поремећај мотилитета горњег дијела гастроинтестиналног тракта и посљедица је оштећења вагуса. Међутим, није јасан утицај локалних хормона дигестивног тракта, односно регулаторних пептида који имају инхибиторни ефекат (глукагон, гастрин, секретин, холецистокинин) и пептида који имају улогу промотора и стимулатора перисталтике (мотилин). На гастропарезу посумњамо на основу карактеристичних сметњи: мучнина, губитак апетита, брз осјећај ситости и бол у епигастријуму након узимања хране. Неријетко код болесника налазимо проливе и/или затвор који се измјењују. Све ово прати и нестабилна регулација дијабетеса, нарочито већа учесталост хипогликемија (више од двије недјељно). Дијагноза се поставља на основу рендгенолошког, ендоскопског и налаза гастроинтестиналне манометрије. Коначно постављање дијагнозе дијабетесне гастроентеропатије захтијева искључивање могућности постојања других болести дигестивног тракта. Нажалост, морамо нагласити да досадашња терапија ових компликација није дала задовољавајуће резултате. Од медикамената се користе слиједећи препарати: бетанехол, метоклопрамид, цисаприд и бензимидазол.

[5 бодова]

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

2.7.1. Mavija M, **Mavija Z**, Jakšić V, Milenković S, Risimić D, Unčanin Ž. Diabetic retinopathy and maculopathy with metabolic syndrome. X Congress of Croatian Ophthalmological Society with international participated, Vodice, 2010: Abstract CD.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.7.2. Мавија М. Јакшић В, **Мавија З**, Миленковић С, Рисимић Д, Стаменковић М, Смољановић-Скочић С. Удруженост пролиферативне дијабетичке ретинопатије и можданог удара. Књига сажетака XI Конгрес офталмолога Србије, Суботица, 2010:28-29.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.7.3. Мавија М. **Мавија З**, Миленковић С, Стаменковић М, Спремо С, Јакшић В. Синдрома Голденхар-приказ случаја. Књига сажетака XI Конгрес офталмолога Србије, Суботица, 2010:49-50.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.7.4. Мавија М. **Мавија З**, Миленковић С, Вукша Д, Стаменковић М, Милановић Н, Унчанин Ж, Кисјан М. Ocular ischaemic sy. Књига сажетака XII Конгрес офталмолога Србије, Аранђеловац, 2011:74.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.7.5. Мавија М. **Мавија З**, Миленковић С, Јакшић В, Стаменковић М, Вукша Д, Стаменковић Д. Евалуација стадијума хипертензивне ретинопатије код болесника са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом. Књига сажетака XII Конгрес офталмолога Србије, Аранђеловац, 2011:76.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.7.6. Mavija M, **Mavija Z**, Milenković S, Smoljanović S, Ignjatić E, Stamenković S. Systemic hypertension and association with diabetic retinopathy and maculopathy changes. XII Serbian ophthalmology congress with internationally participated, Aranđelovac, 2011:77.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.8. Научни рад на научном скупу националног значаја, штампан у зборнику извода радова

2.8.1. **Мавија З**, Мавија М, Костић М, Сладојевић Т. Евалуација биохемијских параметара у серуму током терапије асцитеса. Књига сажетака 2. Конгрес доктора медицине Републике Српске, Теслић, 2011:п-180.

[0,75x1 бод=0,75 бодова]

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

72,8

г) Образовна дјелатност кандидата

Образовна дјелатност прије последњег избора

1.1. Рецензирани универзитетски уџбеник који се користи у земљи

1.1.1. **Мавија З.** Поремећаји дигестивног тракта. У: Патолошка физиологија. Милијан Калушевић, уредник. 233-277. Медицински факултет Бања Лука, Бања Лука, 2002.

[6 бодова]

Професионална активност на Универзитету

Дугогодишње искуство у раду са студентима, др Зоран Мавија је стекао радећи на Катедри Интерне медицине, на предмету Интерна медицина. Након полагања специјалистичког испита у својству стручног сарадника успјешно учествује у организовању и извођењу практичне наставе из предмета Интерна медицина за студенте медицине и стоматологије. У педагошком раду се истиче као предавач и инструктор у савладавању вјештина и метода прегледа у едукацији студената. Има коректан однос према студентима и савремен приступ у извођењу вјежби и семинара. Након боравка на усавршавању из ендоскопског ултразвука у Њемачкој 2007 године, остварио је значајну сарадњу са колегама као и преношење знања и вјештина студентима. Као истраживач учествовао је у међународним научним пројектима, који су омогућили праћење савремених трендова развоја у Интерној медицини из области гастроентерохепатологије. Од 2009. године када је изабран у звање доцента на Катедри успјешно изводи теоријску и практичну наставу. Активно учествујући значајно доприноси научном раду студената, постдипломаца и млађих колега, уже научне области Интерна медицина.

[2 бода]

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

8

2.Радови послје последњег избора

2.1.Рецензирани универзитетски уџбеник који се користи у земљи

2.1.1. **Мавија З.** Болести јетре, жучне кесице и жучних путева. У Ђукановић Љ, уредник.Интерна медицина за студенте студијског програма Здравствена њега, Медицински Факултет Фоча, Источно Сарајево;2011, пп 261-285.

Доц. др Зоран Мавија, је уредник поглавља под насловом: Болести јетре, жучне кесице и жучних путева. Познавање узрока, симптома, лијечења, а нарочито могућност спречавања болести јетре је од изузетне важности.Приказане су болести јетре које су класификоване према природи патолошког процеса и релеванте клиничке слике. У уводном дијелу описани су основи анатомије и физиологије јетре као и дијагностички поступци. Акутно и хронично запаљење јетре су обрађени у односу на специфичности етиопатогенезе, клиничке слике и терапијских модалитета. Посебна пажња је посвећена њези болесника као и мјерама превенције обзиром на контагиозност ових болесника и преваленцију болести. Убрзани развој дијагностичких и терапијских метода уродио је значајним повећањем преживљавања и побољшања квалитета живота обољелих. Болести жучне кесице и жучних путева су анализирани при чему су најчешће болести као: жучни каменци, запаљенски процеси и туморске лезије сагледане у цјелости. Анамнеза, физикални преглед, лабораторијске анализе и класични рендгенски прегледи (перорална и интравенска холецистохолангиографија) су незамјенљиви у дијагностици ових обољења. Ултразвук абдомена, компјутеризована томографија, хепатобилијарна сцинтиграфија, перкутана трансхепатичка холангиографија (ПТЦ) и ендоскопска ретроградна холангиографија (ЕРЦП) омогућују да се са великом сигурношћу постави дијагноза болести. Уџбеник је по обиму и садржају значајно обогатио студијски програм Здравствена њега и омогућио студентима проучавање проблема болести хепатобилијарног систем. Тиме је одговорио потребама савремене медицине, а истовремено омогућио студентима да их научи како да прате развој савремених медицинских достигнућа.

[6 бодова]

2.2.Члан комисија за одбрану докторске дисертације

2.2.1. Члан комисије за оцјену и одбрану докторске тезе Мр сц др. Предрага Јовановића на Медицинском факултету Универзитета у Бања Луци под називом “ Предиктивни скорови за терапеутску ендоскопску ретроградну холангиографију у пацијената са сумњом на холедохолитијазу“ (2012).

[3 бода]

2.3.Члан комисија за дипломски master рад на Медицинском факултету

2.3.1. Тепић Милијана: Утицај нивоа хемоглобина А1ц на тип и степен дијабетичке ретинопатије, 2013.

[1 бод]

2.3.2. Шуљак Тања: Удруженост дијабетичке ретинопатије и других микроваскуларних компликација, 2013.

[1 бод]

Професионална активност на Универзитету

Од 2009. године када је изабран у звање доцента на Катедри интерне медицине самостално изводи наставу на три студијска програма Медицинског факултета (Медицински, Стоматолошки, Здравствена нега), те наставу за специјализанте Интерне медицине. Успјешно изводи наставу користећи савремена наставна средства и најновију литературу, а према оцјени студената предавања су оцијењена високом оцјеном. Добра комуникација са студентима омогућава висок квалитет наставе на обострано задовољство и ментора и колега. У својству доцента сарађује у научноистраживачком раду са студентима који своје радове излажу на студентским међународним конгресима представљајући Универзитет у Бања Луци. Резултати стручног и научног рад виде се и у објављивању радова у домаћим и страним часописима. Активно учествујући, доприноси релевантном научном раду студената, постдипломаца и млађих колега, уже научне области Интерна медицина, тако да има значајан позитиван утицај на унапређење процеса наставе. Значајно доприноси бољој едукацији студената и упознавању са најновијом достигнућима и ставовима у Интерној медицини.

[2 бода]

УКУПАН БРОЈ БОДОВА	13
<p>д) Стручна дјелатност кандидата:</p>	
<p>1.Стручна дјелатност прије последњег избора</p> <p>1.1. Стручни радови прије последњег избора штампани у апстракт</p> <p>1.1.1.Мавија М, Мавија З, Јакшић В, Унчанин Ж, Мацановић М, Кисјан М. Хипертензивна ретинопатија у хроничној реналној инсуфицијенцији, Књига сажетака IX Конгрес офталмолога Србије, Златибор, 2008: п15.</p> <p style="text-align: right;">[0,3x3 бодова=0,9 бодова]</p> <p>1.2.Реализован међународни стручни пројекат у својству руководиоца пројекта</p> <p>1.2.1. Пројект "Пилотска, двоструко слијепа, контролисана плацебом, рандомизирана, паралелно групна, студија фиксне дозе да би се процијенила ефикасност, безбједност и толерантност средства ИБД на 30 пацијената који болују од улцерозног колитиса " у склопу мултицентричног испитивања у Royal Berkshire Hospital UK. Мавија Зоран, руководилац пројекта у Републици Српској., 2004.</p> <p style="text-align: right;">[5 бодова]</p> <p>1.3.Реализован национални стручни пројекат у својству сарадника на пројекту</p> <p>1.3.1. Пројект основно здравство(Basic Health Project) , компонента- Акредитацја и обезбјеђење квалитета, финансиран од стране Свјетске банке. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2004. године</p> <p>Др Зоран Мавија, члан тима за израду клиничких водича за тимове породичне медицине у примарној здравственој заштити у Републици Српској. Аутор је три водича из области гастроентерологије: водич за диспепсију, водич за гастроезофагеални рефлукс, водич за пептички улкус.</p> <p style="text-align: right;">[1 бод]</p>	
УКУПАН БРОЈ БОДОВА	6,9

Стручна дјелатност послије последњег избора

2.1. Стручни радови у часопису међународног значаја (са рецензијом)

2.1.1. Zerem, Imamović G, **Mavija Z**, Haračić B. Comments on the article about correlation between computerized tomography and surgery in acute pancreatitis. World J Gastroenterol, 2011;17(3):407-408.

Анализирана је могућност компјутеризоване томографије (КТ) у описивању карактеристика перипанкреатичне колекције течности које су нађене при хируршкој интервенцији. Резултати студије показују да је већина перипанкреатичних колекција које се описују на КТ код пацијената са тешком формом акутног панкреатитиса а који су подвргнути хируршком захвату, садржавала некротично ткиво. Ипак, постоји неколико питања које треба посматрати, укључујући стадиј акутног панкреатитиса код пацијената код којих је урађен КТ абдомена и временски период између КТ испитивања и хируршког захвата. У том циљу искључени су лажно позитивни и лажно негативни резултати које су нађени при КТ-у и представљени су као резултати у упоредној анализи. Резултати испитивања су показали да се већина перипанкреатичних колекција види на КТ код пацијената са тешком формом панкреатитиса, а који су се подвргли оперативној интервенцији некротичног садржаја, при чему КТ има ограничену улогу у диференцијацији различитих типова колекција течности. У овом испитивању, на КТ-у је 4 од 9 идентификованих колекција асоцирано са некрозом, а 5 су имали само течност без знакова некротичног процеса.

[0,75x4 бода=3 бода]

2.1.2. Zerem E, Imamović G, Latić F, **Mavija Z**. Is irrigation necessary during endoscopic necroscopy of pancreatic necroses. Surg Endoscop, 2012;26(10):2995-2996.

У овом раду је анализирана додатна иригација код пацијената са некротичним панкреатитисом који су третирани ендоскопском некректомијом. Уклањање некротичног ткива у атаку болести је веома тешко без обзира који је дренажни метод употребљен. Ултразвуком вођена перкутана катетер дренажа (ПКТ) се може примјенити у терапији некротизирајућег панкреатитиса. Исход лијечења пацијената ендоскопском некректомијом без додатне иригације је компатибилан са публикованим радовима у ранијим саопштењима који су користили ендоскопску некректомију са проширеним процедурама, укључујући понављану иригацију за одстрањивање некротичног садржаја. Испитивана је серија болесника од њих 35 кроз временски период од 7 година. Различите шеме конзервативног третмана су примјењене (антибиотска профилакса, супортивне мјере) са различитим шемама дренажног менаџмента, што је довело до пораста искуства у протеклим годинама рада. Заобилажење проширене и продужене иригације, изравна мобилизација, боља толеранција пацијента, могућност за смањење хоспитализације, у нашем погледу, користећи ендоскопски приступ, енергична иригација, затворен мониторинг, манипулација са катетером, микробиолошка и биохемијска анализа добијеног садржаја код пацијената са инфективним компликацијама или другим дренажним проблемима је веома тешко оцијенити. Констатујемо да перкутана катетер дренажа (ПКД) има јасну предност над ендоскопским приступом у терапији панкреатичне некрозе.

[0,75x4 бода=3 бода]

2.2.Стручни радови у часопису националног значаја (са рецензијом)

2.2.1. Мавија З. Нежељене реакције лијекова на јетру. Медицинар, 2011: 13/14:1-7

Циљ рада је испитати нежељене реакције различитих лијекова на јетру које данас представљају изазов модерне хепатологије, а дијелом су запостављене. Методологија: анализа доступних литературних података ради дијагностичких критеријума овог поремећаја. Анализирани су подаци из литературе с циљем постављања оптималног дијагностичко-терапијског приступа. Токсични ефекти лијекова на јетру су разлог за 0,1-0,2% свих хоспитализација. Нежељена реакција лијекова на јетру се може клинички манифестовати као друга обољења јетре, при чему се увијек морају узети у разматрање у диференцијалној дијагнози нејасних оштећења јетре. Подаци из Европских хепатолошких центара говоре да проценат медикаментно проузрокованих оштећења јетре у свим узрасним групама износ 10%, а 43 % код особа старијих од 50% година. За фулминантно отказивање јетре наводи се да је у 32-35% случајева узроковано лијековима. Сматра се да постоји хепатотоксично оштећење јетре када дође до најмање двоструког изолованог пораста АЛТ или билирубина, или ако је однос АЛТ/алкална фосфатаза већи од 5. Након прекида уноса лијека може протећи и 6 мјесеци док не дође до опадања јетрених ензима и/или билирубина за 50%.

[2 бода]

2.3.Рад штампан у зборнику радова са међународног стручног скупа

2.3.1.Mavija M, **Mavija Z**, Milenković S, Jakšić V, Ignjatić E, Risimić D, Smoljanović S. Systemic hypertension is associated with more severe diabetic retinopathy and maculopathy changes. XI Euretina congress, London 2011. P-72.

[0,3x3 бодова=0,9 бодова]

2.3.2.Mavija M, Jakšić V, **Mavija Z**, Milenković S. Stroke in patients with diabetic retinopathy. Programme and book abstractes IX Slovenian Congress of ophthalmology with International participation, Portorož, 2012.p-205

[0,75x3 бодова=2,25 бодова]

2.4.Рад штампан у зборнику радова са националног стручног скупа

2.4.1.Мавија М, **Мавија З**, Јакшић В, Рашета Н, Смољановић С. Праћење хипертензивне ретинопатије код болесника који су укључени у програм хроничне континуиране хемодијализе. Књига сажетака 2. Конгреса доктора медицине Републике Српске, Теслић. 2011:п180.

[0,3x2 бода=0,6 бодова]

2.5.Реализован национални стручни пројекат у својству сарадника на пројекту

2.5.1.Ревизија и унапређење клиничких водича за примарну здравствену заштиту у Републици Српској, финансиран од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске.

2.5.1.1. **Мавија З**, Стојисављевић-Шатара С, Тепић Р. Функционална диспепсија. ЦД-ром, Министарство здравља и социјалне заштите, 2009.

2.5.1.2. **Мавија З**, Стојисављевић-Шатара С, Тепић Р. Гастроезофагеална рефлуксна болест. ЦД-ром, Министарство здравља и социјалне заштите, 2009. заштите

2.5.1.3. **Мавија З**, Стојисављевић-Шатара С, Тепић Р. Пептички улкус. ЦД-ром, Министарство здравља и социјалне заштите, 2009. заштите

Као члан тима у овом пројекту Зоран Мавија је учествовао у изради три водича из области гастроентерологије примјеном колаборације AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation). Ово водичи су првенствено намијењени љекарима у примарној здравственој заштити мада могу бити од велике користи и љекарима који раде на вишим нивоима здравствене заштите. Клинички водичи су уједно и дио обавезне литературе за полагање испита из клиничке фармакологије и породичне медицине. Водичи из клиничке праксе представљају најбољу практичну примјену медицине засноване на доказима и омогућују да се користе најновије медицинска сазнања у свакодневном раду.

[3 бода]

2.6.Менторство за специјализацију

2.6.1.Ментор, доктори медицине,специјализанти интерне медицине, Одлука министарства здравља и социјалне заштите РС:

- | | |
|-------------------------|----------|
| 1. Борис Зреле | [2 бода] |
| 2. Кочић Весна | [2 бода] |
| 3. Тања Виријевић-Салак | [2 бода] |
| 4. Јелена Мрђа | [2 бода] |
| 5. Љубица Јовандић | [2 бода] |
| 6. Рената Тамбурић | [2 бода] |
| 7. Валентина Дуда | [2 бода] |

2.7.Ментор за дипломски рад на Студијском програму здравствене његе:

2.7.1.Алија Зеничанин: Учесталост Хеликобактер пилори инфекције код болесника са диспепсијом, 2011.

[1 бод]

2.7.2. Данијела Добровољски: Варикозитети једњака у декомпензованој цирози јетре, 2012.

[1 бод]

2.8.Члан комисије за одбрану дипломског рада у Студијском програму здравствене његе:

2.8.1. Драгана Драгић: Лабораторисјка дијагностика Ходжкиновог и нон –Ходжкиновог лимфома. 2011.

[1 бод]

2.8.2. Горадана Врховац: Хипергликемија код гликокортикоидне терапије реуматоидног артритиса, 2011.

[1 бод]

2.8.3. Тијана Добријевић: Лабораторијска дијагностика код мултиплог мијелома, 2011.

[1 бод]

2.8.4. Боби Ђурђевић: Дијагностика карцинома бронха. 2012.

[1 бод]

2.8.5. Мирославка Јокић: Лабораторијска дијагностика код анемијског синдрома, 2012.

[1 бод]

2.8.6. Весна Колунџија: Поремећај метаболизма угљених хидрата, 2012.

[1 бод]

2.9.Остале професионалне активности на Универзитету и ван Универзитета које доприносе повећању угледа Универзитета

2.9.1. Предавање за докторе медицине у Добојској регији под називом:Менаџмент компликација јетре, 2010.

[2 бода]

2.9.2. Руководилац програма Континуиране медицинске едукације конзервативних грана Клиничког центра Бања Лука од 2010.

[2 бода]

2.9.3. Поптисник протокола за дијагностику и лијечење хроничне хепатитис Ц вирусне инфекције у Републици Српској, 2010.

[2 бода]

2.9.4. Рецензент часописа Биомедицинска истраживања, Медицински факултет Фоча, Универзитет у Источном Сарајеву, рецензрани радови на пољу хепатологије.

[2 бода]

2.9.5. Предавање на конгресу фармацеута РС под називом: Нови приступ у терапији дијароидног синдрома, 2012.

[2 бода]

УКУПАН БРОЈ БОДОВА

46,7

УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА

Научна дјелатност :	прије избора 31,9	послије избора 72,8	Укупно:104,7
Образовна дјелатност :	прије избора 8	послије избора 13	Укупно:21
Стручна дјелатност:	прије избора 6,9	послије избора 46,7	Укупно:53,6

Свеукупно бодова: 179,3

АНАЛИЗА РАДА КАНДИДАТА, ПЕДАГОШКО-НАСТАВНА И СТРУЧНА АКТИВНОСТ

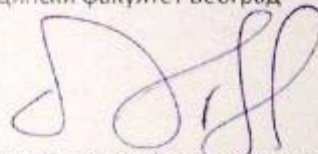
У оквиру свог научно истраживачког рада Доц. др Зорана Мавија је показао посебно интересовање у области обољења дигестивног тракта. У последње вријеме интензивно ради на истраживањима хроничних болести јетре и компликација које прате исту, а нарочито проблеме терапијског приступа асцитесу. У свом раду је показао сериозност и способност креативног дефинисања научног проблема. Његова докторска дисертација то потврђује као и свакодневни клинички рад са пацијентима. Активно је учествовао на више конгреса, стручних састанака и радионица у земљи и иностранству из области гастроентерологије, хепатологије и дигестивне ендоскопије. Публиковао је као аутор и коаутор 32 стручна и научноистраживачка рада од којих одређени број публикован и на Current Contents-u. Учествовао је у писању три универзитетска уџбеника за студенте медицине, стоматологије и здравствене његе, и једне књиге из области хепатологије. У свом досадашњем раду се бави дијагностичко-терапијским ендоскопским и ултразвучним методама прегледа дигестивног тракта. Био је истраживач и сарадник у три истраживачка пројекта. Након дипломирања на Медицинском факултету у Бања Луци запослио се у ДЗ Скендер Вакуф гдје је радио до 1993 год. Тада прелази да ради у Клинички центар Бања Лука, у Клинику за унутрашње болести. По завршетку специјализације из интерне медицине 1998 године укључује се у рад са студентима на Медицинском факултету у Бања Луци. На субспецијализацију из гастроентерохепатологије одлази у Београд 2001 године и успјешно је завршава одбранивши субспецијалистички рад под називом “Значај доминантне компликације у првој декомпензацији цирозе јетре”. Током свог рада показивао је висок ниво стручног и научноистраживачког рада као и способност за складан тимски рад. У јулу 2007 године одлази у центар Корбах у Њемачкој на едукацију из ендоскопског ултразвука. 2009 године изабран је у звање доцента на Медицинском факултету у Бања Луци. 2010 године изабран је за предсједника тима за континуирану медицинску едукацију конзервативних грана Клиничког центра у Бања Луци. Учествује у кординацији и едукацији специјализаната Интерне медицине као предавач и истраживач из области гастроентерохепатологије, као и публиковању научних радова у часописима који су цитирани у најугледнијој научној бази.

III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

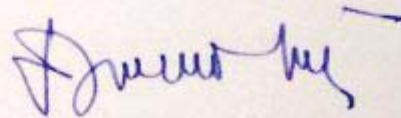
У складу са Законом о високом образовању Републике Српске , Статутом Универзитета и Правилником о поступку и условима избора академског особља Универзитета у Бања Луци, узимајући у обзир број и квалитет објављених радова, богато педагошко, научно-истраживачко и стручно искуство Комисија предлаже Научно-наставном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

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ:

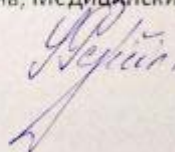
1. Др Горан Јанковић, редовни професор,
ужа научна област Интерна медицина,
Медицински факултет Београд



2. Др Срђан Ђурановић, ванредни професор,
ужа научна област Интерна медицина,
Медицински факултет Београд



3. Др Сњежана Поповић Пејичић, редовни
професор, ужа научна област Интерна
медицина, Медицински факултет Бања Лука



Београд, Бања Лука, фебруар 2014.

