

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ



**ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ**

*о пријављеним кандидатима за избор наставника и сарадника у звање*

**І. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ**

**Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке:**

Сенат Универзитета у Бањој Луци је 04.11.2014. године донио одлуку број 01/04-2.3949/14 о расписивању конкурса за избор сарадника

**Ужа научна/умјетничка област:**

Интерна медицина-наставни предмет Клиничка пракса II-прва помоћ

**Назив факултета:**

Медицински факултет

**Број кандидата који се бирају**

Један (1)

**Број пријављених кандидата**

Један (1)

**Датум и мјесто објављивања конкурса:**

19.11.2014. године, дневни лист „Глас Српске“ Бања Лука

**Састав комисије:**

- а) **Др Пеђа Ковачевић**, доцент, ужа научна област: Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, предсједник;
- б) **Др Мирко Станетић**, редовни професор, ужа научна област: Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, члан;
- в) **Др Иван Копитовић**, ванредни професор, ужа научна област: Интерна медицина, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, члан.

**Пријављени кандидати**

Први кандидат: Даница Момчичевић

## II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТИМА

### Први кандидат

#### а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	Даница (Јован и Цвијета) Момчичевић
Датум и мјесто рођења:	02.08.1983. Зеница
Установе у којима је био запослен:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Клинички центар Бања Лука, доктор медицине:<ol style="list-style-type: none"><li>1. у Служби интензивне медицине (јун 2010. године–октобар 2013. године; септембар 2014.године до данас)</li><li>2. у Клиници за плућне болести (новембар 2013. године-август 2014. године)</li></ol></li><li>• Дом здравља Свети Пантелејмон Котор Варош (јануар-мај 2010 године)</li></ul>
Радна мјеста:	Доктор медицине, специјализант пнеумофтизиологије у Служби интензивне медицине
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	<ul style="list-style-type: none"><li>• члан Коморе доктора медицине Републике Српске</li><li>• члан Удружења пулмолога Републике Српске</li><li>• члан Антрополошког друштва Србије</li><li>• члан ERS-a (European Respiratory Society)</li></ul>

#### б) Дипломе и звања:

<b>Основне студије</b>	
Назив институције:	Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци
Звање:	Доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Бања Лука, 2009. године
Просјечна оцјена из цијелог студија:	8,41
<b>Постдипломске студије:</b>	
Назив институције:	-
Звање:	-
Мјесто и година завршетка:	-
Наслов завршног рада:	-
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	-
Просјечна оцјена:	-
<b>Докторске студије/докторат:</b>	
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)	-

**в) Научна дјелатност кандидата**

**Радови прије последњег избора/реизбора**

**V.1. Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја**

**V.1.1.** Kovačević P, Rajkovača Z, Jakovljević B, Kovačević T, **Momčičević D**, Veljković S. Effects of interdialytic weight gain on lung function tests in hemodialyzed patients. Anat Physiol. 2014; 4:3.

*У раду је анализиран утицај интердијалитичког доноса течности на параметре респираторне функције. У ову проспективну студију укључено је 32 болесника (16 мушкараца), средњих година старости  $51 \pm 11$  који се налазе у терминалном стадијуму хроничне реналне инсуфицијенције и лијече се понављаним циклусима хемодијализе. Болесници су подијељени у двије групе: група 1- болесници са интердијалитичким доносом течности  $< 5\%$  и група 2- болесници са интердијалитичким доносом течности  $> 5\%$ . Сви болесници су подвргнути спирометрији прије и после хемодијализе. Показано је да хемодијализа има позитиван ефекат на вриједности параметара респираторне функције који је израженији код болесника са мањим интердијалитичким доносом.*

(0,3 x 10 = 3)

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА: 3**

**г) Образовна дјелатност кандидата:**

**Образовна дјелатност прије последњег избора**

**Г.1. Рецензиран универзитетски уџбеник који се користи у земљи**

**Г.1.1.** Аутор „ПРИРУЧНИКА ЗА ПРАКТИЧНУ НАСТАВУ ИЗ ПРВЕ ПОМОЋИ“, уредник проф. др Пеђа Ковачевић, *Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци*, 2012. године

Овај приручник је намијењен студентима медицине и стоматологије за усвајање градива из предмета прва помоћ, али и свима који желе проширити знања и унаприједити вјештине из указивања прве помоћи. Састоји се од низа тематских јединица кроз које студенти на занимљив и интерактиван начин овладавају вјештинама указивања прве помоћи.

(0,3 x 6 бодова = 1,8 бодова)

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА: 1,8**

**д) Стручна дјелатност кандидата:**

**Стручна дјелатност кандидата (прије последњег избора/реизбора)**

**Д.1. Стручни рад у часопису међународног значаја (с рецензијом)**

**Д.1.1.** Ковачевић П, **Момчичевић Д**, Сандић Д, Видовић Ј, Драгић С, Ковачевић Т, Кезић З. Туберкулозни мијелитис као прва манифестација туберкулозе. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2013; 3: 236-240.

*У раду је анализирана дијагностика и терапија туберкулозе централног нервног система код болесника старости 27 година хоспитализованог у Служби интензивне медицине Клиничког центра Бања Лука. Болесник је примљен са клиничком сликом нагло настале квадрипарезе (трансферзални мијелитис), којој је претходио развој инфективног синдрома петнаест дана уназад, због чега је хоспитализован на Клиници за инфективне болести два дана раније.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.2.** Танасковић Н, Чађо М, Видовић Ј, Ковачевић П, **Момчичевић Д**, Зељковић С. Тешке егзарцебације хроничне опструктивне болести, препоруке, циљеви и третмани, лечење неинвазивном и инвазивном механичком вентилацијом- прикази случајева. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2011; 11 (1): 61-67.

*Сваке године 200 -300 000 људи у Европи умре због ХОПБ. Сматра се да ће 2020 године бити трећи по реду узрок смртности, одговоран за 4,5 милиона смрти годишње. Након хоспитализације акутне егзарцебације ХОПБ 43 % пацијената ће умрети унутар годину дана. Сматра се да је 50-60% егзарцебација узроковано респираторном инфекцијом (вирусна, бактеријска), 10 % аерозагађењем, 30 % је и даље непознате етиологије. Циљеви успешног лечења акутне егзарцебације ХОПБ су: оптимална плућна функција (фармаколошки третман), осигуравање адекватне оксигенације, одлагање потребе за интубацијом, спречавање компликација непокретности (плућни тромбоемболизам, декубитус), адекватна прехрана болесника. Третмани збрињавања акутних погоршања ХОПБ обухватају фармаколошки третман, оксигенотерапију, неинвазивну и инвазивну механичку вентилацију. У раду је приказано неколико случајева акутног погоршања ХОПБ лечених инвазивном и неинвазивном механичком вентилацијом у Јединици интензивне медицине и интензивној нези Клинике за плућне болести. Третман и методе су у складу са најновијим препорукама и смерницама, а исход лечења повољан.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.3.** Видовић Ј, Ковачевић П, Зељковић С, Јандрић М, **Момчичевић Д**, Ковачевић С, Драгић С, Ковачевић С, Крунић М. Плућна хипертензија у јединици интензивне медицине-приказ случаја. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2011; 11 (1): 83-85.

*Плућна хипертензија је хемодинамско патофизиолошко стање дефинисано као повећање средњег плућног артеријског притиска преко 25mmHg у мировању мјерено катетеризацијом десног срца. У узнапредовалом стадијуму плућна хипертензија доводи до респираторне и хемодинамске инсуфицијенције, када одговор на расположиве терапијске процедуре није задовољавајући. У раду је приказана болесница, 48 година, која је хоспитализована у Јединицу интензивне медицине КЦ Бања Лука ради респираторне инсуфицијенције. Због незадовољавајућег респираторног статуса интубирана, стављена на механичку подршку вентилације, уз аналгоседацију и релаксацију, да би осмог дана хоспитализације била екстубирана. У више наврата консултован кардиолог; уведена кардиолошка терапија, те лијекови за плућну хипертензију. Дијагноза је постављена на основу клиничке слике, лабораторијских налаза, електрокардиограма, транстораксане ехокардиографије, ЦТ налаза. У терапији су примјењиване супортивне мјере (респираторна потпора, диуретици, кардиотоници, антикоагулантна терапија, антибиотици, антагонисти H2 рецептора) и терапија за плућну хипертензију (Силденафил, Илопрост). Након 17 дана хоспитализације отпуштена на Клинику за плућне болести респираторно и хемодинамски компензована.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.4.** Ковачевић П, Видовић Ј, Јандрић М, **Момчичевић Д**, Драгић С, Драгановић Д, Вучић М. Акутни респираторни дистрес синдром као компликација аспирационе пнеумоније код труднице. Додатак часопису удружења пулмолога Републике Српске 2012; 2 (1-2 С): 11-16.

*Акутни респираторни дистрес синдром (ARDS) се дефинише као акутна респираторна инсуфицијенција различите етиологије, праћена некардијалним плућним едемом, прогресивном хипоксемијом, те дифузним инфилтратима и консолидацијом плућног паренхима. Један од етиолошких фактора за развој ARDS-а је аспирација гастричног садржаја. Циљ овог рада је приказати случај труднице са ARDS-ом, који се развио након аспирације повраћеног садржаја у постоперативном периоду. Описан је случај деветнаестогодишње труднице, у осмом лунарном мјесецу трудноће, са дијагнозом ARDS-а, који се развио након аспирације повраћеног садржаја у постоперативном периоду (репозиција водењака, уз постављање серклажа). Након брзог збрињавања у Служби интензивне медицине и постављања дефинитивне дијагнозе, одмах се започиње са лијечењем по постојећем клиничком протоколу. Клинички ток и лијечење додатно компликује развој сепсе. Свакодневни мониторинг, евалуација и терапијски приступ, као и мултидисциплинарна сарадња љекара укључених у третман, резултује дефинитивним излечењем. Адекватно збрињавање оваквог пацијента, без могућности континуираног мониторинга виталних параметара и механичке вентилације, уз адекватан медикаментозни приступ, би било практично немогуће, а летални исход би био неминован.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.5. Момчичевић Д,** Полетан Н, Милошевић Б, Станетић М, Танасковић Н, Дуроњић М: Атипичне форме туберкулозе, Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2013; 3 (1-2):193-198.

*Иако једна од најстаријих болести, туберкулоза и данас представља значајан здравствени и социо-економски проблем. Клиничари су све чешће суочени са случајевима атипичних форми које неријетко захтјевају додатне дијагностичке процедуре. Узрочник је *Mycobacterium tuberculosis*, а златни стандард дијагностике представља његова изолација у болесничком материјалу. Сем бактериолошких тестова, дијагноза се може поставити патохистолошким анализама, при чему налазимо грануломе са казеозном некрозом. Додатне дијагностичке могућности су новије и скупље бактериолошке и имунолошке методе које још увијек нису у рутинској употреби. У раду су приказана два пацијента лијечена у Клиници за плућне болести Клиничког центра Бања Лука са атипичном формом туберкулозе. У првом случају, ријеч је о пацијенту код кога је на основу радиолошког налаза посумњано на тумор медијастинума. Дефинитивна дијагноза је постављена на основу патохистолошког налаза узорка добијеног трансторакалном игленој биопсијом плућа. У другом случају, ријеч је о пацијенту који је мјесецима лијечен код оториноларинголога због промуклости, урађена је биопсија гласних жица и патохистолошки је верификована туберкулоза, након чега је хоспитализован у Клиници за плућне болести Клиничког центра Бања Лука ради увођења терапије. Током хоспитализације је верификована и туберкулоза плућа. У међувремену се развија илеус, пацијент је премјештен у Клинику за абдоминалну хирургију Клиничког центра Бања Лука, одстрањен је цекум, илеум и асцедентни колон а патохистолошки налаз такође потврђује да је ријеч о туберкулози.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.6. Момчичевић Д,** Милошевић Б, Полетан Н, Станетић М, Ђекић-Чађо М, Танасковић Н: Дефицит  $\alpha$ -1 антитрипсина. Часопис удружења пулмолога Републике Српске 2013; 3 (1-2):165-167.

*Дефицит  $\alpha$ -1 антитрипсина је ријетки аутозомно-рецесивни поремећај, који се најчешће клинички испољава плућним обољењима (ХОБП/емфизем), а рјеђе обољењима јетре. Често остаје недијагностификован или погрешно дијагностификован. Дијагностификује се одређивањем нивоа  $\alpha$ -1 антитрипсина у серуму (квантитативно), генском анализом (детекција присуства С или З алела метода PCR) и фенотипизацијом (метода имуноелектрофорезе).*

*У раду је приказан пацијент старости 53 године са клинички израженим емфиземом, код кога је утврђен дефицит нивоа  $\alpha$ -1 антитрипсина у серуму (квантитативно).*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.7.** Ђурић В, Станетић М, Вујовић В, Милошевић Б, **Момчићевић Д**, Малешевић В, Полетан Н: Trousseau синдром као манифестација аденокарцинома плућа? *Respiratio* 2014; 4 (1-2): 263-265.

*Паранеопластични синдром (ПНС) обухвата клиничке ефекте тумора који се не могу објаснити локалним дејством тумора или удаљених метастаза или дејством хормона које лучи ткиво које је исходиште тумора. Појављује се код 10-15% пацијената са карциномима. Може бити прва манифестација тумора; може представљати најранију манифестацију окултног тумора, а може представљати значајан проблем и бити чак и леталан; може имитирати метастаску болест и због тога се не третира адекватно. Једна од манифестација је и Trousseau синдром, који представља хиперкоагулабилност крви тј. стечену коагулопатију код пацијената са неким малигнитетом. Trousseau синдром се може манифестовати појавом миграторних и рекурентних артеријских и/или венских тромбоза, може се јавити дисеминована интраваскуларна коагулација, плућна тромбоемболија и ендокардитис. У раду је приказан болесник старости 58 година, код кога су се прво јавиле рекурентне тромбозе поплитеалних артерија обострано, а потом и рекурентне тромбозе феморалних артерија. Након понављаних тромбектомија учињене су обостране ампутације у нивоу натколенице. Деветнаест дана након тога код пацијента се развија емболија плућа, те је урађена компјутеризована томографија и поред емболије плућа верификован је тумор у десном главном бронху, а додатном дијагностичком обрадом је утврђено да се ради о аденокарциному плућа.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.8.** Драгић С, Ковачевић П, Видовић Ј, Зељковић С, Јандрић М, **Момчићевић Д**, Ковачевић С: Могућност извођења неинвазивне вентилације у кућним условима?! *Respiratio* 2014; 4 (1-2): 198-201.

*Аутори приказују случај пацијента старог 23 године који болује од прогресивне мишићне дистрофије ((Duchenne muscular dystrophy) – терминална фаза. Пацијент је примљен у Службу интензивне медицине Клиничког центра Бања Лука из кућних услова због развоја акутне респираторне инсуфицијенције те присутних бројних компликација болести (од стране респираторног, гастроинтестиналног, аутономног нервног система). Ријеч је о обољењу које настаје због мутације гена за дистрофин (смјештен на X хромозому - Xp21.2 локус) са посљедицим недостатком дистрофина у мишићима обољелих што доводи до карактеристичног пропадања и слабости мишића, уз оштећења и осталих ткива гдје се налази дистрофин, те развоја компликација од стране скоро свих органских система. Пацијент је након 137 дана хоспитализације отпуштен на даље кућно лијечење са трахеалном канилом и пласираним уринарним катетером. Препоручено је даље кориштење неинвазивне вентилације током ноћи (по потреби и дању), а обезбјеђена је машина за неинвазивну вентилацију са пратећом опремом, док су чланови уже породице оспособљени за руковање са поменутом опремом. Након отпуста из болнице пацијент борави у кућним условима, без компликација и потребе за хоспитализацијом већ 21 мјесец.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**Д.1.9.** Видовић Ј, Ковачевић П, Зељковић С, Јандрић М, **Момчићевић Д**, Ковачевић С, Драгић С: Кифосколиоза као узрок респираторне инсуфицијенције-приказ случаја. *Respiratio* 2014; 4 (1-2): 238-241.

*Кифосколиоза представља деформацију кичменог стуба са кривљењем у десну/лијеву страну (сколиоза), у сагиталној равни (кифоза) и ротацијом кичменог стуба око своје осовине. Кифосколиоза се карактерише поремећаном респираторном функцијом која води у прогресивну хиповентилацију, хиперкапнију и хроничну респираторну инсуфицијенцију. Акутне егзацербације, посебно инфекције респираторног тракта, погоршавају стање пацијента и обично захтјевају лијечење у јединицама интензивне његе и употребу инвазивне/неинвазивне механичке вентилације. У раду је приказано лијечење пацијента са тешком кифосколиозом и респираторном инсуфицијенцијом у Јединици интензивне медицине Клиничког центра Бања Лука. Респираторна инсуфицијенција је захтјевала примјену инвазивне и неинвазивне механичке вентилације, те увођење и наставак лијечења неинвазивном механичком вентилацијом у кућним условима.*

(0,3 x 4 = 1.2)

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА: 10,8**

#### **УКУПНА НАУЧНА, СТРУЧНА И ОБРАЗОВНА ДЈЕЛАТНОСТ КАНДИДАТА**

<b>Дјелатност</b>	<b>Прије последњег избора</b>	<b>Послије последњег избора</b>	<b>УКУПНО</b>
Научна делатност кандидата	<b>3</b>	-	3
Образовна дјелатност кандидата	<b>1,8</b>	-	1,8
Стручна дјелатност кандидата	<b>10,8</b>	-	10,8
Остварена просјечна осјена на I и II циклусу студија	-	-	84,1
<b>УКУПАН БРОЈ БОДОВА</b>			<b>99,7</b>



### III. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

На Конкурс за избор *сарадника* (асистента) за ужу научну област *Интерна медицина - наставни предмет: Клиничка пракса II-Прва помоћ* на Медицинском факултету Унивезитета у Бањој Луци, пријавио се један кандидат:

1. **Др Даница Момчичевић**, доктор медицине, која је завршила основне студије на Медицинском факултету у Бањој Луци са просјечном оцјеном 8,41. Др Даница Момчичевић се током свог преданог клиничког рада у Служби интензивне медицине за нехируршке гране УБ КЦ Бања Лука активно бавила и научно-истраживачким радом што је резултовало у низу публикација, а поред ове двије нераскидиве карике медицинске науке, Др Момчичевић је ангажована у извођењу практичне наставе из предмета Прва помоћ гдје своја знања и вјештине из свакодневног рада са критично обољелим несебично преноси студентима Медицинског факултета у Бањој Луци. Након увида у конкурсну документацију комисија сматра да су се стекли сви законски и сви други услови да се кандидат **Др Даница Момчичевић** изабере у звање сарадника (асистента) за ужу научну област *Интерна медицина - Наставни предмет Клиничка пракса II-Прва помоћ*, на Медицинском факултету у Бањој Луци.

У Бањој Луци, фебруара 2015. год.

Потпис чланова комисије:

Др Пеђа Ковачевић,  
Доцент Медицинског факултета  
Универзитета у Бањој Луци



Др Мирко Станетић,  
Редовни професор Медицинског факултета  
Универзитета у Бањој Луци



Др Иван Копитовић,  
Ванредни професор Медицинског факултета  
Универзитета у Новом Саду



