

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ



## ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

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

### И. ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Одлука о расписивању конкурса, орган и датум доношења одлуке:

Одлука Сената Универзитета у Бањој Луци бр. 01 / 04-2.3946 / 14 од 04.11.2014. године

Ужа научна/умјетничка област: Гинекологија и опстетриција

Назив факултета: Медицински факултет

Број кандидата који се бирају - један

Број пријављених кандидата - један

Датум и мјесто објављивања конкурса: 19.11.2014. године, у дневном листу “Глас Српске”  
Бањалука

Састав комисије:

1. Др Весна Ећим-Злојутро, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, председник
2. Др Раде Вилендечић, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, члан
3. Др Милица Берисавац, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Београду, члан

Пријављени кандидати

1. Мр Владимир Перендија - примаријус, др мед. специјалиста, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет у Бањалуци

## II. ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ

### а) Основни биографски подаци :

Име (име оба родитеља) и презиме:	<b>Владимир ( Миливој, Славка) Перендија</b>
Датум и мјесто рођења:	02.08.1956. Високо
Установе у којима је био запослен:	1. ДЗ Високо од 1977. – 1978. 2. ДЗ Високо од 1985. – 1992. 3. ЛП бригада Илијаш од 1992. – 1995. 4. КЦ Бањалука, КГА од 1998.
Радна мјеста:	1. Санитарни техничар, ХЕС у ДЗ Високо 2. Љекар у Хитној помоћи у ДЗ Високо 3. Шеф хитне медицинске помоћи у ДЗ Високо 4. Бригадни љекар, ЛП бригада Илијаш 5. Специјалиста гинекологије и акушерства, КЦ Бањалука, КГА
Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима:	- Удружења гинеколога и опстетричара Републике Српске - Друштво доктора медицине Републике Српске - Удружење гинеколога и опстетричара Србије, Црне Горе и Републике Српске. - Удружење за гинеколошку онкологију Србије - Српско лекарско друштво - Удружење за колпоскопију и патологију цервикса Србије - Европоско удружење за контрацепцију

### б) Дипломе и звања:

<b>Основне студије</b>	
Назив институције:	Медицински факултет Сарајево
Звање:	доктор медицине
Мјесто и година завршетка:	Сарајево, 1985.
Просјечна оцјена из цијелог студија:	7,73
<b>Постдипломске студије:</b>	
Назив институције:	Медицински факултет Бањалука
Звање:	Магистар медицинских наука
Мјесто и година завршетка:	Бањалука, 1997.
Наслов завршног рада:	„Особености артефицијалних абортуса у Републици Српској” 2013.
Научна/умјетничка област (подаци из дипломе):	Гинекологија и опстетриција
Просјечна оцјена:	8,75
<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/умјетничка дјелатност кандидата

Радови послје последњег избора/реизбора

(Навести све радове сврстане по категоријама из члана 19. или члана 20.)

#### Научни радови на научном скупу међународног значаја, штампани у цјелини

1. Вилендечић Р, Перендија В, Савић С, Граховац С, Ећим В, Вилендечић З, Золак А, Станишић Љ. Превремени порођај и перинатални исход. У: Зборник радова педесете јубиларне гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2006; 102-7.

Циљ рада је анализа превремених порођаја (ПП) у Клиници за гинекологију и акушерство КЦ Бања Лука (КГА) у периоду од 2000-2004. године. Перинатални подаци су анализирани ретроспективно. У испитиваном периоду је било 6,2% ПП (941/15261) и 6,8% недоношчади (1047/15510). Било је укупно 2061 (13,5%) царских резова (ЦР), а код ПП 198 (21,0%). Перинатални морталитет (ПМ) недонесене деце је 18,1% и већи је око десет пута од укупног ПМ.

Претемпорариуси у укупном ПМ учествују са 74,2%; у касној феталној смртности са 65,1% и у раној неонаталној смрти (РНС) са 81,0%. Са ПП је било 1,7% трудница млађих од 18 година и 11,9% старијих од 35 год. а 29,1% их је имало раније спонтане (12,5%) или намјерне (16,5%) побачаје. Уз ПП су у 66,8% случајева била придружена патолошка стања од којих су најчешћа превремено прснуће плодових овојака (16,9%), близаначка трудноћа (10,5%) и карлични став (10,1%). До 28 недеље гестације живорођено је 57 (5,8%) недоношчади од којих је у првих 7 дана умрло 84,2%, док је од 28. до 31. недеље било 78(8,0%) живорођене деце, а умрло их је 30(38,5%). Са порастом гестације РНС новорођенчади се значајно смањује ( $p < 0,01$ ), а у гестацијској групи од 35-37. недеље износила је 1,2%. Са тјелесном тежином  $< 2500$  г је 59,2% превремено рођене новорођенчади, са тежином  $< 1500$  г је 16,0% и са тежином  $< 1000$  г 3,0%. Ђеца са тежином  $< 1500$  г имају РНС 58,9% и ПМ 65,3%. Порастом тежине значајно се смањује РНС, а код деце са тежином  $> 2500$  г је 0,96%. Спонтани вагинални порођај имало је 67,7% живорођене недоношчади, вагинални порођај уз акушерску операцију 10,1% и царски рез 22,1%. РНС код вагиналних порођаја са акушерском операцијом је 23,2% и значајно је већа ( $p < 0,01$ ) него код спонтаних вагиналних порођаја и царског реза између којих не постоје значајне разлике ( $p > 0,05$ ). Треба тежити спонтаном вагиналном порођају, уз присуство искусног акушера и водити га на најпоштеднији начин за новорођенче, а код патолошких положаја и презентација плода избјегавати вагиналне акушерске операције поготово у одсуству искусног кадра.

**0,30 x 5 = 1,5 бодова**

2. Перендија В, Вилендечић Р, Золак А, Вилендечић З. Царски рез и превремени порођај. У: Зборник радова педесете јубиларне гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2006; 215-20.

Циљ рада је да ретроспективном анализом превремених порођаја (ПП) завршених вагиналним путем и царским резом (ЦР) испита улогу ЦР у завршавању ПП у периоду од 2000-2004. године.

Статистичка анализа је рађена т-тестом. У испитиваном периоду у Клиници за гинекологију и акушерство Бања Лука (КГА) је било 6,2% (941/15261) ПП при чему је рођено 6,8% (1047/15510) недоношчади. ЦР је урађен укупно код 2061 (13,5%) порођаја, а његова стопа се кретала од 12,4% у 2000. до 15,3% у 2004., док је код ПП ЦР учињен у 21,0% којим је порођено 22,2% недоношчади., а његова инциденција се кретала од 18,2% у 2002. до 28,3% у 2004. години. Са гестацијом < 31 недеље је 15,5% порођаја а 11,0% их је завршен ЦР. ЦР је најчешће рађен код трудница са гестацијом 31-33.недеље (24,8%) и код трудница са гестацијом 33-35 недеље (29,5%).

Међу дијагнозама/индикацијама за ЦР код ПП је најчешће превремено прснуће плодових овојака (46,5%, пријетећа или започета асфиксија плода (44,4%), крварење (32,8%) и прееклампсија (еклампсија (28,3%). Са Апгар скором <8 је 31,3% недоношчади, а мртворођено их је 6,8%. Са Апгар скором 8-10 је 65,6% вагинално порођене недоношчади и 48,7% порођене ЦР ( $t=4,59$ ;  $p<0,01$ ). Перинатални морталитет код претемпорариуса је 18,1%, код вагинално рођених је 18,9%, а код ЦР 15,5%. Разлике у раној неонаталној смртности и ПМ код недоношчади рођених вагиналним путем и царским резом нису значајне ( $t=1,6$  и  $1,2$ ;  $p>0,05$ ). < 31 недеље. Преживљавање новорођенчади у првом реду зависи од трајања гестације па ЦР, који је праћен знатно већим морбидитетом и морталитетом мајки, треба примјењивати само при јасним индикацијама од стране мајке и/или плода.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

- 3. Вилендечић Р, Чанчаревић Ђајић Б, Дуњић С, Ђукић В, Перендија В, Вилендечић З, Васић Д. Вишеплодне трудноће и перинатални исход. У: Зборник радова 51. гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2007; 145-50.**

Циљ рада је анализа перинаталног исхода код вишеплодних трудноћа од 2003-2006. године, посебно у односу на начина завршавања порођаја, и његово поређење са перинаталним исходом из периода 1998-2002. године. Код порођаја са вишеплодним трудноћама анализирана је гестацијска старост и телесна тежина новорођенчади, антенатална заштита, став плода, начин завршавања порођаја и перинатални морталитет (ПМ). У испитиваном периоду, међу 11 580 порођаја било је 179 (1,55%) гемина и три (0,026%) тригемина. Код гемина је 48,6% превремених порођаја, а код тригемина 66,7%. Недонесена деца из вишеплодних трудноћа чине 11,0% укупног броја недонесене деце. Гестацију мању од 31. недеље има 7,8 новорођенчади која чине 53% укупног ПМ. Рана неонатална смртност (РНС) у трудноћа мањих од 28 недеља је 50,0%, а код гестација мањих од 31. недеље 27%. Сва умрла деца у неонаталном периоду су са гестацијом мањом од 31. недеље и са тјелесном тежином мањом од 1500 г. Мртворођеност код гемина је 2,8%, а укупна перинатална смрт је 4 пута већа од укупног ПМ у Клиници (4,8%:1,18%). У порођају, други близанац је значајно ( $p<0,01$ ) чешће у неповољнијем положају у односу на првог. Царским резом је порођено 48% близанаца, вагинално уз акушерску операцију 12,6% и вагинално без акушерске операције 39,4%. РНС је највећа код деце порођене по Брахт-у. Није нађена значајна разлика у РНС односно ПМ близанаца обзиром на начин завршавања трудноће. У односу на период 1988-2002. године значајно ( $p<0,01$ ) је повећана стопа царског реза, од 30,5% на 48,0%, коју прати снижење РНС недонесене деце од 8,4% на 4,2%. Перинатални исход код деце извишеплодних трудноћа зависи првенствено од трајања гестације и зато је важно провођење мера да се спречи превремени порођај, посебно пре 32. недеље. У порођају су угрожена посебно недонесена деца која се порађају вагинално са акушерским операцијама, па је либералнији став за планирани царски рез оправдан код недонесене деце са абнормалним ставовима/положајима, као и при угрожениости једног од близанаца.

**0,30 x 5 = 1,5 бодова**

- 4. Вилендечић Р, Перендија В, Вилендечић З. Дијагностика и третман премалигних промјена високог ризика на грићу материце (Х СИЛ) у КГА Бањалука. У: Зборник радова 51 гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2007; 197-204.**

Циљ рада је био да се анализирају патохистолошке дијагнозе (ПХД) након учињених биопсија цервикса и утврди инциденција SIL високог степена ризика (H-SIL), те да се анализирају налази ПХД након учињених конизација и упореде са ПХД биопсија цервикса. У периоду од 2001-2005. год. у Клиници су ретроспективном анализом обухваћене пацијенткиње код којих су биопсијом цервикса дијагностиковане H-SIL промјене и потом лијечене конизацијом. Од 797 учињених биопсија цервикса, цервикалне интраепителијалне неоплазије (CIN) су нађене код 212 (26,6%) пацијенткиња, а најчешћи је CIN III који је нађен у 12,3% укупног броја биопсија. Сквамозне интраепителијалне лезије (SIL) су нађене код 271. (34,0%) пацијенткиња. H SIL промјене су нађене код 180 (22,6%) пацијенткиња, у облику Ca in situ у 55%, CIN III (24%) и CIN II (21%). У анализираном периоду урађено је 267 конизација, 237 (88,8 %) након претходне биопсије којом је дијагностикован H SIL и 11,2% без претходне биопсије. Од 237 учињених конизација, у 230 (97%) случајева су рађене због ПХД H-SIL биопсије, који је конизацијом потврђен у 199 (86,5%). Потпуна подударност налаза H-SIL (CIN II, CIN III и CIS) након биопсије и конизације цервикса је код 129 (56,1%), а код 101. (43,9%) пацијенткиња разликовали су се налази H SIL. Код 30 конизација учињених без претходне биопсије, H-SIL промјене су нађене само у 23,3% пацијенткиња. Најчешћа ПХД након конизације, са или без претходне биопсије, је Ca in situ (45,2%). H-SIL промјене су најчешће у доби од 36-40 год (23,3%) и од 31-35. године живота (20,4%).

**5 бодова**

- 5. Перендија В, Вилендечић Р, Говедаровић А, Вилендечић З.** Биопсије цервикса вагине и вулве у Клиници за гинекологију и акушерство у Бањалуци у периоду од 2001. – 2005. године. У: Зборник радова 51 гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2007;167-173.

Биопсија је у гинекологији једна од најчешћих, најбжих и најтачнијих метода дијагностике, заснована на узимању ткива цервикса, вагине и вулве ради патохистолошке дијагностике. Она заједно са цитологијом и колпоскопијом представља нераскидиву карику у ланцу дијагностике преинвазивних и инвазивних лезија цервикса, вагине и вулве. Циљ рада је анализа патохистолошких налаза код учињених биопсија на органима доњег гениталног тракта жене у Клиници за гинекологију и акушерство у Бањалуци у периоду од 2001.- 2005. године. У одговарајућим протоколима ретроградно смо анализирали патохистолошке налазе биопсија цервикса, вагине и вулве. Резултате смо приказали табеларно и у процентима те графички. Међу биопсијама доњег гениталног тракта, биопсије цервикса су заступљене са 97,1 %, биопсије вагине са 1,1 % и вулве у 1,8 % случајева. Укупна инциденција ЦИН код биопсија је 26,6 % а инвазивне промјене на цервксу након биопсије нашли смо код 14,3 % пацијенткиња. У циљу што боље дијагностике неопходно је урадити циљану биопсију уз претходни колпоскопски преглед.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

- 6. Перендија В, Вилендечић Р, Јованић Н.** Намјерни прекиди нежељених трудноћа и став према контрацепцији, Зборник радова, Други међународни конгрес „Екологија, здравље, рад, спорт“ ст. 70 - 75; Бања Лука, 2008.

Ретроспективном студијом анализиран је број порођаја и број артефицијалних абортуса те њихов међусобни однос у петнаестогодишњем периоду на КГА у Бања Луци. Године 1993 имали смо 103 на 100 порођаја, а 2007.г. само 15 на 100 порођаја. Ово драстично смањење броја артефицијалних абортуса није знак напретка у едукацији него је посљедица рада абортуса у приватним ординацијама без регистрације и пријаве. Уједно је истраживан и став према контрацепцији код жена које су дошле на абортус. Чак 60% ових жена није никада користило било какву врсту контрацепције. Од 40% жена које су изјавиле да су користиле некакву контрацепцију већина је користила несигурне методе контрацепције. Разлози овога негативног става према контрацепцији су: заблуде, предрасуде о контрацепцији, врло лоша информисаност о планирању породице и немар према властитом здрављу.

**5 бодова**

- 7. Перендија В, Вилендечић Р, Марковић З.** Терапијски ефекти левоноргестрел интраутериног система у нашем матетријалу. У: Зборник радова 53. Гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2009; с.176-181.

Циљ рада је био анализирати разлоге за апликацију левоноргестрел интраутериног система (ЛНГ - ИУС), као и водеће тегобе, уколико се овај систем апликује у терапијске сврхе и анализирати терапијску ефикасност ЛНГ ИУС кроз анализу контролних прегледа. У проспективној студији код 35 пацијенткиња, без упалних и премалигнух/малигнух промена гениталних органа, апликован је ЛНГ ИУС (Мирена ИУС). Након апликованог ЛНГ ИУС пратили смо пацијенткиње 1. годину дана и то након 1, 3, 6, и 12 месеци, а податке смо записивали у упитник за апликацију и евалуацију ЛНГ ИУС. Испитивање смо вршили у Клиници за гинекологију Бања Лука и у Служби за гинекологију ОБ Добој. Анализирали смо животну доб, број порођаја и побачаја, раније кориштење контрацепције те разлоге за апликовање ЛНГ ИУС. Највише испитаница (57,4%) којима је апликован ЛНГ ИУС је старосне доби од 41-50 година. Порођаје је имало 94% пацијенткиња, а намјерне абортусе 60% и спонтане 23% пацијенткиња. Код пацијенткиња којима смо апликовали ЛНГ ИУС 60% никада нису користиле контрацепцију, док је од 14 (40%) пацијенткиња које су користиле неку контрацептивну методу, 9(64%) је користило ИУД, двије оралну хормоналну. контрацепцију и три несигурне методе контрацепције. Уредан гинеколошки налаз при апликацији ЛНГ ИУС је имало 54,0% пацијенткиња, код 26,0% утерус је у РВФ а у 20,0% пацијенткиња је постојао интрамурални миом величине 1,5-4 цм. Разлози за апликацију ИУС су терапијски у 74,0%, контрацепција у 11,0%, а у 15,0% случајева терапијски и контрацептивни. Код 16 пацијенткиња су постојали поремећаји менструације, код 12 хуперпласиа ендометрији симплекс и дисфункционални ендометријум код 3 пацијенткиње. Реапликација ЛНГ ИУС након извјесног времена је урађена у 3, а екстракција у једне пацијенткиње, на њено инсистирање. Након четвртог мјесеца од апликације ЛНГ ИУС крварења су се регулисала, код 4 су скоро престалаа 3 су без крварења. Потпун терапијски ефект је остварен у 97% пацијенткиња, а код једне је учињена екстракцијанакон три мјесеца.

**5 бодова**

- 8. Перендија В, Вилендечић Р.** Левоноргестрел интраутерини систем ( ЛНГ – ИУС ) у лијечењу рецидивантног дисфункционалног материчног крварења. Приказ случаја, У : Зборник радова 53. Гинеколошко акушерске недеље СЛД. Београд, 2009, с 345–348.

Приказана је пацијенткиња са 36. година код које је дијагностикован опсежан тумор десне глутеалне регије, који је након дијагностичких поступака ресециран (ПХД: Неурофиброма, плексиформни тип / ЊХО градус И/). Након тога је спроведена зрачна терапија иза које уследи аменореја у тајању 7 мјесеци. Послије аменореје јављају се нередовна крварења у облику метрорагија, које се лијече киретажама и пероралном хормонском (гестагеном) терапијом. Унаточ терапији метрорагије се понављају, а пацијенткиња се због анемије лијечи и трансфузијама крви. Постојали су различити ставови и сугестије љекара који нису препоручавали хормонску терапију па ни ИУС Мирена, а ни оперативно лечење због раније проведене зрачне терапије. Због рецидивирајућих метрорагија од маја 2001. год до децембра 2003. године, узрокованих са *Hyperplasio glandularis endometrii simplex* и субмукозним миомом, аплицирали смо интраутерини уложак са левоноргестрелом, након чега крварења престају. Сви контролни прегледи су у границама нормалног налаза, а пацијенткиња од децембра 2003. до децембра 2008. године нема никаквих крварења, када је ЛНГ ИУС и екстрахован. Висока локална концентрација ЛНГ у ендометријуму је ефикасна у превенцији пролиферације и развоја ендометријалне хиперплазије, а има знатан потенцијал и за ефикасан третман претјераних крварења из утеруса удружених са леиомиомима, као што је случај код наше пацијенткиње. Код дисфункционалних материчних крварења и присуство миома, примјена ЛНГ ИУС може значајно смањити број оперативних захвата и смањити могуће оперативне ризике као и примјену системске хормонске терапије.

**5 бодова**

- 9. Јованић Н, Лазић Н, Перендија В.** Индукција порођаја окситоцином или простагландином Е2. У: Зборник радова 55. Гинеколошко- акушерске недеље СЛД. Београд. 2011; с. 449-458

Методом случајног узорка од породиља које су родиле на Клиници за гинекологију и акушерство у Бања Луци током 2010 године издвојено је и анализирано укупно 100 индукованих порођаја. Од тога броја индукованих порођаја 50 је индуковано са вагиналним таблетама ПГЕ2 које се последњих деценија врло успешно користе за убрзано сазревање грлића материце и индукцију порођаја, а других 50 интравенским давањем окситоцина у инфузији кап по кап. У анализи индукованих порођаја индукција терминског порођаја једном вагиналном таблетом ПГЕ2 са евентуалним каснијим додавањем окситоцина у инфузији кап по кап успешна је у 76% случајева, док је индукција давањем само окситоцина у инфузији кап по кап била успешна у 70% случајева. Време до почетка добрих контракција у простагландинској групи је статистички значајно дуже што значи да је почетак порођаја поступан и више личи на спонтани порођај, а то потврђује и мања потреба за давањем петидина. Сви остали анализирани параметри нису статистички значајни. У нашим условима индукција интравенским давањем окситоцина је јефтинија метода индукције порођаја.

**5 бодова**

- 10. Јованић Н, Сибинчић С, Бабић Н, Перендија В, Бокан М.** Преваленција инфекције жена високоризичним Хуманим папилома вирусима у регији Бањалука. У: Зборник радова 56. Гинеколошко- акушерске недеље СЛД. Београд. 2012; с. 653-661.

Доказано је да је инфекција високо ризичним типовима хуманог папилома вируса (ВР-ХПВ) нужна за настанак цервикалних интраепителијалних неоплазија и рака грлића материце. Пошто до сада није истраживана преваленција инфекције ВР-ХПВ у овом региону, циљ рада је одредити преваленцију инфекције ВР-ХПВ код жена у бањалучкој регији, те утврдити повезаност инфекције са старошћу жена, старошћу при започињању са полним односима и бројем сексуалних партнера. Жене које су позитивне на ВР-ХПВ су раније ступале у први полни однос и имале су више сексуалних партнера него жене које су биле негативне на ВР-ХПВ.

**0,50 x 5 = 2,5 бодова**

- 11. Перендија В, Бабић В. Н, Сибинчић С, Лукић Д.** Намјерни прекид трудноће. У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 31-56

Намјерни прекид трудноће или (Abortus arteficialis), представља прекид трудноће када се трудноћа вјештачки, намјерно и насилно прекида у времену када је плод неспособан за ванматерични живот. Ако се абортус изврши у складу са важећим законским прописима, који регулишу ту област, говоримо о легалним или дозвољеним намјерним прекидима трудноће. Илегални намјерни побачај је онај који се изврши у супротности са важећим законским прописима. Абортус је неспорно проблем присутан у свим земљама свијета и међу женама свих социјално економских категорија. Намјерни прекид трудноће, посебно у земљама у развоју је најчешћи метод контроле рађања. Контрола рађања или планирање породице је наслеђе цивилизације којој припадамо. Спречавање нежељених трудноћа, свакако је боља опција, од намјерног прекида већ насталих нежељених трудноћа. Као резултат слабе контроле и спречавања нежељених зачећа, у земљама у развоју артефицијални абортус је врло честа метода планирања породице. Абортус није логично рјешење дилеме о виду контроле рађања. Он је цивилизацијски и морално најмање прихватљив, прије свега због посљедица које погађају индивидуу и друштво. На микро плану посљедице намјерног прекида трудноће су здравствене, психолошке и социјалне. На макро плану намјерни прекиди трудноћа утичу на смањење плодности и репродуктивног потенцијала становништва. Феномен намјерних прекида трудноће је глобалан депопулацијски проблем. Обзиром да је и код нас као такав

јачо присутан, потребно је на њега утицати у смислу што већег смањења броја нежељених трудноћа.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

**12. Перендија В, Бабић В. Н, Сибинчић С, Лукић Д. Малољетничке трудноће.**

У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 57-70

Малољетничке трудноће дефинишу се као трудноће малољетница или тинејџера које настану у животној доби од 13. – 19. године живота. Овај појам се односи на жене које правно нису достигле зрелост. Правно достизање зрелости се разликује у појединим дијеловима свијета .

Малољетничке трудноће представљају глобални проблем у свијету, присутне су у свим регионима Свијета али у различитим процентима. Сваке године у свијету се породи око 16 000 000 дјевојака животне доби од 15-19 година, што чини око 11 % свих рођених годишње на планети. Око 85% адолесцената живи у земљама у развоју и у неразвијеним земљама. Већина њих постају сексуално активни прије њиховог 20. рођендана. Чак ће се око 49% дјевојака у најмање развијеним земљама удати прије него наврше 18 година а 10% - 40% младих неудатих дјевојака су имале нежељене трудноће. Проблеми везани за малољетничке трудноће Републици Српској као и у окружењу су врло присутни и бројни, неки од њих никада нису ни рјешавани. Како би се сазнао реалан број број малољетничких трудноћа и што више смањено, како би се унаприједили сви сегменти сексуалног и репродуктивног здравља, неопходне су упорне, мултидисциплинарне и дугорочне активности које би отклониле најчешће узроке малољетничких трудноћа. То прије свега подразумјева пр едукацију адолесцената о свим сегментима сексуалног и репродуктивног здравља на свим нивоима школовања, укључујући и едукацију здравствених и просвјетних радника.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

**13. Бабић В. Н, Перендија В, Сибинчић С, Лукић Д. Значај законске регулативе којом се уређују услови и поступак за прекид трудноће. У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 57-70**

Намјерни прекид трудноће има богату и дуготрајну историју, велики друштвени и медицински значаја а вјековно коришћење абортуса као метода контроле рађања, добило је чврсту социјалну димензију. Човјек је одавно схватио неопходност уређивања ове области па су се први закони појавили још у 12 и 13 вијеку као врло рестриктивни. Ови закони се либерализују током 19. вијека а нарочито средином 20 вијека. ФНР Југославија је већ 1952. године донијела закон којим се дозвољавају прекиди трудноће из медицинских разлога и у случају силовања. Одмах послје Техеранске декларације 1968. године, којом се абортуси потпуно либерализују у Југославији се одобравају абортуси на захтјев труднице, Законом који је донијела Скупштина 1969. године. У Босни и Херцеговини први Закон о условима и поступку за прекид трудноће донешен је 1977. године. Овај закон био је на снази читавих 30 година те је због “истражености“ временом, због нових научних и медицинских и технолошких достигнућа 2008. Године донешен нови и осавремењен Закон о условима и поступку за прекид трудноће. Законским регулисањем намјерних прекида трудноће омогућујемо доступност сигурном абортусу свим женама, утичемо на смањење броја абортуса као и на компликације које прате ову интервенцију. Смањење броја нежељених трудноћа и намјерних прекида трудноће представља подизање здравственог и културног нивоа који су од суштинског значаја за одговорно и свјесно планирање породице.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**



- 14. Сибинчић С, Бабић В. Н, Лукић Д, Перендија В. Брачна неплодност.**  
У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља.  
Београд. 2012; с 121-128

Стерилитет или неплодност је немогућност пара да послје годину дана редовних полних односа, без примјене контрацептива остваре зачеће. Свјетска здравствена организација је неплодност дефинисала као болест, а њено лијечење као основно право сваког појединца. Успјех лијечења брачне неплодности подразумјева зумјева за крајњи циљ рођење здравог ђетета. Обзиром на драстичан пад наталитета како на нашим просторима тако и шире у Европи, лијечење брачне неплодности има велики значај. У Европи се данас проблем неплодности јавља као проблем опстанка појединих нација у наредних 50 година. Због података који нам указују на сву драматику ниског наталитета и растуће брачне неплодности, неопходно је повлачити значајне потезе у дијагностици и лијечењу брачне неплодности. Свакако да је превенција најбитнији фактор у очувању како здравља уопште тако и репродуктивног здравља. Превентивне мјере везане за репродуктивно здравље потребно је спроводити још од периода ране адолесценције, кроз едукацију, спречавању полно преносивих о појединца. болења, избегање абортуса, избегавање штетних нокси како за жену тако и за мушкарца. Поред тога неопходно је у случају брачне неплодности обезбједити доступност свим методама лијечења, позивајући се на основно право сваког појединца.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

- 15. Сибинчић С, Бабић В. Н, Лукић Д, Перендија В. Полно преносиве болести (sexually transmitted diseases) – Најчешћа полно преносива обољења у адолесценцији.** У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 129-133

Полно преносиве болести преносе се полним контактом, вагиналним оралним, аналним или путем крви. Најугроженија популација од полно преносивих оболења су управо адолесценти који рано почну са полним односима, не користе адекватну заштиту и често мијењају партнере. Међутим и особе које не мјењају партнера али је партнер промискуитетан, такође ће бити инфициране неком од полно преносивих болести. Често се каже да када ступате у полне односе са једним партнером ступате у односе са свим његовим ранијим партнерима и обрнуто. Инциденција појединих полно преносивих оболења се мијењала кроз вријеме. Некада је сифилис као врло тешка и опасна болест био јако заступљен, такође и гонореја. Данас су те болести срећом прошлост. Међутим сада су неке друге полно преносиве болести као што је хламидија, микоплазма и уреаплазма врло присутне међу адолесцентима и људима у репродуктивној доби. Овим узрочницима заражено је од 20 – 25 % становништва и то најчешће у доби до 25. године живота. Проблем ових инфекција је у томе што поред свакодневних сметњи могу довести до привремене или трајне неплодности. Данас су најчешће заступљена полно преносива обољења узрокована вирусима. Инфекција Хуманим папилома вирусом је најраспрострањенија, претпоставља се да око 90 % људи који имају сексуалне односе дођу у контакт са овим вирусима. Зависно од типа ови вируси могу изазвати полне брадавице како код мушкарца тако и код жене. Поред тога данас се зна да је овај вирус узрочник како премалигних тако и премалигних оболења на вулви, вагини а посебно на грлићу материце, тако да је рак грлића материце други по учесталости рак код жене. Због тога је потребно перманентно проводити мјере примарне превенције која подразумјева едукацију и вакцинацију и мјере секундарне превенције дакле откривање премалигних промјена на оњем гениталном тракту жене помоћу цитологије и колпоскопије. Ове методе представљају врло ефикасан скрининг јер су доступне, јефтине, једноставне и не угрожавају здравље жене. Полно преносиве болести обзиром да представљају јавно здравствени проблем, захтјевају како благовремену и егзактну дијагностику тако и енергично лијечење.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

- 16. Перендија В, Бабић В. Н, Сибинчић С, Лукић Д.** Превенција вертикалне трансмисије ХИВ-а (ПМТЦТ). У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 135-140.

НIV се преноси брзо и лако. Основна три пута преношења вируса са инфициране на здраву особу су: путем сексуалног односа са партнером који је инфициран вирусом, путем крви и крвних деривата и вертикалним преносом са заражене мајке на плод. Вертикална трансмисија може се догодити трансплацентарно прије рођења, перинатално за вријеме порођаја и постнатално за вријеме дојења новорођенчета. Када је у питању вертикални пренос НIV-а, могуће су одређене методе превенције, чиме се стопа преношења вируса значајно смањује. Због тога би превенција преношења ХИВ-а са мајке на дијете ( Preventing Mother –to- child transmission of НIV- РМТСТ) требала да буде дио континуиране неге жена и њихове дјеце заражене НIV-ом. Без превенције ризик од преноса НIV-а са мајке на дијете је 15 – 30 % код популације која не доји, дојењем се ризик повећава на 20 – 45 %. Провођењем превенције ризик од преноса НIV-а са мајке на дијете смањује се на 1 – 2 %.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

- 17. Перендија В, Бабић В. Н, Сибинчић С, Лукић Д.** Планирање породице и плодност жена са ХИВ / АИДС. У: Зборник радова ЕЦПД Међународна школа репродуктивног здравља. Београд. 2012; с 141-147.

Од када се за њу зна, НIV инфекција представља глобални проблем у свијету. Она посебно представља проблем када се зна да је ова инфекција најраширенија међу женама у репродуктивној доби. Женама инфицираних НIV-ом као и потпуно здравим женама треба омогућити испуњење жеље када је у питању рађање. То значи да им треба омогућити да рађају жељену дијецу као и да се активно заштите од нежељених трудноћа. Жене заражене НIV-ом треба да користе сигурно и поуздано контрацептивно средство док не буду спремне за трудноћу. Идеална варијанта је коришћење двојне заштите дакле хормонске контрацепције или IUD и баријерне контрацепције. Прије жељене трудноће потребно је парове са НIV-ом савјетовати о репродукцији. НIV инекција не мора утицати на плодност жене, изузев ако се жена не налази у високом стадијуму имуносупресије и ако испољава симптоме опртунистичке инфекције. Ипак плодност жена заражених НIV-ом мања је у односу на здраву популацију. У сперми мушкараца заражених НIV-ом могу се идентификовати ови вируси без обзира на њихову количину у крви. Неки антиретровирусни лијекови могу негативно утицати на сперматогенезу а мушкарци заражени НIV-ом могу имати полну и еректилну дисфункцију. Трудноћа не утиче на прогресију болести НIV-а или смртност. Међутим код жена које живе са НIV-ом постоји већи ризик од спонтаног побачаја, IUGR, пријевременог порођаја, него код НIV негативних жена.

**0,75 x 5 = 3,75 бодова**

### **Научни рад на научном скупу националног значаја, штампани у цјелини**

- 1. Перендија В.** Примјена антимикуробних лијекова у трудноћи. У : Билтен, II Симпозијум Фармацеутске коморе Републике Српске. Јахорина, 2005: 43-50

Инфекције су још увијек најчешће компликације у трудноћи. Сматара се да је око 14 % трудноћа компликовано различитим инфекцијама. Због тога је врло битно познавати примјену антимикуробних лијекова у трудноћи, како због њиховог дејства на плод, тако и због специфичности инфекција у трудноћи. У случају инфекција у трудноћи могуће су сљедеће последице:

- Неке инфекције немају клинички значај ни по трудницу, ни по плод.
- Неке инфекције могу штетно утицати на мајку а не давати никакве ефекте по плод.

- Неке инфекције могу испољити негативне ефекте само на плод.
- Неке инфекције могу испољити негативно дејство и на мајку и на плод.

Фактори који одређују исход инфекције на плод су: врста, вируленција и број микроорганизама, пут настанка инфекције, стања имуног система мајке, гестацијска старост плода као и стадијум обољења. Због тих разлога неопходно је познавати специфичности антимикробних лијекова у трудноћи, обзиром да се приликом лијечења инфекција у трудноћи пуерперијуму и лактацији, мора водити рачуна о здрављу и плода и мајке. Због тога неопходно је знати када започети са ијечењем, који лијек примјенити и како физиолошке промјене у трудноћи утичу на фармакокинетику, дозирање и нуспојаве ординираних лијека.

**2 бода**

### **Оригинални научни рад у научном часопису међународног значаја**

1. Омерагић Ф, Тулумовић А, Ермина Иљазовић Е, Амела Ацајлић А, Шуко А, Меших Ђогић Ј, **Перендија В**. Use of colposcopy for detection of squamous intraepithelial lesions. Research article. Journal of Health Sciences 2014;4(1):1-5

Увод : Папа тест, као главно средство у откривању рака грлића материце, није увек доступан, али неки пацијенти имају хитну потребу за правилну дијагностику.

Циљ овог чланка је да се испита тачност колпоскопије за детекцију сквамозних интраепителне лезија ниског или високог степена (LG SIL, HG SIL) и да се промовише колпоскопија као користан алат за детекцију пацијената којима је она тренутно потребна за даљу дијагностику.

Материјал и методе: Проспективна мултицентрична студија проведена у БиХ у 2012.-2013. године укључије 87 пацијената са колпоскопским сликама, које се односе на сквамозне интраепителне лезије (SIL). Оне су формирале експерименталну групу: 56 пацијената са колпоскопским сликама, које се односе на LG SIL и 31 пацијената који се односе на HG SIL. Контролна група укључије 50 пацијената без колпоскопски приказаних абнормалности. Да би се тестирала тачност колпоскопије коришћен је ПАПА брис и хистологија. За статистичку анализу је коришћен  $\chi^2$  test.

Резултати :У експерименталној групи 94.5% пацијената су имали абнормалан ПАП тест: 64,3% у корелацији са LG SIL ( $\chi^2 = 60,48$  п <0,0001), док је 64,5% у корелацији са HG SIL ( $\chi^2 = 54,23$  п <0,0001) Odds Ratio = 490; 95% CI = 42,024 да 5713.304). HG SIL је utvrđen у 27 (87%) случајева хистолошки (CIN II / CIN III ) Није било статистички значајне разлике између колпоскопски utvrđenih и хистолошких резултатима (Yates- коригован  $\chi^2 = 0,33$  П = .5637).

Закључак : Ова студија је показала висок степен корелације између резултата колпоскопије и ПАПА а (63-64%) и хистологије за HG SIL (87%). У одсуству ПАП теста, колпоскопије може да буде корисна за одабир пацијената, којима је потребна биопсија.

**0,30 x 10 = 3 бода**

### **Научна монографија националног значаја**

1. Летић Н, Спремо М, Бабић В. Н, **Перендија В**, Вуковић Ј. Проблеми И ризици малољетничких бракова. Омбудсман за дјецу Републике Српске. Бања Лука, 2010. ISBN 978-99955-687-1-9

**0,50 x 10 = 5 бодова**

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

1. Вилендечић Р, **Перендија В**, Вилендечић З. Карцином ендометријума. У : Зборник радова и сажетака XIV Конгреса гинеколога и опстетричара Србије и Црне Горе 2.-5. октобар 2005. Пржно, Србија и Црна Гора, с.163

Карцином ендометријума (КЕ) се јавља у око 75% случајева код жена у постменопаузи. Циљ рада је био да се анализира учесталост и старосна структура оболелих од КЕ, дистрибуција по стадијима-дубина инвазије миометријума, хистолошки тип и градус. Анализа је обухватила пацијенткиње које су од 2000. до 2004. године оперисане због КЕ. Након учињене киретаже, због малигнома тела материце је оперисано 108 пацијенткиња, од којих је најмлађа имала 27, а најстарија 83 године. КЕ је најчешћи у групи пацијенткиња од 61-65. године (25,9%). Са КЕ је 60,2% пацијенткиња имало више од 60 година, а само 7,4% је имало мање од 51. године. Дијабетес је имало 3,1%, хипертензију 43,8%, а хипертензију и дијабетес 22,9% пацијенткиња. Најчешћи хистопатолошки (ХП) налаз (88,0%) добијен киретажом је ендометроидни тип аденокарцинома ендометријума (Г1 у 65,3%, Г2 у 23,2% и Г3 у 11,5%). По ФИГО- класификацији је било 92,7% пацијенткиња са И стадијем болести (Иб- 44,8% и Иц- 47,9%). Хистолошки градус 1 има 60,4%, Г2 30,2% и Г3 9,4% пацијенткиња. При инвазији миометријума до ½ дебљине зида, лезије типа Г1 су присутне у 76,6%, Г2 у 19,1% и Г3 у 4,3%, док је при инвазији > од ½ дебљине зида Г1 присутан у 44,9%, Г2 у 40,8% и Г3 у 14,3%. На КЕ треба мислити и код жена млађих од 45 година. Код свих пацијенткиња водећи симптом је крварење, које их је у 93% довело на лијечење у И стадијуму болести са лезијом Г1 у око 60%. Најважнији појединачни прогностички фактор за КЕ је хистолошки градус

**3 бода**

2. Вилендечић Р, **Перендија В**, Вилендечић З. Перименопаузална крварења. У : Зборник радова и сажетака XIV Конгреса гинеколога и опстетричара Србије и Црне Горе 2.-5. октобар 2005. Пржно, Србија и Црна Гора, с.170

У перименопаузи крварења су најчешће последица дуготрајног дјеловања естрогена., који доводе до хиперплазије ендометријума. Циљ рада је анализа учесталости и узрока крварења код жена у перименопаузи. Анализом је обухваћено 899 пацијенткиња које су лијечене у Клиници од 2000-2002. године због метрорагије у перименопаузи (40- 55 година). Анализирани су патохистолошки (ПХ) налази оперативног материјала. Међу гинеколошким пацијенткињама метрорагија је заступљена са 20,4%, у 78,2% у перименопаузи и 21,8% у постменопаузи (>55 година). У перименопаузалном периоду киретажа је рађена код 82,7%, хистеректомија у 12,2%, а конзервативни третман је проведен код 5,1% пацијенткиња. Најчешћа ПХ дијагноза је Hyperplasia endometrii (53,7%), Uterus myomatosus (11,5%), дисфункционални ендометријум (10,8%) и polypus endometrii (7,3%), док је adenocarcinoma endometrii заступљен са 1,65%. У постменопаузи најчешћи узрок метрорагије је adenocarcinoma endometrii (27,7%). На основу ПХ налаза узроци крварења су у 67,4% дисфункционални, у 32,6% органски, а код 1,3% материјал је неадекватан за анализу. Најчешћи дисфункционални узрок је хиперплазија ендометријума (80,6%). Међу хиперплазијама најчешћа је гландуларна хиперплазија (90,5%). Од органских узрока најчешћи узрок крварења је uterus myomatosus (36%) и polypus endometrialis(23,9%), док је adenocarcinoma endometrii узрок у 5,1% а Са planocellulare cervicis у 3,2%. У испитиваном периоду карцином ендометријума је нађен у 23,4% случајева перименопаузе и 76,6 % постменопаузе. Није нађен у пацијенткиња млађих од 45 година. Код пацијенткиња са метрорагијом, ако су старије од 45 година, поред других дијагностичких метода, треба урадити и дијагностичку киретажу.

**3 бода**

- 3. Јованић Н, Лазић Н, Перендија В.** Metabolic syndrome in menopausal obese women 12th World Congress on the Menopause, Book of Abstracts, p. 113. May 19th to 23rd 2008, Madrid, Spain.

Менопаузалне жене имају повећан ризик од развоја метаболичког синдрома, веће шансе да развију Диабетес меллитус тип ИИ и кардиоваскуларне болести мада је инциденца метаболичког синдрома нижа него у западним земљама. Хипертензија и дислипидемија су статистички значајне код менопаузалних гојазних жена па је потребно у менопаузи прилагодити стил живота (дијете, свакодневно вјежбање итд) уз контролу крвног притиска и липидног статуса.

**3 бода**

- 4. Јованић Н, Перендија В, Лазић Н.** Transvaginal sonography in postmenopausal breast cancer patients receiving Tamoxifen. 12th World Congress on the Menopause, Book of Abstracts, p. 68. May 19th to 23rd 2008, Madrid, Spain.

Ретроспективно је анализиран ендометријум код 200 постменопаузалних жене сличних по доби, паритету, трајању менопаузе и БМИ, а које нису имале никакву симптоматологију. Стотину од њих је било на терапији тамоцифеном (20 мг/дан), а других стотину у посљедњих шест мјесеци до годину дана нису узимали никакву хормонску терапију. Свим пацијенткињама које су имале ендометриј дебљи од 5 мм рађена је хистероскопија, дилатација и киретажаи ПХ анализа. Ендометријални полипи су били чешћи у тамоцифенској групи, а нађена су и два ендометријална карцинома док је у контролној групи нађен само један ендометријални карцином.

**3 бода**

- 5. Перендија В, Вилендечић Р, Јованић Н, Граховац С.** Artificial abortions across three decades et the Obstetrics and Gynecology clinic in Banja Luka. Book of Abstracts, 10th ESC seminar Unwanted pregnancy or abortion, p. 40; Belgrade, 2009.

Постоје различите методе и технике контроле рађања, а једна од најчешћих у нашој земљи је артефицијални абортус. У овом раду урађена је ретроспективна анализа укупног броја абортуса и порођаја у дванаестгодишњем периоду. Нађен је драстичан пад артефицијалних абортуса у посљедњој декади ХХ и почетком ХХИ вијека који је посљедца великог броја абортуса урађених у приватним ординацијама који нису регистровани и пријављени.

**0,75 x 3 = 2,25 бодова**

- 6. Перендија В, Вилендечић Р, Јованић Н, Бабић, Граховац С.** Contraception in birth control. Book of abstracts, 10th ESC Seminar Unwanted pregnancy or abortion; Belgrade, 18-1 September 2009; p.40-2

Контрацепција је веома важан сегмент контроле рађања. Постоје два важна фактора у индивидуалном планирању породице: први је мотивација која је зависна од различитих фактора као што су едукација, стил живота, традиција, религија и други је правилна употреба контрацептивних метода. У периоду од 5 година у проспективној студији анализирано је 840 пацијенткиња које су долазиле на КГА Бања Лука ради намјерног прекида трудноће. Од овога броја 71% је већ имало један или више намјерних прекида трудноће. Од укупног броја 60% пацијенткиња није никада користило никакав вид контрацепције. Остале пацијенткиње које су користиле контрацепцију најчешће су ишле на прекинути сношај (40,5%), неплодне дана (30%), кондом 14%, ИУУ 8,6%, хормонску контрацепцију 6,2% итд. Потребна је потпуна модернизација едукативног система у овој области како у школама тако иу породицама у којима се мора отворено разговарати о овим проблемима.

**0,50 x 3 = 1,5 бодова**

7. Антонић З, Лучић Н, Ећим В, Граховац С, Јевтовић Р, Драгановић Д, Чанчаревић-Ђајић Б, **Перендија В**, Говедаровић А. Review of results of positive lymph node findings in case of invasive carcinoma of vulva after radical vulvectomy. XIX FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics. Abstract Book; Cape-Town, South Africa, 4-9 October 2009, s 688.

Циљ рада је, да покаже резултате позитивних лимфних чворова у радикалној вулвектомији у лечењу инвазивног рака вулве упоређивањем са клиничким стадијумом рака вулве.

Материјал и методе: У нашем истраживању, лијечили смо жене које су имале радикалану вулвектомију, у периоду од 1997. до маја 2008. године, код којих је дијагностификован рак вулве. У нашој ретроспективној студији користили смо медицинску документацију, хируршке процедуре, патохистолошке анализе наших пацијената. Фиго класификација је коришћена у клиничком стадијуму инвазивног рака вулвае.

Резултат рада :У нашем истраживању смо имали 25 радикалних вулвектомија, где смо нашли 76% пацијената преко 60 година старости. У 36% третираних жена пронашли смо метастазе у лимфним чворовима. У првом клиничком стадијуму болести нашли смо 16.67% позитивних уклоњених лимфних чворова, и у литератури, тај проценат је од 5-10.5%. У другом стадијуму смо регистровали 41.17% пацијената са метастазама у лимфних чворова, где са друге стране коришћена литература описује метастазе у лимфним чворовимата у другом стадијуму у 18.5-29.8% случајева. У трећем клиничком стадијуму смо имали 2 пацијента са позитивним лимфним чворовима, тј. 100%, а у складу са медицинским истраживањима и резултатима, тај проценат је 60-66% у наведеном стадијуму. Повећан проценат метастаза у нашем истраживању у односу на друге ауторе, резултат је нередовних контрола код гинеколога, бројних гениталних инфекција, социјалних и економских проблема, те промене сексуалних партнера.

Закључак :Наша искуства у лијечењу рака вулве показују да радикална вулвектомија има централно место у лијечењу ове болести. Процент преживљавања ових пацијената је очито већи, ако је болест откривена у раним фазама, тако да је неопходно да се обухвате све дијагностичке и терапеутске методе у лечењу канцера вулве.

**0,30 x 3 = 0,9 бодова**

### **Научни рад на скупу националног значаја, штамапан у зборнику извода радова**

1. **Перендија В**, Вилендечић Р, Вилендечић З. Конизација у третману преинвазивних промјена на грлићу материце у КГА Бањалука. Конгрес доктора медицине Р.С. Бања Врућица Теслић, 2007; Scr Med 2007; 1 (1 suppl); 113-4.

Циљ рада је ретроспективна анализа патохистолошких дијагноза (ПХД) након конизација грлића материце у Клиници за гинекологију и акушерство Бања Лука (КГА) од 2001-2005. Од 267 пацијенткиња са учињеном конизацијом, код 237 (88,7%) је урађена након претходне биопсије, због Х СИЛ промена у 97,0% случајева и у 7 (3,0%) из других разлога. Ова операција је најчешће рађена код пацијенткиња у доби од 36. до 40. године живота. Сквамозне интраепителијалне лезије високог ризика (Х СИЛ) након биопсије су потврђене конизацијом у 86,8% случајева, а код конизација без претходне биопсије, Х СИЛ промене су нађене у 23,3% случајева. ПХД након биопсије и конизације су биле подударне у 54,4% случајева. Од 237 конизација код 13 (5,5%) случајева нађене су инвазивне лезије, најчешће (30,7%) у доби од 41. до 45. године живота. Конизацији грлића материце обавезно треба претходити биопсија, како би се избјегле непотребне конизације, а тиме и компликације које их могу пратити.

**1 бод**

**2. Перендија В, Јованић Н, Вилендечић Р.** Да ли су различити ставови према планирању породице између пацијенткиња и акушерских сестара? Књига сажетака, II Конгрес гинеколога и перинатолога у Босни и Херцеговини; Сарајево, 01-03.10.2009 с. 62-3.

Циљ овога рада је био анализирати ставове и утврдити евентуалне разлике између 220 пацијенткиња које су дошле на КГА ради намјерног прекида трудноће и 22 акушерске сестаре запослене на КГА према порођајима, абортусима, кориштењу контрацепције, врсти контрацепције и познавању одређених контрацептивних метода. Акушерске сестре су знатно боље упознате са контрацептивним методама у односу на пацијенткиње. Оне имају веће знање, али још увијек недовољно да би измјенили неке своје ставове и да би позитивно утјецале на пацијенткиње. Познавање и кориштење метода планирања породице је незадовољавајуће без обзира на старост, ниво образовања и врсту професије код свих испитаница. Потребна је континуирана медицинска едукација акушерских сестара те њихова мотивација како би се унаприједило њихово професионално ђеловање на пољу репродуктивног здравља..

**1 бод**

**3. Перендија В, Вилендечић Р, Јованић Ј, Капур Хебибовић А, Тубић Бановић М.** Адолесценти и контрацепција. Књига сажетака, II Конгрес гинеколога и перинатолога у Босни и Херцеговини; Сарајево, 01-03.10.2009 с. 117 – 8

Циљ истраживања је испитивање познавања контрацептивних средстава и њиховог кориштења у популацији касних адолесцената. Истраживање је проведено међу 458 студенткиња прве године студија на Универзитету у Бања Луци. Полне односе је имало 65% испитаница, а просјечна старост приликом првог односа износила је 17,5 година. Само 5% студенткиња које имају редовне полне односе користи контрацептивне таблете. На темељу истраживања међу гинекологима дошло се до закључка да су недовољно знање и конзервативни ставови гинеколога битан разлог ниске стопе употребе модерне и ефикасне контрацепције и посљедично високе стопе намјерних прекида трудноће.

**0,30 x 1 = 0,30 бодова**

Радови послје последњег избора/реизбора

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

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА:**

**93.2 бодова**

**г) Образовна дјелатност кандидата:**

Образовна дјелатност послје последњег избора/реизбора

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

**Квалитет педагошког рада на Универзитету**

Владимир Перендија, специјалиста гинекологије и акушерства, запослен на Клиници за гинекологију и акушерство Клиничког центра у Бањој Луци, учествује у настави студената студијског програма Медицина и Здравствена њега у практичном дијелу наставе. Показао је смисао за педагошки рад и спремност за прихватање нових педагошких приступа у извођењу вјежби и семинара.

**4 бода**

Образовна дјелатност послје последњег избора/реизбора

*(Навести све активности (публикације, гостујућа настава и менторство) и број бодова сврстаних по*

категоријама из члана 21.)

УКУПАН БРОЈ БОДОВА:

4 бода

**д) Стручна дјелатност кандидата:**

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

**Реализован национални стручни пројект у својству сарадника на пројекту**

1. Мирена и њена терапијска вриједност, Консенсус стручне скупине Диздаревић Ј, Кендић С, Мехмедбашић С, Вилендечић Р, Годињак З, Шерак И, Томић В, Бегић С, Марковић З, **Перендија В**, Сарић С, Талић А, Шаран М, Капур Хебибовић А. Shering AG, Сарајево, БиХ, Неум 2006. 1 бод
2. Репродуктивно здравље у Републици Српској  
Пројекат Академије наука и умјетности Републике Српске, 2008 – 2010. 1 бод
3. Комбинована примјена ПАП-а и ХПВ ДНК тестирања у скринингу карцинома грлића материце - ПАП-а + ХПВ ДНК  
Пројекат Фонда здравствене заштите Републике Српске, 2009 – 2011. 1 бод
4. Тумори женских полних органа  
Јованић Н, **Перендија В**, Бокан М.  
Фонд здравственог осигурања Републике Српске, 2010. 1 бод
5. Репродуктивни потенцијал адолесцената у Републици Српској  
Академија наука и умјетности Републике Српске, 2010. 1 бод
6. Дијагностичко-терапијски водич за најчешћа неправилна крварења из материце: менорагије и дисфункционалне метрорагије. Консенсус стручне скупине. Бабић Н, Диздаревић Ј, Фатушић З, Изетбеговић С, Јованић Н, Кендећ С, Мехмедбашић С, Вилендечић Р, Дрљевић К, Гутић Ј, Омерагић Ф, Томић В, Шерак И, Бушић И, **Перендија В**, Марковић З, Шукало А. Бауер д.о.о. Сарајево, 2011. 1 бод

**Реализован међународни стручни пројект у својству сарадника на пројекту**

1. Подршка дојењу у Републици Српској - Baby friendly hospital  
Пројекат UNICEF- а и Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, 1998. год 3 бода
2. Међународна љетна школа: Промоција и здравствена заштита репродуктивног здравља, ЕЦПД (Европски центар за мир и развој Универзитета за мир Уједињених нација), Милочер, 2010.год. 3 бода



3. Међународна љетна школа: Промоција и здравствена заштита репродуктивног здравља, ЕЦПД (Европски центар за мир и развој Универзитета за мир Уједињених нација), Милочер, 2011.год. **3 бода**
4. Међународна љетна школа: Промоција и здравствена заштита репродуктивног здравља, ЕЦПД (Европски центар за мир и развој Универзитета за мир Уједињених нација), Милочер, 2012.год. **3 бода**
5. Превенција трансмисије ХИВ-а са мајке на дијете (ПМТЦТ) УНДП и „Партнерство за здравље“ 2012. год. **3 бода**
6. Међународна љетна школа: Промоција и здравствена заштита репродуктивног здравља, ЕЦПД (Европски центар за мир и развој Универзитета за мир Уједињених нација), Милочер, 2013.год. **3 бода**
7. Мапирање доступности услуга и здравственог особља у домену превенције рака грлића материце и сексуалног и репродуктивног здравља у Босни и Херцеговини Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарство здравства ФБиХ, Одјела за здравство и остале услуге Дистрикта Брчко, Популациони Фонда Уједињених Нација/УНФПА, Институт /Завод за јавно здравство Федерације БиХ и Републике Српске, Дом Здравља Брчко и Partnerships in Health 2013.god **3 бода**
8. Ситуациона анализа на имплементацију програма скрининга за рак дојке и рак грлића материце у Босни и Херцеговини. United Nations Population Found ( UNFPA), Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарство здравства Федерације Босне и Херцеговине Одјељење за здравство Владе Брчко дистрикта, 2013. год. **3 бода**
9. Тренинг на развој и имплементацију клиничких водила заснованих на доказима у сексуалном и репродуктивним здрављу. United Nations Population Fund (UNFPA ), Федерално министарство здравства, Институт за јавно здравство Републике Српске, Влашић 2014 **3 бода**
10. V Међународна летња школа: Промоција и здравствена заштита репродуктивног здравља – „Репродуктивна медицина као начин решавања демографских проблема.” European Center for Peace and Development (ECPD), University for Peace established by the United Nations , Милочер 2014. **3 бода**

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

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА:**

**36 бодова**

**УКУПАН БРОЈ БОДОВА: 93,2 + 4 + 36 = 133,2 бодова**

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

<b>Дјелатност</b>	<b>Прије посљедњег избора</b>	<b>Послије посљедњег избора</b>	<b>Укупно</b>
<b>Научна дјелатност кандидата</b>	<b>93,2</b>	<b>-</b>	<b>93,2</b>
<b>Образовна дјелатност кандидата</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b>Стручна дјелатност кандидата</b>	<b>36</b>	<b>-</b>	<b>36</b>
<b>Укупно:</b>	<b>133,2</b>	<b>-</b>	<b>133,2</b>

## II. ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

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

Чланови комисије су закључили да кандидат мр Владимир Перендија, испуњава све услове за избор у звање вишег асистента предиђене чланом 147 Закона о високом образовању Републике Српске и чланом 9 Закона о измјенама и допунама Закона о високом образовању Републике Српске и чланом 135 Статута Универзитета у Бањалуци.

На основу свега напријед изнесеног, чланови Комисије предлажу Наставно – научном вијећу Медицинског факултета у Бањалуци да магистар медицинских наука Владимир Перендија ( 133,2 бодова) буде изабран у звање вишег асистента за ужу научну област Гинекологија и опстетриција на Медицинском факултету Универзитета у Бањалуци, студијски програм – Медицина и Здравствена њега

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

У Бањој Луци, Београду:  
20.02.2015.године

Потпис чланова комисије

1. Др Весна Ећим-Злојутро, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, предсједник

Prof. dr sc.  
Ećim-Zlojutro Vesna

2. Др Раде Вилендечић, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Бањалуци, члан

Prof. dr sc.  
Vilendecic dr Rade  
Ginekolog

3. Др Милица Берисавац, редовни професор, ужа научна област гинекологија и опстетриција, Медицински факултет Универзитета у Београду, члан

Prof. dr msd sc.  
Berisavac

