

Predmet: Izveštaj komisije o izrađenoj doktorskoj disertaciji kandidata Ass. Dr Bobane D. Milojković Vlačić

Odlukom Nastavno-naučnog veća Medicinskog fakulteta u Nišu, broj 06-KM-109/09 sa sednice održane 24.6.2015.godine, a na predlog odbora za Poslediplomsku nastavu, prihvaćen je izveštaj mentora prof. dr Gorana Stanojevića o izrađenoj doktorskoj disertaciji doktoranda Bobane D. Milojković, studenta DAS - klinička medicina iz Niša, pod odobrenim naslovom:

„Komparativna analiza rezultata lečenja karcinoma rektuma metodama totalne mezorektalne ekscizije i transekcije mezorektuma“

Na istoj sednici Nastavno-naučnog veća imenovana je komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacije u sastavu:

Prof. dr Miroslav Stojanović, predsednik
Prof. dr Goran Stanojević, mentor i član
Prof. dr Zoran Krivokapić, član sa Medicinskog fakulteta u Beogradu

Imenovana komisija nakon detaljnog pregleda urađene doktorske disertacije podnosi sledeći

IZVEŠTAJ

I. Opšti podaci

Tema za izradu doktorske disertacije Ass.dr Bobane D. Milojković Vlačić, odobrena je rešenjem Nastavno-naučnog veća Medicinskog fakulteta u Nišu br. 04-KM -109/09, od 22.01.2015. godine, odnosno, odlukom Naučno-stručnog veća Univerziteta u Nišu br. 8/19-01-001/15-008. od 22.01.2015. god. Doktorand je svoje istraživanje obavio na Klinici za Opštu hirurgiju Kliničkog centra Niš u periodu od juna 2013. do decembra 2014. godine.

II. Odnos izrađene doktorske disertacije prema prijavljenoj i odobrenoj temi

Sadržaj istraživanja doktorske disertacije poseduje sve neophodne elemente, koji su na adekvatan način raspoređeni u poglavlja u skladu sa Repozitorijumom i pravilnikom Univerziteta u Nišu o pisanju doktorske disertacije. Sadržaj teze u skladu je sa naslovom doktorske disertacije, ciljevi i metodologije nisu menjani tokom sprovođenja istraživanja, rezultati do kojih se došlo potkrepljeni su podacima iz literature, pa su izvedeni značajni zaključci.

III. Tehnički opis disertacije

Doktorska disertacija napisana je na 132 strane i sastoji se iz osam poglavlja: uvoda, hipoteze, ciljeva, metodologije, rezultata, diskusije, zaključaka i literature.

Disertacija sadrži 42 tabela, 36 slika i 218 bibliografskih jedinica.

IV. Sadržajna struktura doktorske disertacije

Izrađena doktorska disertacija predstavlja originalan i samostalan naučno-istraživački rad, ciljevi su proistekli kao rezultat proučavanja literature na zadatu temu, jasno su definisani i u potpunosti odgovaraju zadatoj temi.

Uvod

Kolorektalni karcinom (CRC) predstavlja značajan medicinski problem širom sveta, uprkos velikom napretka u lečenju i lokoreginalnoj kontroli bolesti. CRC predstavlja treći vodeći uzrok oboljevanja, iza karcinoma pluća i karcinoma dojke. Godisnje od CRC oboli oko 1,2 miliona ljudi. Poslednih godina se intenzivno radi na unapređenju prevencije, dijagnostike i hirurške tehnike, međutim, ukupno preživljavanje je i dalje nezadovoljavajuće, jer samo 50% pacijenata živi pet godina nakon potencijalno kurativne resekcije.

Skrining opšte populacije ima važnu ulogu, jer omogućava prevenciju nastanka bolesti sa jedne strane, a sa druge rano otkrivanje tumora, u stadijumu kada su šanse za izlječenje najveće i izvesne.

Dokazano je da su mnogi faktori direktno ili indirektno povezani sa nastankom CRC-a.

Godine, lična istorija prethodnih tumora debelog creva ili adenomatoznih polipa, porodična istorija tumora debelog creva, hronična zapaljenjska oboljenja creva (uključujući ulcerozni kolitis i Kronovu bolest), kao i prisustvo bilo HNPCC ili FAP smatraju se potvrđenim faktorima rizika za nastanak kolorektalnog karcinoma.

Rezultati operativnog lečenja karcinoma rektuma procenjuju se kroz učestalost komplikacija i preživljavanje operisanih bolesnika.

Hirurško lečenje predstavlja najvažniju kariku u lečenju pacijenata sa karcinomom rektuma. Odluka o vrsti hirurške intervencije i tipu mezorektalne ekscizije, tj totalna mezorektalna ekscizija -TME ili transsekcija mezorektuma - PME, zavisi od više faktora, pre svega, od lokalizacije tumora i stadijuma bolesti. Za tumore distalne trećine rektuma (2-8 cm) metoda izbora je TME. Kod tumora srednje trećine rektuma (8-12 cm) moguće je raditi PME. Za tumore rektuma položene na 12-15 cm iznad anokutane linije, PME je metoda izbora.

Uvođenjem TME kao metode, a potom i PME došlo je do napretka u hirurškoj tehnici, a samim tim i do boljih rezultata i lokoregionalne kontrole bolesti.

TME je operacija koju prati veliki broj anastomotskih komplikacija, od kojih je najznačajnija i najopasnija dehiscencija anastomoze, dok su ove komplikacije ređe kod viših anastomoza, naročito intraperitonealnih, tj. kod tumora proksimalne trećine rektuma.

Kod intraperitonealnih malignih tumora rektuma mora se voditi računa da mezorektum bude reseciran najmanje 1-2 cm niže od ekscizije samog zida rektuma zbog planiranja anastomoze na nivou ostatka distalnog mezorektuma, sa ciljem da se izbegne segment bez vaskularizacije, što je vrlo čest slučaj nakon TME kod niskih tumora. Ujedno je to i najčešći razlog dehiscencije anastomoza.

Što je anastomoza bliza anusu, učestalost dehiscencije se povećava, tako da je incidenca dehiscencija anastomoze manja kod pacijenata kod kojih se izvodi PME u odnosu na pacijente sa TME.

Važnost očuvanja vegetativnih nerava tokom totalne mezorektalne ekscizije zbog karcinoma rektuma se ogleda u poboljšanju ukupnog kvaliteta života bolesnika operisanih zbog karcinoma rektuma. Očuvanje karličnih vegetativnih nerava je uvedeno u hiruršku praksu istovremeno sa uvođenjem TME, međutim, do povreda nerava značajno češće dolazi nakon TME u odnosu na PME.

Ukoliko se poštuju osnovni postulati TME, u smislu oštredisekcije, pod kontrolom oka, izbegava se rizik od većeg krvarenja, a ukoliko se prati ispravna, avaskularna disekciona ravan, rizik od povreda vegetativnih nerava je minimalan.

Takođe, ovo je značajno po pitanju onkološke radikalnosti, te se dobija dobar operativni preparat i čuva se sfinkterni aparat.

U literaturi je vrsta operativnog zahvata predstavljena kao značajan faktor postoperativnih funkcionalnih rezultata, shodno tome postoje značajne razlike između pacijenata kod kojih se radi TME i onih sa PME.

Pojava lokalnog recidiva karcinoma rektuma posle TME i PME, najvećim delom zavisi od karakteristika samog tumora. Najveći procenat recidiva se javlja kod ulceroinfiltrativne forme tumora 26,3%, dok je najmanji kod egzofitne intraluminalne forme i kod tumora koji su manji od 3 cm, kada iznosi 10,8%, a sa stadijumom bolesti raste i učestalost lokalnog recidiva i u trećem stadijumu iznosi 40%.

Postoperativno praćenje je neophodno u otkrivanju lokalnog recidiva. Ukoliko se lokalni recidiv otkrije u ranoj fazi, mogućnosti izlečenja su značajno veće.

U slučajevima kada je neophodno uraditi TME, prevashodno kod niskih karcinoma, ona predstavlja zlatni standard, ali imajući u vidu da su rezultati lečenja karcinoma rektuma metodom PME zadovoljavajući, treba razmotriti primenu PME kod karcinoma srednje lokalizacije u odabranim slučajevima, kada je to onkološki opravdano.

Hipoteza

1. Kod bolesnika sa karcinomom srednje trećine rektuma, postoje uslovi za transekciju mezorektuma, jer postoji distanca od 5 cm ispod tumora, dovoljna za preveniranje zaostajanja malignih depozita u distalnom mezorektumu
2. Nema značajne razlike u procentu pojave lokalnog recidiva između pacijenata kod kojih se izvodi TME i niska anastomoza i onih sa PME i visokom anastomozom.
3. Stadijum bolesti predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak lokalnog recidiva
4. TME je operacija koja je praćena velikim brojem anastomotskih komplikacija, od kojih je najopasnija i najznačajnija, dehiscencija anastomoze, dok su ove komplikacije u značajnom procentu manje kod viših anastomoza, tj. kod pacijenata kod kojih se radi PME.
5. Visina anastomoze predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak dehiscencija.

Poglavlje **Cilj rada**, koncipirano je sa sledećim zadacima:

1. Odrediti demografske karakteristike pacijenata hirurški lečenih zbog karcinoma rektuma metodama totalne mezorektalne ekscizije i transekcije mezorektuma.
2. Utvrditi preoperativno lokalizaciju karcinoma, TNM stadijum i broj preoperativno zračenih pacijenata.
3. Utvrditi i uporediti broj pacijenata u ispitivanim grupama kod kojih je došlo do pojave dehiscencije i stenoze anastomoze.

4. Utvrditi i uporediti broj pacijenata u ispitivanim grupama kod kojih je došlo do pojave lokalnog recidiva.
5. Utvrditi i uporediti broj pacijenata u ispitivanim grupama kod kojih je došlo do povrede nerava.
6. Analizom varijanse utvrditi faktore rizika za nastanak dehiscencije i lokalnog recidiva .
7. Odrediti broj nespecifičnih komplikacija u ispitivanim grupama.
8. Utvrditi i uporediti broj pacijenata u ispitivanim grupama sa lokalizacijom karcinoma u srednoj trećini rektuma kod kojih je došlo do pojave specifičnih i nespecifičnih komplikacija.
9. Odrediti preživljavanje bolesnika u ispitivanim grupama.

U poglavlju **Metod rada i pacijenti**, opisan je metodološki pristup korišćen u izradi doktorske disertacije.

Istraživanje je obavljeno na Klinici za Opštu hirurgiju kao prospektivna klinička studija kojom je obuhvaćeno 84 bolesnika sa karcinomom rektuma u donjoj, srednjoj i gornjoj trećini, operisanih metodama totalne mezorektalne ekscizije (N-51) i transsekcije mezorektuma (N-33).

Kod svih pacijenata preoperativno su urađena potrebna ispitivanja u cilju postavljanja dijagnoze i utvrđivanja proširenosti bolesti (klinički pregled, kolonoskopija sa biopsijom promene i patohistološkom analizom, ultrazvuk abdomena (UZ), kompjuterizovana tomografija , (MSCT) učinjen je u svrhu utvrđivanja lokalne uznapredovalosti bolesti, magnetna rezonanca (NMR), rentgenski pregled srca i pluća. Kod svih pacijenata preoperativno su registrovani parametri od značaja za ishod operativnog lečenja: pol, godine starosti obolelih, prisustvo udruženih bolesti (kardiovaskularne bolesti, šećerna bolest, hronična opstruktivna bolest pluća, neurološke bolesti, sekundarna anemija), indeks telesne mase (BMI – *body mass index*).

Kod svih bolesnika je preoperativno verifikovan i patohistološki dokazan adenokarcinom rektuma, lokalizacija i stadijum bolesti (TNM). Pre početka operacije je kod svih pacijenata rektoskopom merena distanca tumora od anokutane linije i određena lokalizacija tumora u odnosu na anokutanu liniju. Mehanička preoperativna priprema debelog creva je učinjena kod svih pacijenata. Postoperativno pacijenti su praćeni do 18 meseci, redovnim tromesečnim pregledima.

Intraoperativno su registrovani lokalizacija tumora (distalni, srednji ili proksimalni deo rektuma), eventualno postojanje intraabdominalne diseminacije bolesti (karcinoza peritoneuma, metastaze u jetri), lokalne uznapredovalosti bolesti (makroskopski prisutna infiltracija seroze i/ili peritoneuma i okolnih organa), prisustvo drugih patoloških stanja u trbušnoj duplji (holelitijaza, ciste ovarijuma itd) i eventualnih drugih tumora debelog creva.

Mehanička preoperativna priprema debelog creva je učinjena kod svih pacijenata. U postoperativnom toku registrovana je pojava nespecifičnih komplikacija (intraabdominalno krvarenje, srčane komplikacije, ileus, tromboembolijske komplikacije) i specifičnih (dehiscencija

anastomoze, stenoza, genitourinarna disfunkcija nastala zbog povrede vegetativnih nerava, recidiv tumora i komplikacije stoma) komplikacija. Za procenu genitourinarne disfunkcije korišćen je Internacionalni prostate simptom skor (IPSS).

U slučajevima kada se posumnjalo na postojanje lokalnog recidiva, na osnovu simptoma i kliničkog pregleda, korišćene su analize tumorskih markera (CEA i Ca 19-9), CT abdomena i male karlice najmanje jednom u toku praćenja, EHO abdomena i MSCT. Klinički parametri dehiscencije anastomoze bili su definisani pojavom gnojnog ili fekalnog sadržaja na mestu drena, pelvičnog apscesa, peritonitisa, rektovaginalne fistule ili pojavom gnojavog sadržaja iz rektuma. Kod obolelih sa niskim kolorektalnim anastomozama digitorektalni pregled činio je sastavni deo pregleda u detekciji eventualne dehiscencije anastomoze.

Na osnovu predložene metodologije dobijeni su rezultati koji su prikazani tabelarno i grafički. Dobijeni rezultati su obrađivani standardnom metodologijom deskriptivne i analitičke statistike.

Rezultati

Ispitivanjem opštih karakteristika bolesnika, nije utvrđena statistički značajna razlika bolesnika u odnosu na tip mezorektalne ekscizije. Bolesnici su bili približno istih godina starosti, telesne težine, telesne visine i indeksa telesne mase u ispitivanim grupama.

Utvrđena je statistički značajna razlika u tipu primenjene metode mezorektalne ekscizije u odnosu na lokalizaciju karcinoma. Nije postojala razlika u stadijumu tumora, prema TNM klasifikaciji u odnosu na primenjenu metodu kod ispitivanih bolesnika. U obe ispitivane grupe dominira T3 stadijum bolesti.

Rezultati pokazuju statistički značajnu razliku u primeni zračenja u odnosu na ispitivane hirurške metode.

Utvrđeno je da se dehiscencije češće javljaju kod pacijenata kod kojih je rađena TME u odnosu na pacijente sa PME. Rezultati disertacije pokazuju da nije bilo statistički značajne razlike u pojavi recidiva u ispitivanim grupama. Takođe je utvrđeno je da ne postoji značajna razlika u pojavi stenoze u ispitivanim grupama.

Analiza podataka pokazala je statistički značajno češću pojavu povrede nerava i posledične genitourinarne disfunkcije kod bolesnika u TME grupi u odnosu na PME.

Iako je procentualno više bolesnika u grupi PME imalo nespecifičnu komplikaciju, u odnosu na TME grupuova razlika nije statistički značajna. Utvrđeno je da nemaznačajne razlike u mortalitetu u odnosu na tip mezorektalne ekscizije. Binarnom logističkom regresijom su dodatno analizirani: povezanost lokalizacije tumora i tipa mezorektalne ekscizije sa pojavom dehiscencije i utvrđeno je da je lokalizacija statistički značajan nezavisni faktor rizika za nastanak dehiscencija, kao i tip mezorektalne ekscizije, iz čega proizilazi da visina anastomoze predstavlja najznačajniji nezavisni faktor rizika za nastanak dehiscencije anastomoze. Rezultati su pokazali da je stadijum tumora statistički značajan nezavisni faktor rizika za nastanak recidiva.

Analiza rezultata lečenja pacijenata sa karcinomom rektuma u srednjoj trećini, pokazala je da se

dehiscencije češće javlja u grupi TME, u odnosu na PME grupu, a pojava recidiva kod operisanih bolesnika sa karcinomom u srednjoj trećini rektuma nije zavisila od tipa mezorektalne ekscizije, već samo od stadijuma tumora.

Ispitivanjem pojave specifičnih komplikacija kod bolesnika sa karcinomom rektuma u srednjoj trećini utvrđeno je da se one javljaju češće u grupi TME, ali bez statističke značajnosti.

Pojava nespecifičnih komplikacija je bila ujednačena u ispitivanim grupama sa lokalizacijom karcinoma u srednjoj trećini rektuma.

Analizom podataka nije registrovana značajna razlika u preživljavanju između pacijenata kod kojih se radi TME i PME tokom perioda praćenja

Poglavlje **Diskusija** daje detaljnu analizu rezultata sprovedenog istraživanja, u odnosu na dostupne podatke drugih autora, gde se konstatuje da su dobijeni rezultati u korelaciji sa svim dostupnim podacima u literaturi.

U poglavlju **Zaključak**, u sedamnaest najznačajnijih tačaka su navedeni zaključci istraživanja:

1. Analizom opštih karakteristika bolesnikau ispitivanim grupama, nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu na tip mezorektalne ekscizije ($p=NS$).
2. Utvrđena je statistički značajna razlika u tipu primenjene mezorektalne ekscizije u odnosu na lokalizaciju karcinoma ($Hi2=50, p<0,01$).
3. Analizom stadijuma tumora i tipa mezorektalne ekscizije nije utvrđena značajna razlika između ovih parametara ($Hi2=1,7, p=NS$).
4. Analiza primene zračenja u ispitivanim grupama je pokazala značajno češću primenu zračenja kod bolesnika u TME grupi ($Hi2=13,7, p<0,01$).
5. Dehiscencija se javila kod 6 pacijenata (7,1%) u obe ispitivane grupe. U grupi TME do dehiscencije anastomoze je došlo kod 5(9,8%) pacijenata, a u grupi PME kod 1(3,0%) pacijenta. Utvrđeno je da se dehiscencije češće javljaju kod pacijenata kod kojih je rađena totalna mezorektalna ekscizija u odnosu na pacijente sa transsekcijom mezorektuma.
6. Do pojave stenozе anastomoze je došlo kod 3(3,6%) pacijenta: u grupi TME stenoza se javila kod 2(3,9%) pacijenta, a u grupi PME kod 1 (3,0%) pacijenta. Ne postoji statistički značajna razlika u pojavi stenozе u ispitivanim grupama ($p=NS$)
7. Do pojave recidiva došlo je kod 7(8,3%) pacijenata u ispitivanim grupama, kod 5 pacijenata (9,8%) u grupi TME, a kod 2(6,1%) pacijenta u grupi PME. Pojava recidiva bolesti kod operisanih bolesnika nije zavisila od tipa primenjene mezorektalne ekscizije. Nije bilo statistički značajne razlike u pojavi recidiva u ispitivanim grupama ($Hi2=0,7, p=NS$).

8. Utvrđena je statistički značajno češća pojava povrede nerava i genitourinarne disfunkcije kod bolesnika u TME grupi u odnosu na grupu PME.
9. Procentualno je više bolesnika u grupi PME (15,2%) imalo nespecifičnu komplikaciju, u odnosu na TME (9,8%) grupu, ova razlika nije statistički značajna ($H_i^2=0,8, p=NS$).
10. Ukupni mortalitet bolesnika operisanih metodama TME i PME je iznosio 5,95%.
11. Statistički najznačajniji nezavisni faktor rizika za nastanak dehiscencija su lokalizacija karcinoma rektuma ($p=0,022$) i tip mezorektalne ekscizije ($p=0,041, 95\% CI 0,325-5,511$).
12. Stadijum tumora je statistički najznačajniji nezavisni faktor rizika za nastanak recidiva ($p=0,034, 95\% CI 0,004-6,739$).
13. Nije registrovana značajna razlika u preživljavanju između pacijenata kod kojih se radi totalna mezorektalna ekscizija i transsekcija mezorektuma tokom perioda praćenja.
14. Ispitivanjem pojave specifičnih komplikacija kod bolesnika sa karcinomom rektuma u srednjoj trećini rektuma utvrđeno je da se one javljaju češće u grupi TME, ali bez statističke značajnosti ($H_i^2=0,12, p=NS$).
15. Pojava nespecifičnih komplikacija je bila ujednačena u ispitivanim grupama sa lokalizacijom karcinoma u srednjoj trećini rektuma.
16. Nije registrovana značajna razlika u preživljavanju između pacijenata kod kojih se radi totalna mezorektalna ekscizija i transsekcija mezorektuma tokom perioda praćenja.
17. U odabranim slučajevima, uz poštovanje svih onkoloških principa radikalnosti, moguće je primeniti transsekciju mezorektuma, kod karcinoma lokalizovanih u srednjoj trećini rektuma.

U poglavlju **Literatura**, navedeni su radovi koji su korišćeni u izradi doktorske disertacije i doktorska teza poseduje 218 referenci, domaće i anglosaksonske literature. U okviru literaturnih podataka veliki udeo imaju reference novijeg datuma, kao i aktuelne studije vezane za temu doktorske disertacije.

Na osnovu iznetih podataka, Komisija donosi sledeći

ZAKLJUČAK

Doktorska disertacija Ass. dr Bobane D. Milojković Vlačić pod naslovom „**Komparativna analiza rezultata lečenja karcinoma rektuma metodama totalne mezorektalne ekscizije i transekcije mezorektuma**“ predstavlja originalni naučni doprinos, ciljevi su jasno definisani, metodologija kompatibilna, zaključci proističu iz dobijenih rezultata i na osnovu diskusije koja je potkrepljena savremenim podacima iz literature.

Kandidat je pokazao sposobnost individualnog, timskog i stvaralačkog rada. Zbog svega navedenog, Komisija predlaže Nastavno naučnom veću Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu kao i Naučno stručnom veću Univerziteta u Nišu da usvoje pozitivnu ocenu izrađene doktorske disertacije i da Ass. dr Bobani Milojković Vlačić odobri javnu odbranu.

Komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacije:

Prof. dr Miroslav Stojanović, predsednik

Prof. dr Goran Stanojević, mentor

Prof. dr Zoran Krivokapić,

Član sa Medicinskog fakulteta u Beogradu

U Nišu, 03.06.2016.

Originalni doprinos doktorske disertacije

Vršeći operaciju karcinoma rektuma hirurg ima zadatak da ostvari tri cilja: da radikalno odstrani tumora pripadajućim limfnim čvorovima, prihvatljiv morbiditet, mortalitet i funkcionalni rezultat. Kod bolesnika sa karcinomom srednje trećine rektuma postoje uslovi za transsekciju mezorektuma, jer postoji distanca od 3 cm ispod tumora, dovoljna za preveniranje zaostajanja malignih depozita u distalnom mezorektumu. Utvrđeno je da nema značajne razlike u procentu pojave lokalnog recidiva između pacijenata kod kojih se izvodi totalna mezorektalna ekscizija (TME) i pacijenata sa transsekcijom mezorektuma (PME). Stadijum bolesti predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak lokalnog recidiva. TME je operacija koja je praćena velikim brojem anastomotskih komplikacija, od kojih je najopasnija dehiscencija anastomoze, dok su ove komplikacije u značajnom procentu manje kod pacijenata kod kojih se radi PME. Visina anastomoze predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak dehiscencija.

Original contribution of the doctoral dissertation

When performing a surgical procedure to remove rectal cancer, a surgeon has four principal aims: to completely remove the tumour and the associated lymph nodes, to operate with acceptable rates of morbidity and mortality, and to achieve a functional result. In the case of patients suffering from rectal cancer in the middle third of the rectum, the additional 3 cm distance between the anocutaneous line and the tumour is sufficient for preventing malignant deposits, thus providing the conditions required for performing a transection of the mesorectum (partial rectal excision). It was determined that there is no significant difference in rates of local recurrence between patients with total mesorectal excision (TME) and those with transection of mesorectum (partial mesorectal excision, PME). The stage of the disease represents the most significant risk factor in local recurrence. TME is a procedure characterised by a large number of anastomotic complications, with the most severe being anastomotic dehiscence. Complications of this sort are significantly less common with patients undergoing PME. The level of anastomosis is the most significant risk factor associated with the development of dehiscence.

Objavljen autorski rad doktoranda sa SCI liste iz teme doktorske disertacije:

Milojkovic B, Stanojevic G, Krivokapic Z i dr.sar. Local recurrence in patients treated for rectal cancer using total mesorectal excision and transection of mesorectum. Vojnosanitetski pregled 2016 May; DOI: 10.2298/VSP150430092M.

**PREDMET: Zahtev za davanje saglasnosti na odluku o
usvajanju izveštaja o urađenoj doktorskoj disertaciji**

Molimo da date saglasnost na odluku o usvajanju izveštaja o urađenoj doktorskoj disertaciji koju je donelo Nastavno-naučno veće fakulteta broj 06-KM-109/07-10-6767-3, od 27.06.2016 godine.

PODACI O KANDIDATU

PREZIME I IME KANDIDATA:

Bobana Milojković Vlačić

NAZIV ZAVRŠENOG FAKULTETA:

Medicinski fakultet Niš

ODSEK, GRUPA, SMER:

Medicina

GODINA DIPLOMIRANJA:

2005

NAZIV MAGISTARSKE TEZE:

/

NAUČNO POLJE/UMETNIČKO POLJE:

NAUČNA OBLAST/UMETNIČKA OBLAST:

/

GODINA ODBRANE:

2100

FAKULTET I MESTO:

/, /

BROJ PUBLIKOVANIH RADOVA:

5

PUBLIKOVANI RADOVI:

(navesti reference kandidata kojima ispunjava uslov za odbranu doktorske disertacije):

- Milojkovic B, Stanojevic G, Krivokapic Z i dr.sar. Local recurrence in patients treated for rectal cancer using total mesorectal excision and transection of mesorectum. Vojnosanitetski pregled 2016 May; DOI: 10.2298/VSP150430092M.

NAZIV I SEDIŠTE ORGANIZACIJE U KOJOJ JE KANDIDAT ZAPOSLEN:

Klinika za opštu hirurgiju, KC NIŠ

RADNO MESTO:

Specijalista opšte hirurgije

PODACI O DISERTACIJI

NAZIV DISERTACIJE:

Komparativna analiza rezultata lečenja karcinoma rektuma metodama totalne mezorektalne ekscizije i transsekcije mezorektuma

NAZIV DISERTACIJE NA ENGLESKOM:

Comparative analysis of the results of rectal cancer treatment using total mesorectal excision and mesorectal transection

NAUČNO POLJE/UMETNIČKO POLJE:

Medicinske nauke

NAUČNA OBLAST/UMETNIČKA OBLAST:

Klinička medicina

WEB ADRESA na kojoj se nalazi izveštaj Komisije za ocenu i odbranu doktorske disertacije:

http://tempns1.junis.ni.ac.rs:7778/docr_web/plsql/doc_prikaz.download?p_file=F4262/IZVESTAJ KOMISIJE DAS Bobana D. Milojković Vlačić.docx

MENTOR (ime i prezime, zvanje):

Stanojević Goran, Redovni profesor

SASTAV KOMISIJE ZA OCENU DISERTACIJE:

- Stojanović Miroslav, Redovni profesor
- Stanojević Goran, Redovni profesor
- Krivokapić Zoran, Redovni profesor

GLAVNI DOPRINOS DISERTACIJE (tekst do 100 reči):

Vršeći operaciju karcinoma rektuma hirurrg ima zadatak da ostvari tri cilja: da radikalno odstrani tumorsa pripadajućim limfnim čvorovima, prihvatljiv morbiditet, mortalitet i funkcionalni rezultat. Kod bolesnika sa karcinomom srednje trećine rektuma postoje uslovi za transsekciju mezorektuma, jer postoji distanca od 3 cm ispod tumora, dovoljna za preveniranje zaostajanja malignih depozita u distalnom mezorektumu. Utvrđeno je da nema značajne razlike u procentu pojave lokalnog recidiva između pacijenata kod kojih se izvodi totalna mezorektalna ekscizija (TME) i pacijenata sa transsekcijom mezorektuma (PME).Stadijum bolesti predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak lokalnog recidiva.TME je operacija koja je praćena velikim brojem anastomotskih komplikacija, od kojih je najopasnija dehiscencija anastomoze, dok su ove komplikacije u značajnom procentu manje kod pacijenata kod kojih se radi PME.Visina anastomoze predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak dehiscencija.

U prilogu dostavljamo:

- Izveštaj Komisije za ocenu doktorske disertacije broj 06-6227 od 10.06.2016 godine.
- Odluku Nastavno-naučnog veća fakulteta broj 06-KM-109/07-10-6767-3 od 27.06.2016 godine o usvajanju izveštaja komisije

M.P.

Medicinski fakultet, Studijska grupa Medicina

DEKAN:

Prof. dr Dobrila Stanković Đorđević

Univerzitet u Nišu
Medicinski fakultet
Br.06-KM-109/07-10-6767-3
Datum: 1.7.2016. god.
Niš

Nastavno-naučno veće Medicinskog fakulteta u Nišu, na sednici održanoj 27.6.2016. godine, donelo je

ODLUKU

USVAJA SE izveštaj komisije o oceni izrađene doktorske disertacije, pod naslovom „**Komparativna analiza rezultata lečenja karcinoma rektuma metodama totalne mezorektalne ekscizije i transekcije mezorektuma**”, **Bobane Milojković Vlačić**, studenta DAS-klinička medicina, koji je sastavni deo ove odluke uz obavezu pribavljanja saglasnosti Univerziteta u Nišu.

Predsednik
Nastavno-naučnog veća

Prof. dr Dobrila Stanković Đorđević

