

УПУТСТВО ЗА ПИСАЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ОЦЕНИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ
– обавезна садржина –
(Свака рубрика мора бити попуњена.)

I ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ
<p>1. Датум и орган који је именовано комисију 26. 4. 2016. год. , Научно-наставно веће Медицинског факултета у Новом Саду, Универзитет у Новом Саду</p> <p>2. Састав комисије са знаком имена и презимена сваког члана, звања, назива уже научне области за коју је изабран у звање, датума избора у звање и назив факултета, установе у којој је члан комисије запослен:</p> <p>1. Проф. др Владан Поповић Звање и назив установе у којој је изабран за звање: ванредни професор, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду Ужа научна област: ургентна хирургија, васкуларна хирургија Датум избора у звање: 2015. године Установа у којој је запослен: Клиника за васкуларну и трансплантациону хирургију, Клинички Центар Војводине, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду, Катедра за хирургију</p> <p>2. Проф. др Петар Вулековић Звање и назив установе у којој је изабран за звање: редовни професор, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду Ужа научна област: хирургија, неурохирургија Датум избора у звање: 2009. године Установа у којој је запослен : Клиника за неурохирургију, Клинички Центар Војводине, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду, Катедра за хирургију</p> <p>3. Проф. др Лазар Давидовић Звање и назив установе у којој је изабран за звање: редовни професор, Медицински факултет Београд, Универзитет у Београду Ужа научна област: васкуларна хирургија Датум избора у звање: 2012. године Установа у којој је запослен: Клиника за васкуларну и ендоваскуларну хирургију, Клинички Центар Србије, Медицински факултет Београд, Универзитет у Београду, Катедра за хирургију</p>
II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ
<p>1. Име, име једног родитеља, презиме: Раденко, Милорад, Копривица</p> <p>2. Датум рођења, општина, република: 21.08.1968. Ариље, Ариље, Србија</p> <p>3. Датум одбране, место и назив магистарске тезе: 17.2.2005. у Београду, одбранио магистарску тезу под називом „ Функционално стање јетре и тип колатералне портне циркулације у избору хируршког декомпресивног шанта“</p> <p>4. Научна област из које је стечено академско звање магистра наука: Медицина, васкуларна хирургија са ангиологијом</p>
III НАСЛОВ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:
„Рана каротидна ендартеректомија након акутног неуролошког дефицита“
IV ПРЕГЛЕД ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:
Навести кратак садржај са знаком броја страна поглавља, слика, шема, графикана и сл. Докторска дисертација Раденка Копривице написана је прегледно, јасно и систематично на 196 страна А4 формата и садржи 9 поглавља (увод, досадашња сазнања, хипотеза, циљеви, материјал и методе, резултати, дискусија, закључак, литература). У оквиру ове докторске дисертације приказано је укупно 4 слике, 49 графикана, 107 табела и 1 прилог. Литература садржи 221 библиографску јединицу цитирану по важећим правилима.

V ВРЕДНОВАЊЕ ПОЈЕДИНИХ ДЕЛОВА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:**1. Формулација назива дисертације (наслова)**

Наслов теме докторске дисертације је јасно формулисан и коректно и у потпуности приказује садржај рада.

2. Увод

У кратком уводу кандидат описује актуелност проблематике истраживања и указује на шири друштвени-економски значај проблематике можданог инфаркта и раног оперативног лечења стенозе каротидних артерија.

Комисија сматра да је наслов рада прецизно формулисан, а уводни део пружа приказ актуелности проблематике.

3. Досадашња сазнања

У поглављу досадашња сазнања је на 41 страни у 11 поглавља исцрпно, разумљиво и концизно изнета актуелна проблематика и савремени ставови о етиопатофизиологији можданог инфаркта, савременој организацији и начинима лечења, уз посебан осврт на оперативне методе лечења. Компарирани су васкуларне и ендоваскуларне могућности лечења из угла актуелних важећих водича и најновије литературе. Дат је систематичан преглед значаја проблематике избора времена оперативног лечења каротидне стенозе по неуролошком дефициту уз процену процедуралних ризика, и осврт на квалитет живота након можданог инфаркта и каротидне ендартеректомије. Овим поглављем кандидат даје потпуну основу за праћење осталих делова докторске дисертације.

Комисија сматра да је ово поглавље написано јасно, систематично и детаљно те да јасно презентује проблематику и даје основу за праћење осталих поглавља дисертације.

4. Хипотезе

Хипотеза 1 гласи да је рана каротидна ендартеректомија једнако безбедна као и одложена каротидна ендартеректомија у смислу инциденце постоперативног морбидитета и морталитета.

Хипотеза 2 гласи да је рана каротидна ендартеректомија (ЦЕА) у поређењу са одложеном ЦЕА ефикаснија у смислу бржег неуролошког опоравка болесника.

Комисија сматра да су хипотезе јасно и прецизно формулисане и омогућавају даље истраживање.

5. Циљеви рада

Циљеви су прецизно и јасно формулисани и произилазе из постављених хипотеза, те омогућују доношење конкретних закључака. Циљ 1 испитује безбедност ране ЦЕА (оперисани 3.-14. дана након неуролошког дефицита) у односу на одложену ЦЕА (оперисани 15.-180. дана након неуролошког дефицита) у смислу инциденце раног (30 дневног) постоперативног општег и специфичног хируршког и неуролошког морбидитета и морталитета. Циљ 2 испитује брзину неуролошког опоравка болесника након ране ЦЕА у односу на болеснике који су оперисани у групи одложених ЦЕА.

Комисија је мишљења да су циљеви истраживања прецизно и јасно дефинисани и омогућавају доношење конкретних закључака.

6. Материјал и методологија истраживања

Студија је рађена на Клиници за васкуларну и трансплантациону хирургију Клиничког Центра Војводине у периоду 1.11.2013. до 1.11.2015. године као проспективна, моноцентрична, нерандомизирана анализа на 157 испитаника. Пацијенти су подељени у две групе у зависности од времена интервенције после акутног исхемијског неуролошког дефицита : група 1 ила рана ЦЕА (оперисани од 3. до 14. дана након неуролошког дефицита) броји 50 испитаника; група 2 или одложена ЦЕА (оперисани од 15. до 180. дана након неуролошког дефицита) броји 107 испитаника. У методологији се јасно и детаљно описује начин спровођења истраживања, дати су исцрпни и потпуни критеријуми за укључивање и искључивање испитаника у истраживање, као и клинички и морфолошки параметри који су битни за истраживање. Методе статистичке обраде података су адекватне и јасно наведене. Исцрпно и потпуно је дата методологија и материјал што омогућава поновљивост и јасноћу истраживања .

Комисија сматра да је ово поглавље адекватно и научно исправно формулисано, и омогућава добијање актуелних и квалитетних научних резултата.

7. Резултати

Резултати су приказани текстуално, у форми табела и графикана, логичким редоследом уз тумачење сваког резултата. Приказани су у шест целина почев од дескриптивне статистике целог узорка и по групама, те компаративне анализе по групама, по полу, затим анализира морбидитет и морталитет и целина која анализира брзину неуролошког опоравка након оперативног лечења и која има пет подцелина.

Став је комисије да су резултати приказани прегледно и систематично, да су добро интерпретирани, обрађени адекватно изабраним статистичким методама.

8. Дискусија

Дискусија је подељена у четири целине, у складу са добијеним резултатима. Стил писања је прецизан, јасан и разумљив. Тумачење резултата је систематично и логично. Добијени резултати су јасно и критички тумачени, уз поређење са резултатима других савремених истраживања која се баве овом проблематиком. Написана је у складу са постаљеним хипотезама и циљевима истраживања, јасна, свеобухватна, аргументована и на високом научном нивоу.

Комисија сматра да дискусија указује на добро познавање проблематике истраживања уз критички осврт на савремену литературу.

9. Закључак

Закључци су јасни и прецизни и тремеље се на резултатима и адекватној методологији истраживања.

Комисија сматра да су закључци адекватно приказани.

10. Литература

Литература је приказана прегледно, садржи релевантне референце и обухвата све сегменте истраживања. Литературни подаци са актуелно и адекватно повезани са предметом истраживања. Цитирана је у складу са Ванкуверским правилима.

Став комисије је да је литература исправно наведена и да је актуелна.

Комисија позитивно оцењује све делове докторске дисертације.

VI Списак научних и стручних радова који су објављени или прихваћени за објављивање на основу резултата истраживања у оквиру рада на докторској дисертацији

уз напомену:

Таксативно навести називе радова, где и када су објављени. У случају радова прихваћених за објављивање, таксативно навести називе радова, где и када ће бити објављени и приложити потврду о томе.

1. Koprivica R, Popović D, Lučić N, Pejić M. Early and long term outcomes of eversion carotid endarterectomy: a two centers experience. The Journal of Cardiovascular Surgery. 2014;55(2):127 M 23

2. Koprivica R, Popović D, Pejić M, Lučić N. Eversion carotid endarterectomy- ten years experience. The 1th meeting of the Slovenian and Croatian vascular societies. Zbornik radova, Nova gorica, Slovenija, 2013; 25. M 33

VII ЗАКЉУЧЦИ ОДНОСНО РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У групи 1 је просечно време до интервенције било 9,5 дана, а у групи 2 72,22 дана, за цео скуп је просечно време било 52,24 дана.

- Групе су хомогене у односу на факторе ризика и коморбидитет.
- Група 1 је имала статистички значајно више оперисаних ипсилатералних стеноза АЦИ од 50-69%. У групи 1 је било 8% а у групи 2 0,9% стеноза ипсилатералне АЦИ до 70%.
- Група 1 је имала 54% нестабилних атеросклеротских плакова АЦИ што је било статистички високо значајно у поређењу са групом 2 где их је било 31,8% .
- Транзиторни исхемијски атакци - ТИА у групи 1 су заступљени у 50% испитаника, а у групи 2 у 31,8% што је статистички значајна разлика
- Испитаници са можданим инфарктом су статистички значајно више били заступљени у групи 2. У групи 1 је било 50% а у групи 2 68,2% ЦВИ налаза
- ЦВИ до 1 цм величине је статистички значајно више заступљен у групи , а ЦВИ до 2 цм у групи 2.
- Стопа општег морбидитета у групи 1 је 2.0% а у групи 2 2.8%. Добијена разлика није била статистички значајна.
- Стопа постоперативног инфаркта миокарда (ИМ) је у групи 1 2.0% а у групи 2 1.9%. Добијена разлика није била статистички значајна.
- Стопа специфичног хируршког морбидитета је у групи 1 4.0% а у групи 2 3.7%. Добијена разлика није била статистички значајна.

- Стопа ЦВИ у групи 1 је 2.0% а у групи 2 2.8%. Добијена разлика није била статистички значајна
 - Морбидитета у обе групе није било
 - ЦВИ/ИМ/смрт стопа у групи 1 је била 4.0% а у групи 2 4.7%. Добијена разлика није била статистички значајна.
 - Када се саберу сви морбидитети онда је у групи 1 укупни морбидитет био 6.0% а у групи 2 7.5%. Добијена разлика није била статистички значајна
 - Хиперлипидемија је идентификована као сигнификантан фактор ризика за ЦВИ/ИМ/смрт.
- Закључак је да је рана каротидна ендартеректомија једнако безбедна у односу на одложену каротидну ендартеректомију у смислу инциденце периоперативног општег и специфичног морбидитета и морталитета, чиме је потврђена хипотеза 1.*
- Степен инвалидитета мерен Ранкин скором је био статистички високо значајно различит између посматраних група, јер је у групи 1 више заступљених мРС 1, а у групи 2 мРС 3 вредности
 - Побољшање Ранкин скор у 30-дневном праћењу је статистички високо значајно различито између посматраних група, где је у групи 1 52%, а у групи 2 31,8% имало побољшање мРС
 - Релативни ризик је 2,4 односно толико пута је већа шанса да код болесника дође до промене мРС ако је болесник у групи раније у односу на групу касније оперисаних.
 - Пад Ранкин скор, односно побољшање неуролошког налаза је било високо статистички значајно и по групи и по времену.
 - Пад Ранкин скор који наступа између трећег и десетог дана након ЦЕА је статистички високо значајно израженији у групи раних ЦЕА.
 - Ако се прати категорија промене Ранкин скор по времену, закључно са 30-дневним праћењем, пад је статистички високо значајан у обе групе, а наступа између трећег и десетог дана са тенденцијом појачања до тридесетог постоперативног дана.
 - Промена Ранкин скор није била статистички значајна по полу.
 - Код Ранкин скор подгрупе мРС3 и мРС<3 је пад био значајан и по времену и по подгрупи. По времену је пад био статистички високо значајан после десетог дана од интервенције. По подгрупи је пад Ранкин скор био статистички значајан али је далеко бржи пад запажен у подгрупи мРС<3.
 - У подгрупи мРС<3 су далеко више били заступљени испитаници са ТИА налазом у поређењу са подгрупом мРС 3 где су сви болесници имали ЦВИ.
 - Код болесника са било којим типом ТИА у преко 60% случајева дошло је до пада Ранкин скор, а код оних који су имали ЦВИ у око 25.5% забележен је пад мРС. Постоји статистички високо значајна разлика.
 - Промена Ранкин скор је била високо статистички значајна и по времену али и по анализираној групи (ЦВИ, ТИА, окулар ТИА, кресчендо ТИА). Промена Ранкин скор била је статистички високо значајна, односно пад који наступа између 3.-10. дана од операције је значајан. Тај пад се наставља све до 30 дана постоперативно.
 - У односу на групе формиране на основу типа ТИА и ЦВИ налаза, оне се међу собом разликују статистички високо значајно, односно пад Ранкин скор који наступа између 3.-10. дана постоперативно је врло оштар у три анализираних групе са типовима ТИА док је у групи преоперативни ЦВИ тај пад далеко блажи и мање изражен.
 - Већи број дана протеклих од неуролошког дефицита до операције повезан је са већим вредностима Ранкин скор, односно лошијим стањем болесника а једначина регресије је $\text{мРС пре операције} = 1.629 + 0.004 \times \text{број дана до ОП}$
 - Дуже време протекло од неуролошког дефицита до операције, доводи до мањих разлика у Ранкин скору, односно до слабијег опоравка болесника и обрнуто, краће време доводи до већих разлика у скору и бржег опоравка. Једначина регресије је $\text{Разлика у мРС} = 0.622 - 0.004 \times \text{број дана до ОП}$
 - Мање вредности АСА скор доводе до већих разлика у Ранкин скору, до бржег опоравка болесника и обрнуто, веће вредности АСА скор доводе до мањих разлика у скору. Једначина регресије је $\text{Разлика у мРС} = 0.753 - 0.144 \times \text{АСА скор}$
- На основу напред наведеног закључак је да је рана каротидна ендартеректомија у поређењу са одложеном каротидном ендартеректомијом ефикаснија у смислу бржег неуролошког опоравка болесника, чиме је потврђена хипотеза 2.*

VIII ОЦЕНА НАЧИНА ПРИКАЗА И ТУМАЧЕЊА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

НАПОМЕНА: Експлицитно навести позитивну или негативну оцену начина приказа и тумачења резултата истраживања.

Резултати истраживања су приказани прегледно и систематично, помоћу табела и графика са пропратним

текстом који олакшава њихово тумачење. Добијени резултати су статистички обрађени на одговарајући начин. Анализа резултата је стручна а сами резултати су упоређени са подацима из обимне и најновије научне литературе. Закључци су адекватни, научно оправдани и логично произилазе из добијених резултата рада.

Комисија позитивно оцењује начин приказа и тумачења резултата истраживања.

IX КОНАЧНА ОЦЕНА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ:

НАПОМЕНА: Експлицитно навести да ли дисертација јесте или није написана у складу са наведеним образложењем, као и да ли она садржи или не садржи све битне елементе. Дати јасне, прецизне и концизне одговоре на 3. и 4. питање.

1. Да ли је дисертација написана у складу са образложењем наведеним у пријави теме

Докторска дисертација је написана у складу са образложењем наведеним у пријави теме.

2. Да ли дисертација садржи све битне елементе

Докторска дисертација садржи све битне елементе научно-истраживачког рада на основу којих би се истраживање могло поновити.

3. По чему је дисертација оригиналан допринос науци

Докторска дисертација по својој свеобухватности, добијеним резултатима и изнетим закључцима представља оргиналан допринос медицинској научној мисли на пољу васкуларне хирургије. Према доступним подацима ово је прво истраживање у нашој земљи које се бави упоредном анализом оперативног лечења раном у односу на одложену ЦЕА након акутног исхемијског неуролошког дефицита. Компаративном анализом је обухваћени процедурални ризици након оперативног лечења, као и брзина неуролошког опоравка испитаника након ЦЕА. Резултати добијени у овој дисертацији дају нове смернице у збрињавању испитаника са каротидном стенозом после акутног неуролошког дефицита. У закључку су дати конкретни предлози и смернице за промене у докртиналним ставовима у националном водичу добре клиничке праксе на нивоу Републике Србије. Увођење ових предлога у алгоритам збрињавања симптоматске каротидне болести било би оправдано како са медицинског, тако и са економског и општег друштвеног значаја.

Због свега овога сматрамо да је ова докторска дисертација оргиналан допринос медицинској науци у нашој средини.

11. Недостаци дисертације и њихов утицај на резултат истраживања

Комисија није уочила недостатке докторске дисертације који би утицали на резултате истраживања.

X ПРЕДЛОГ:
На основу укупне оцене дисертације, комисија предлаже:
<i>На основу позитивних вредновања појединих делова, као и укупне позитивне оцене докторске дисертације, Комисија за оцену докторске дисертације предлаже Научно-наставном већу Медицинског Факултета у Новом Саду и Сенату Универзитета у Новом Саду да се докторска дисертација кандидата Раденка Копривице, под насловом „ Рана каротидна ендартеректомија након акутног неуролошког дефицита“ прихвати , а кандидату омогући поступак јавне одбране.</i>
-

датум: 28.4.2016.

ПОТПИСИ ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ

Проф. др Владан Поповић
ванредни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Проф. др Петар Вулековић
редовни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Проф. Др Лазар Давидовић
редовни професор Медицинског факултета у Београду

НАПОМЕНА: Члан комисије који не жели да потпише извештај јер се не слаже са мишљењем већине чланова комисије, дужан је да унесе у извештај образложење, односно разлоге због којих не жели да потпише извештај.

ИЗВЕШТАЈЕ ПРЕДАТИ СЛУЖБИ У ДЕСЕТ ПРИМЕРАКА (ДВА ОРИГИНАЛА И ОСАМ КОПИЈА) И НА ЦД-У У PDF ФОРМАТУ.