

**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
КРАГУЈЕВАЦ**

**1. Одлука Изборног већа Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу**

Одлуком Изборног већа Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу, број 01-9271/3-7 од 15.12.2010. године, именована је Комисија за оцену научне заснованости теме докторске дисертације под насловом: "**Значај субкутане паратибијалне фасциотомије у лечењу хроничног венског улкуса**", кандидата др Лековић Ивана у следећем саставу:

1. проф. др Миодраг Јевтић, редовни професор Војномедицинске академије у Београду за ужу научну област Хирургија, председник
2. проф. др Љубиша Аћимовић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан
3. проф. др Лазар Давидовић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Хирургија, члан
4. доц. др Мирослав Стојадиновић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан
5. доц. др Слободан Милисављевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан

На основу увида у приложену документацију, Комисија подноси Изборном већу Медицинског факултета у Крагујевцу следећи:

## ИЗВЕШТАЈ

Кандидат др Иван Лековић испуњава све услове предвиђене Законом о високом образовању (члан 57 и 100), Статутом Факултета (члан 22) и Правилником о пријави, изради и одбрани докторске дисертације, за израду докторске дисертације.

### 2.1. Биографија кандидата

#### А. Лични подаци

Др Иван Лековић рођен је 1973. године у Бијелом Пољу, где је завршио основну и средњу школу. Медицински факултет Универзитета у Београду уписује 1992. године и исти завршава 1998. године, у предвиђеном року са просечном оценом 9,66. По обављању лекарског стажа и полагања стручног испита добија специјализацију из опште хирургије на Војномедицинској академији 2000. године, коју завршава са одличним успехом 2005 године. Од априла 2005 па до фебруара 2006 ради као хирург специјалиста на Клиници за кардио хирургију ВМА. Од фебруара 2006 па до данас запослен као хирург специјалиста на Клиници за васкуларну хирургију ВМА. Од октобра 2006 па до априла 2008 био на субспецијализацији из васкуларне хирургије у СР Немачкој у Улму. Члан је трансплантационог тима ВМА као и тима за ендоваскуларну хирургију ВМА.

Докторске академске студије завршава на Медицинском факултету у Крагујевцу где припрема и одбрану докторске дисертације

Члан је више домаћих и међународних удужења: СЛД-а, Удружења флеболога Србије, Немачког друштва хирурга. Завршио је међународни курс за примену вакуума у лечењу рана. Коаутор у неколико стручних радова из тема васкуларне хирургије.

Говори немачки, руски и енглески језик.

Ожењен и отац два детета.

#### Б. Научно истраживачки рад

У оквиру стручног усавршавања др Иван Лековић учествовао је на бројним научним скуповима, конгресима и симпозијумима, у земљи и иностранству. Током специјалистичких студија а нарочито након завршетка специјализације активно учествује у трансплантационом тиму Војномедицинске академије у трансплантацији бубрега и јетре. Члан је тима за ендоваскуларну хирургију Војномедицинске академије и активно учествује у увођењу ове процедуре у рутинску праксу у овој установи.

#### В. Подаци о објављеним радовима

Кандидат као аутор има један рад у штампи и као коаутор 3 (три) рада саопштена на домаћим конгресима. Квантификацијом објављених радова, према члану 181 Статута медицинског факултета у Крагујевцу, Правилнику о начину и поступку заснивања заснивања радног односа и стицању звања наставника Универзитета у Крагујевцу као и критеријумима Правилника о поступку и начину вредновања и квантитативном исказивању научноистраживачких резултата истраживача, "Сл. гласник РС", бр. 38/2008, кандидат др Иван Лековић је као аутор и коаутор радова објављених у међународним и

домаћим часописима показао да се његов досадашњи научно-истраживачки рад може вредновати са 4,5 бодова.

**Радови публиковани у међународном часопису (M23):**

1. Leković I., Mišović S, Bjelanović Z, Drašković M, Tomić A. Primena subkutane paratibijalne fasciotomije u lečenju hroničnog venskog ulkusa-klinička iskustva.Vojnosanitetski pregled (u štampi). (in press – потврда бр. 96/2010 од 17. 03.2010. године, главни и одговорни уредник проф. Др sc.pharm. Силвија Добрић у потпису ) (in press – потврда од 29. 03. 2011. године, којом се потврђује да је рад прихваћен за штампу у Vojnosanitetski Pregl, May vol. 68 No.5: pp.....) M23= 3 бода

**Саопштење са скупа националног значаја штампано у изводу (M63):**

1. Jevtić M., Ignjatović D., Stanković N., Mišović S., Leković I. Metode efikasne procene težine povreda u uslovima masovnih katastrofa. Kongres ratne medicine, Banja Luka, maj 2001: 23-27. M63 = 0,5 бодова
2. Jevtić M, Marjanović I, Mišović S, Zoranović U, Rusović S, Leković I. Endovaskularna rekonstrukcija aneurizme politealne i površne femoralne arterije-prikaz slučaja. V Kongres kardiovaskularnih hirurga Srbije, Novi Sad, oktobar 2008 : 24-25. M63 = 0,5 бодова
3. Jevtić M, Mišović S. Zoranović U, Marjanović I, Tomić A. Leković I. Šarac M. Multidisciplinarnost-jedini pravi put u lečenju hroničnog venskog ulkusa. II Kongres flebologa Srbije, Beograd, oktobar 2009 : 23.-25. M63 = 0,5 бодова

Кандидат др Иван Лековић остварио је 9,68 бодова по основу радова објављених у целини у међународним часописима (9 бодова) и сажетак на међународним и домаћим научним скуповима (1,5 бодова) бодованих према члану 177. Статута факултета:

- три рада у целини публикована у научним часописима међународног значаја;
- три рада публикована у сажетку у зборницима са домаћих научних скупова..

Од поменутих радова за извештај је релевантан:

1. Leković I., Mišović S, Bjelanović Z, Drašković M, Tomić A. Primena subkutane paratibijalne fasciotomije u lečenju hroničnog venskog ulkusa-klinička iskustva.Vojnosanitetski pregled (u štampi). (in press – потврда бр. 96/2010 од 17. 03.2010. године, главни и одговорни уредник проф. Др sc.pharm. Силвија Добрић у потпису ) (in press – потврда од 29. 03. 2011. године, којом се потврђује да је рад прихваћен за штампу у Vojnosanitetski Pregl, May vol. 68 No.5: pp.....) M23= 3 бода

## **2.2. Наслов, предмет и хипотезе докторске тезе**

**Наслов:** "Значај субкутане паратибијалне фасциотомије у лечењу хроничног венског улкуса"

**Предмет:**

Хронични венски улкус спада у најмасовнија обољења човечанства и представља једну од најтежих компликација хроничне венске инсуфицијенције(ХВИ). Жене обољевају 2 до 3 пута чешће од мушкараца и највећа учесталост оболевања је између 40 и 45 године, односно у популацији радно способног становништва.

Лечење улкусне болести спада у најкомплекснија лечења уопште и често је скопчано са веома неизвесним успехом. Преко 30 % пацијената са хроничним венским улкусом се лечи дуже од 20 година а око 10 % пацијената дуже од 30 година. Улкус крурис чини између 57% и 80 % свих хроничних улцерација. Један венски улкус крурис, који под оптималном флеболошком терапијом не показује тенденцију зарастања или који у току 12 месеци није зарастао, сматра се резистентним на терапију и према класификацији ХВИ по Widmer-у одговара стадијуму 3 а према ЦЕАП класификацији (Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology) одговара стадијуму Ц 5-6.

**Хипотезе:**

Радна хипотеза: субкутана паратибијална фасциотомија(СПТФ) код пацијената са хроничним венским улкусом у стадијуму Ц 5-6 (ЦЕАП класификација) је корисна и безбедна метода која доводи до значајно бржег зарастања хроничног венског улкуса и смањења стопе рецидива .

Радну хипотезу заснивамо на претпоставкама да:

1. Уздужним паратибијалним расечањем склерозираних фасције ослобађамо притиска мишиће, нерве као и артеријске крвне судове дисталне потколенице;
2. Смањењем притиска у дисталној потколеници побољшава се оксигенација ткива улкуса и његове околине услед боље прокрвљености;
3. Улкус зараста значајно брже након субкутане паратибијалне фасциотомије уз значајно мању стопу рецидива и компликација;
4. Редукција бола је значајније изражена код пацијента са фасциотомијом
5. Метода није праћена интра- и постоперативним компликацијама везаним за сам акт извођења субкутане паратибијалне фасциотомије .

## **2.3. Подобност кандидата**

Кандидат, Иван Лековић уписао је другу годину Докторских академских студија школске 2008/2009. године, а усмени докторски испит положио је у новембру 2009. године са оценом 9А (девет А). Кандидат има три рада у часописима међународног значаја у којима је у једном први аутор , чиме је испунио услов за пријаву докторске тезе.

## 2.4. Преглед стања у подручју истраживања

Лечење улкусне болести спада у најкомплекснија лечења уопште и често је скопчано са веома неизвесним успехом. Процењује се да у одраслој популацији Србије од хроничног венског улкуса болује 1,5 до 2,5 %, што има велики социјално-економски значај. Жене оболевају 2 до 3 пута чешће од мушкараца и највећа учесталост оболевања је између 40 и 45 године, односно у популацији радно способног становништва. Преко 30 % пацијената са хроничним венским улкусом се лечи дуже од 20 година а око 10 % пацијената дуже од 30 година. Улкус крурис чини између 57% и 80 % свих хроничних улцерација. Превалеца улкус круриса се креће од 0,87 па до 3,38. Годишња инциденца се креће од 15 до 30 нових улкуса на 100000 особа а стопа инциденце је 0,76 (0,71-0,83) за мушкарце и 1,42 (1,35-1,48) за жене. Један венски улкус крурис, који под оптималном флеболошком терапијом не показује тенденцију зарастања или који у току 12 месеци није зарастао, сматра се резистентним на терапију и према класификацији ХВИ по Widmer-у одговара стадијуму 3 а према ЦЕАП класификацији (Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology) одговара стадијуму Ц 5-6.

Социјално-економски фактори везани за лечење улкус круриса су јако значајни јер погађа радно способно становништво. Годишњи трошкови везани за лечење улкус круриса у земљама Европске уније износе од 600 до 900 милиона евра што је око 1-2 % укупног буџета здравственог система, док у САД-у су ти трошкови 2,5 милијарде долара. У ове суме су урачунати износи и за накнаде личних зарада док су пацијенту на боловању због лечења улкуса, из чега произилази огромни социјално-економски значај овог оболења.

Узрок хроничног венског улкуса (ХВУ) јесте ХВИ. Код ХВИ постоји дуготрајна хипертонија венског система доњих екстремитета која је везана за венску хиперволемију. Сама венска хиперволемија настаје услед инсуфицијенције субфасцијалних, трансфасцијалних и/или епифасцијалних вена, што доводи до сметњи у макро- и микроциркулацији. Узроци венске инсуфицијенције су најчешће инсуфицијенција венских валвула, било на површним, дубоким венама или на комуникантним, али може настати и као последица опструкције вена или њихове деструкције кроз процес венске тромбозе те се према локализацији погођених вена могу разликовати супрафасцијала и субфасцијална форма ХВИ.

Код супрафасцијалне форме ХВИ присутни су варикозитети у сливу велике и/или мале сафенске вене (ВСМ и ВСП ) услед инсуфицијенције њихових валвула уз често присутну инсуфицијенцију валвула перфорантних вена које дренирају површни у дубоким венски систем. Најчешћи узрок је урођена слабост венског система у комбинацији са оптерећењем у смислу дуготрајног стајања везаног за занимање (конобари , фризерии...). Код субфасцијалне форме присутна је инсуфицијенција дубоког венског система и његовог валвуларног апарата а као последица тромбозе , ретко као последица повреде или присутних артерио-венских фистула. Инсуфицијенција венских валвула даље доводи до рефлукса (ретроградног тока) као и до рециркулације венске крви , што све води ка ометању нормалног отицања венске крви из доњих екстремитета. Последица отежаног враћања венске крви је хронична венска хипертонија која доводи до повећања трансмуралног притиска у капиларним и посткапиларним крвним судовима, са последичним оштећењем капилара коже, трансудације у кожу и инфилтрације коже

активираним леукоцитима као и проласка запаљенских ћелија као и еритроцита у кожу. Крајњи супстрат је дерматолипосклероза или *Atrophie blanche* и на крају венска улцерација.

Дијагностика ХВУ обухвата првенствено дијагностичке поступке за разјашњење узрока хроничне венске инсуфицијенције и то у првом реду физикални преглед, затим колор-доплер сонографско испитивање венског система доњих екстремитета као и у појединим случајевима примену флебографије и прегледа магнетном резонанцом. Након утврђивања узрока ХВИ која је резултирала ХВУ може се планирати вид лечења.

Основе лечења ХВУ леже у његовој патофизиологи: како је ХВУ најтежа форма ХВИ, терапија мора за циљ имати редукцију притиска и оптерећена волуменом венског система доњих екстремитета. Када год је могуће треба предузети каузалну терапију којом се искључују патолошки рефлукс и рециркулација венске крви. Код супрафасцијалне форме ХВИ то је могуће стрипингом инсуфицијентне велике и/или мале сафенске вене и подвезивањем инсуфицијентних перфораторних вена чиме се искључује узрок ХВИ. Међутим код субфасцијалне форме ХВИ где постоје промене на дубоком венском систему могућности искључења узрока патолошког рефлукса нису велике. У лечењу се данас користе конзервативне методе као што су градуисана медицинска компресивна терапија уз давање венотоника, тоалета и превејање ХВУ бројним палетама комерцијалних препарата за негу рана, као и оперативно лечење које се састоји у оперативним поступцима као што су стрипин ВСМ и/или ВСП, субфасцијална ендоскопска дисекција перфораторних вена (СЕПС), реконструкције валвула дубоких вена, покривање улцерације трансплантатом коже по Тиршу.

У лечењу ХВУ стадијума Ц 5-6 примењују се бројне методе како конзервативне тако и оперативне, сходно етиологији и локалном налазу али постоји велика стопа рецидива као и резистентност на бројне методе лечења. Као најсврсисходнија се показала мултидисциплинарност у лечењу уз учешће лекара више специјалности. Наиме, хронична венска инсуфицијенција са сметњама у венској макроциркулацији покреће читав низ механизма који за последицу имају проширену склерозу коже, поткожног ткива и на крају фасције погођеног екстремитета што све води ка једној циркуларној липодерматофасциосклерози потколенице са улкусом. Развијена циркуларна липодерматофасциосклероза има за последицу развијање хроничног фасциокомпресивног синдрома потколенице уз последичну хроничну исхемију што још више отежава зарастање улкуса. Што је дужа еволуција улкусне болести то су и израженије и теже промене околине улкуса са стварањем и калцификација у поткожном масном ткиву и фасцији што све доводи до формирања једног оклопа у виду задебљане и промењене фасције у дисталној трећини потколенице. Услед овога и долази до формирања хроничног фасциокомпресивног синдрома у потколеници и константно повећаног притиска у мишићним одељцима потколенице које онемогућавају нормалну артеријску циркулацију уз последичну исхемију како мишића тако и нерава, поткоже и коже (хронични венски компартмент синдром). Услед повећаног притиска и склерозе отежана је и лимфна дренажа што доводи до отока и новог повећања притиска чиме се формира циркулус витиосус. У стадијум Ц 5-6 болести, лечење подразумева отклањање узрока хроничне венске инсуфицијенције, што се постиже подвезивањем инсуфицијентних перфоратора, стрипингом ВСМ и/или ВСП.

СЕПС и покривање улкуса Тиршовим трансплантатом није довољно јер отклања само узрочни фактор-хроничну венску инсуфицијенцију, али оставља као последицу хронични фасциокомпресивни синдром са хроничном исхемијом потколенице. Због наведеног, ову процедуру је потребно употпуни извођењем субкутане паратибијалне фасциотомије чиме се отвара склерозирана фасција у пределу улкуса и смањује притисак у ткивима околине а пре свега у мишићним компартментима, што би требало да побољша микроциркулацију и прокрвљеност у погођеној регији и самим тим и оксигенацију чиме се убрзава и зарастање улкуса. Смањење притиска након паратибијалне фасциотомије олакшава и лимфну дренажу, чиме се смањује оток, што све укупно побољшава локалне услове за микроциркулацију и зарастање улкуса.

## **2.5. Значај и циљ истраживања са становишта актуелности у одређеној научној области**

Основни циљ студије је да се кроз поређење класичних метода лечења хроничног венског улкуса (ХВУ) без примене субкутане паратибијалне фасциотомије (СПТФ) са класичним методама лечења ХВУ уз примену СПТФ, одреди значај субкутане паратибијалне фасциотомије на лечење ХВУ. Основни циљ ће се постићи помоћу клиничког поређења тока и времена зарастања улкуса код пацијената са СПТФ и без СПТФ у току 6 месеци од започете терапије.

Да би се основни циљ постигао постављени су и секундарни циљеви:

1. Одредити транскутани парцијални притисак кисеоника околине ХВУ непосредно пред почетак лечења, након 5 дана од почетка лечења, по истеку првог, трећег и шестог месеца од почетка терапије.
2. Одредити притисак у медијалном мишићном компартменту у лежећем положају у околини улкуса непосредно пред почетак лечења, након 5 дана од почетка лечења, по истеку првог, трећег и шестог месеца од почетка терапије,
3. Утврдити појаву компликација код примене субкутане паратибијалне фасциотомије

## **2.6. Веза истраживања са досадашњим истраживањима**

Иако у до сада објављеној и нама доступној светској литератури постоје бројне студије (реализоване у протеклих 10 година) које се баве проблематиком лечења ХВУ, готово све су поредиле методе неоперативног лечења у клиничком смислу и у погледу укупне цене коштања здравствених система за лечење ХВУ. У тим студијама утврђивана је ефикасност разних препарата за превијање и негу ХВУ као и њихов утицај на брзину зарастања. До сада су се једино немачки аутори бавили проблемом решавања хроничног фасциокомпресивног синдрома и његовог утицаја на ток зарастања ХВУ, али сви патофизиолошки механизми овог стања су још недовољно испитани.

## **2.7. Методе истраживања**

Студија ће бити ретроспективна клиничка студија. У истраживање ће бити укључено 100 болесника који имају ХВУ у стадијуму Ц 5-6 по ЦЕАП класификацији подељених у две групе. Сви пацијенти су хоспитализовани и лечени у Клиници за васкуларну хирургију и Центру за дневну хирургију Војномедицинске академије у Београду у периоду од 3.јануара 2005 године до 31.децембра 2010 године.

Специфични критеријуми за избора пацијената за извођење овог испитивања су:

1. Пацијенти оба пола са дијагнозом хроничног венског улкуса у стадијуму Ц 5-6 по ЦЕАП критеријумима.
2. Пацијенти старости од 21 годину до 80 година
3. Пацијенти са задовољавајућим општим психо-физичким стањем
4. Пацијенти са нормалним нутритивним статусом

*Критеријуми против избора пацијената за студију су:*

1. Пацијенти старији од 80 година
2. Пацијенти са лошим нутриционим статусом
3. Пацијенти са малигнитетом
4. Пацијенти са активним аутоимуним болестима( активни системски лупус)
5. Пацијенти са терминалном бубрежном инсуфицијенциом

Извор потребних података за анализу су историје болести пацијената Војномедицинске академије и специјалистички извештаји са контролних прегледа

Сви пацијенти сврстани су у две групе:

1. Контролна група – пацијенти код којих је лечење ХВУ спроведено без примене субкутане паратибијалне фасциотомије;
2. Експериментална група - пацијенти код којих је лечење ХВУ спроведено уз примене субкутане паратибијалне фасциотомије

Истраживање у преоперативном периоду подразумева општу припрему пацијената обе групе код којих ће се применити оперативно лечење (покривање улкуса трансплантатом коже по Тиршу код обе групе, као и извођење СПТФ код експерименталне групе) за интервенцију уобичајену у хируршкој пракси као и поступке везане за посебност захвата. Уз детаљну анализу дијагностичких параметара као што су колор-доплер сонографски налаз на дубоком и површном венском систему, евентуалну флебографију, процењиваће се и опште стање пацијената.

У клиничким мерењима притиска у медијалном мишићном компартменту користиће се СЛИТ-катетер, обрађена венска канила промера  $\phi 1.1$  мм. Врх каниле се посебно обрађује нарезивањем 5 уздужних засека дужине 2-3 мм. За мерење ИКП-а користиће се Анаестхесиа Монитор-Датах Енгстром. Скала притиска која се користи је вредности 0-200 ммХг. Инфузиони систем је пуњен хепаринизираним физиолошким раствором. На предходно очишћено место на кожи убризга се локални анестетик, копљастим скапелом бр.11 пресече се кожа, подкожно ткиво и фасција и пласира катетер који се конектира са системом за мерење ИКП-а. Вредност ИКП-а читава се нумерички и графички на екрану монитора.

Мерење транскутаног парцијалног притиска кисеоника (ТцПО<sub>2</sub>) биће остварено применом мерне електроде Кларковог типа. Електрода се лепи кожу у самој околини улкусне лезије, при чему ће се код једног улкуса мерити ТцПО<sub>2</sub> на три локације и узимаће се средња вредност. Мерења ће бити обавља пре самог почетка терапије, 5 дана



након започете терапије а затим по истеку првог, трећег и шестог месеца од почетка терапије код обе групе пацијената .

Класично лечење хроничног венског улкуса подразумева тоалету улкуса хидрогеном и физиолошким раствором, свакодневна превејања , примену антисептичких раствора као и по потреби антибиотока према антибиограму из улкуса а у циљу припреме улкуса за покривање трансплантатом коже по Тиршу.

Интервенције које се предузимају као што је узимање трансплантата коже по Тиршу и његово пласирање на улкус као и СПТФ се изводи у регионалној анестезији. У зависности од врсте захвата, трајање операције је од 30 до 60 минута . Непосредно, пред интервенцију се једнократно, венски, апликује антибиотик (цефалоспорин). Субкутана паратибијална фасциотомија се врши кроз инцизију коже дужине од око 2 центиметра, у њеном здравом делу у проксималном делу потколенице изнад улкусне лезије, на око један центиметар медијално од унутрашње ивице тибије. Након отварања коже и поткоже долази се до фасције на којој се прави отвор скалпелом а затим се дугачким маказама врши њено уздужно пресецање субкутано паратибијално све до изнад медијалног малеолуса. По ушивању инцизије коже пласиран је еластични завој током 24 сата, који је пласиран и код контролне групе.

У току постоперативног периода прате се витални пераметри, опште стање и локални статус. Током хоспитализације евидентирају се и прате евентуалне компликације: инфекција ране, сером, хематом, целулитис, некроза трансплантата коже , бол. У наредних шест месеци прате се релевантни параметри као што су време зарастања ХВУ, рецидиви улкуса, присутност и интензитет бола и отока у третираној нози као и мерења ТцПО<sub>2</sub> и ИКП који се мере 5 постоперативног дана, затим по истеку првог, трећег и шестог месеца од почетка терапије код обе групе пацијената.

## **Врста студије**

Ретроспективна клиничка студија

## **Статистичка обрада**

Статистичка обрада података вршиће се применом метода дескриптивне и интерфицијалне статистике. Од дескриптивних метода користиће се графичко и табеларно приказивање, аритметичка средина, медијана и стандардна девијација као мера варијабилитета. За поређење учесталости анализираних параметара између посматраних група као и за поређење разлика у учесталости унутар једне групе, користиће се Хи квадрат тест. Т-тест ће се користити за нумеричке податке који се анализирају између две групе .За нумеричка обележја која се понашају по типу расподеле различите од нормале користиће се *Mann-Whitney U test* за поређење између две групе .

Посматрани студијски узорак је израчунат узимајући алфа као 0.05 и снагу студије од 0.9 за Т-тест (два независна узорка), поредећи групе међу собом (у оба смера), према статистичком програму *G\*Power3* (Faul 2007). Студијски узорак је прерачунат на 94 испитаника, по 47 у групи. Као додатни фактор сигурности претпостављено је и да вредности примарне варијабиле неће бити дистрибуиране према нормалној расподели па

је добијен прорачун узорка коригован дељењем са фактором 0.846 тј увећањем узорка за тзв "најгори сценарио" теоријског одступања од нормалне расподеле. Овом корекцијом укупни студијски узорак је одређен на број од 100 испитаника.

## **2.8. Очекивани резултати докторске дисертације**

Кандидат очекује да ће добијени резултати показати да је примена субкутане паратибијалне фасциотомије безбедна метода која није праћена компликацијама, која се лако изводи и доводи до значајно бржег затварања ХВУ у комбинацији са класичним методама лечења. Очекује се да примена СПТФ доводи до статистички значајног пада притиска у медијалном мишићном компартменту као и до статистички значајног пораста ТцПО<sub>2</sub> околине ХВУ што доводи до стварања услова за брже и сигурније зарастање улкуса и статистички значајно мање рецидива ХВУ у првих 6 месеци. Значај студије је што испитује на објективан начин проблем решавања последице ХВИ-хроничног фасциокомпресивног синдрома и утицај на ток и лечење ХВУ примена СПТФ.

## **2.9. Оквирни садржај дисертације**

У овој докторској дисертацији биће дата анализа утицаја субкутане паратибијалне фасциотомије на лечење хроничног венског улкуса кроз праћење клиничких тока као и мерење објективних параметара као што је притисак у мишићним одељцима потколенице и транскутаног парцијалног притиска кисеоника у околини хроничног венског улкуса. Од клиничких параметара код две групе испитаника ће се анализирати дужина зарастања ХВУ, рецидиви улкуса као и појава компликација у току лечења.

## **2.10. Научна област дисертације**

Медицина. Изборно подручје: Клиничка и експериментална хирургија.

## **2.11. Научна област чланова комисије**

1. проф. др Миодраг Јевтић, редовни професор Војномедицинске академије у Београду за ужу научну област Хирургија, председник
2. проф. др Љубиша Аћимовић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан
3. проф. др Лазар Давидовић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Хирургија, члан
4. доц. др Мирослав Стојадиновић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан
5. доц. др Слободан Милисављевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан

## **Закључак и предлог Комисије**

1. На основу досадашњег научно истраживачког рада и публикованих радова кандидат др Иван Лековић, испуњава све услове прописане Статутом Медицинског факултета и законом о Универзитету за одобрење теме и израду докторске дисертације.

2. Предложена тема је научно оправдана и оригинална, дизајн истраживања прецизно постављен и дефинисан, а научна методологија јасна и прецизна
3. Предложена тема поставља значајан циљ процене утицаја и вредности субкутане паратибијалне фасциотомије на зарастање хроничног венског улкуса а на основу анализе више објективних параметара као и компликација код ове хируршке процедура.
4. Комисија са задовољством предлаже Изборном већу Медицинског Факултета у Крагујевцу да прихвати пријаву теме докторске дисертације кандидата др Ивана Лековића под називом " **Значај субкутане паратибијалне фасциотомије у лечењу хроничног венског улкуса** ", утврди предлог и такву одлуку проследи Стручном већу Универзитета на даљи поступак.

У Крагујевцу  
31.01.2011.године

## ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ

---

**Проф. др Миодраг Јевтић**, председник  
редовни професор Војномедицинске академије у Београду за ужу  
научна област Хирургија

---

**Проф. др Љубиша Аћимовић**, редовни професор Медицинског  
факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област  
Хирургија, члан

---

**Проф. др Лазар Давидовић**, редовни професор  
Медицинског факултета Универзитета у Београду за ужу научну  
област Хирургија, члан

---

**Доц. др Мирослав Стојадиновић**, доцент Медицинског факултета  
Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан

---

**Доц. др Слободан Милисављевић**, доцент Медицинског факултета  
Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хирургија, члан