

**MEDICINSKI
FAKULTET**

Adresa: Kruševac bb
81000 PODGORICA
CRNA GORA
Tel: +382 20 246 651
Fax: +382 20 243 842
url: www.ucg.ac.me/medf
E-mail: infomedf@ac.me



**MEDICAL
FACULTY**

Address: Krusevac bb
81000 PODGORICA
MONTENEGRO
Phone: +382 20 246 651
Fax: +382 20 243 842
url: www.ucg.ac.me/medf
E-mail: infomedf@ac.me

Broj: 1029/7-1
Podgorica, 19.07.2022. godine

**Univerzitet Crne Gore
Odbor za doktorske studije
n/r predsjedniku – prof. dr Borisu Vukićeviću**

Poštovani,

U skladu sa stavom 3 člana 35, i člana 55 Pravila doktorskih studija, i tačkom 3.6 . Vodiča za doktorske studije, dostavljamo Odluku Vijeća Medicinskog fakulteta o usvajanju Izvještaja Komisije za ocjenu prijave doktorske disertacije (obrazac D1) i prijavu teme doktorske disertacije, doktoranda mr sc Ilaza Miftarija.

S poštovanjem.

**MEDICINSKI FAKULTET
DEKAN,**

Prof. dr Miodrag Radunović

UNIVERZITET CRNE GORE
MEDICINSKI FAKULTET
Broj:1029/7
Podgorica, 18.07.2022. godine

Na osnovu člana 64 stav 2 tačka 9 Statuta Univerziteta Crne Gore, a u skladu sa članom 35 Pravila doktorskih studija Vijeće Medicinskog fakulteta na elektronskoj sjednici održanoj 15-18.07.2022. godine donijelo je

O D L U K U

1. Usvaja se Izvještaj Komisije za ocjenu prijave doktorske disertacije kandidata mr sc Ilaza Miftarija, broj: 675/4 od 09.07.2022. godine.
2. Predlaže se Senatu UCG da prihvati kao podobnu doktorsku tezu pod nazivom „**Evaluacija kliničkih parametara, cost benefit analize i kvaliteta života pacijenata operisanih metodom Shouldice, modifikacija Berliner – Darn u poredjenju sa Lichtenstein tehnikom pri rješavanju defekta preponske regije**“ kandidata mr sc Ilaza Miftarija.
3. Odluka Vijeća, Izvještaj Komisije iz tačke 1 ove odluke i obrazac Prijave teme doktorske disertacije (obrazac PD broj: 415 od 11.03.2022. godine) , dostavlja se Centru za doktorske studije i Senatu Univerziteta Crne Gore, na dalju realizaciju.


O B R A Z L O Ž E N J E

Mr sc Ilaz Miftari podnio je prijavu teme doktorske disertacije pod nazivom “Evaluacija kliničkih parametara, cost benefit analize i kvaliteta života pacijenata operisanih metodom Shouldice, modifikacija Berliner – Darn u poredjenju sa Lichtenstein tehnikom pri rješavanju defekta preponske regije “ dana 11.03.2022. godine (Broj prijave: 415).

Senat Univerziteta Crne Gore na sjednici održanoj 01.06.2022. godine imenovao je Komisiju za ocjenu prijave doktorske disertacije, kandidata mr sc Ilaza Miftarija u sastavu: prof. dr Ranko Lazović, prof. dr Miodrag Radunović i doc. dr Zoran Terzić.

Kandidat je pred navedenom Komisijom javno obrazložio ciljeve i očekivane rezultate, odnosno izložio istraživački program doktorske teze, dana 01.07.2022 godine. Komisija je podnijela Vijeću Medicinskog fakulteta Izvještaj o ocjeni podobnosti doktorske disertacije broj:675/4 od 09.07.2022. godine.

Vijeće Medicinskog fakulteta na elektronskoj sjednici održanoj 15-18.07.2022. godine, nakon razmatranja izvještaja Komisije broj: 675/4 od 09.07.2022. godine, odlučilo je kao u dispozitivu ove odluke.

VIJEĆE MEDICINSKOG FAKULTETA
PREDSJEDAVAJUĆI,

Prof. dr Miodrag Radunović, dekan

OCJENA PODOBNOSTI DOKTORSKE TEZE I KANDIDATA

OPŠTI PODACI O DOKTORANDU	
Titula, ime i prezime	Mr Sci. Dr Ilaz Miftari
Fakultet	Medicinski
Studijski program	Medicina-Kliničke studije (Hirurgija)
Broj indeksa	12/15
Podaci o magistarskom radu	“Upoređivanje rezultata konvencionalne hemoroidektomije, sa Ligasure hemoroidektomijom”. Naučna oblast: hirurgija. Medicinski fakultet u Prištini. Godina završetka: 2012. Srednja ocjena: 9.
NASLOV PREDLOŽENE TEME	
Na službenom jeziku	Evaluacija kliničkih parametara, cost benefit analize i kvaliteta života pacijenata operisanih metodom Shouldice, modifikacija Berliner-Darn u poređenju sa Lichtenstein tehnikom pri rješavanju defekata preponske regije.
Na engleskom jeziku	Evaluation of clinical parameters, cost-benefit analysis of the quality of life of patients operated by Shouldice, Berliner-darn modifications compared to the Lichtenstein technique for solving the defects in inguinal region.
Datum prihvatanja teme i kandidata na sjednici Vijeća organizacione jedinice	18.07.2022.
Naučna oblast doktorske disertacije	Hirurgija
Za navedenu oblast matični su sljedeći fakulteti	
Medicinski fakultet Univerziteta Crne Gore (studijski program Medicina)	
A. IZVJEŠTAJ SA JAVNE ODBRANE POLAZNIH ISTRAŽIVANJA DOKTORSKE DISERTACIJE	
<p>Javna odbrana polaznih istraživanja i izlaganje istraživačkog programa (ciljevi i očekivani rezultati) doktorske disertacije kandida mr sci. dr Ilaza Miftaria, održana je 01.07.2022 godine u 9h u sali za sastanke(dekanat) Medicinskog fakulteta Univeziteta Crne Gore pred komisijom u sastavu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Ranko Lazović, redovni profesor Medicinskog fakulteta UCG, predsjednik komisije 2. Dr. Miodrag Radunović, redovni profesor Medicinskog fakulteta UCG, mentor – član komisije 3. Dr. Zoran Terzić, docent Medicinskog fakulteta UCG, član komisije <p>U uvodnom dijelu kandidat je obrazložio predloženu temu i izložio dosadašnja istraživanja u navedenoj oblasti u Crnoj Gori i svijetu, definisao ciljeve i hipoteze koje će biti provjerene tokom izrade doktorskog istraživanja. Nakon toga, kandidat je Komisiji</p>	

predstavio dizajn istraživanja, upoznao ih sa ispitanicima i metodologijom rada, statističkom analizom koja će biti korišćenja pri izradi doktorske teze, kao i očekivanim rezultatima i naučnim doprinosom. Po završetku izlaganja, članovi Komisije su postavljali pitanja, na koja je kandidat uspješno odgovorio, dali komentare i sugestije za uspješan završetak doktorske teze. Komisija je jednoglasno donijela odluku da je kandidat uspješno odbranio polazna istraživanja i da je odabrana tema za izradu doktorske disertacije podobna. Odbrana predloga teze doktorske disertacije je završena u 10h.

B. OCJENA PODOBNOSTI TEME DOKTORSKE DISERTACIJE

B1. Obrazloženje teme

Hernia /kila/ predstavlja izbočenje peritoneuma kroz urodjeni ili stečeni otvor na prednjem trbušnom zidu čiji sadržaj mogu biti organi trbušne duplje. Reparacija hernia(hernioplastica) preponske regije uz holecistektomiju spada u najčešće izvođene operacije u abdominalnoj hirurgiji /25-30%/. Godišnje se u Velikoj Britaniji uradi 80.000 operacija preponskih kila, u Francuskoj 100000 , a u SAD oko 700000 godišnje.

Operacija inguinalnih kila je jedna od najčešće izvođenih operativnih postupaka u svijetu. Smatra se da se danas operiše oko 20 miliona stanovnika od ove bolesti na godišnjem nivou. Cloocetova teorija u etiologiji nastanka preponskih kila pripada istoriji, a naučna potvrda se bazira na kongenitalnim slabostima kolagena i fascije transverzalis. Neadekvatno formiran valvularni mehanizam na dubokom otvoru inguinalnog kanala (Shutter) i deklansirajući faktori povećanja intraabdominalnog pritiska (kašalj,opstipacije, trudnoća, ciroza, intraabdominalni tumori,napor) samo ubrzavaju manifestacije kongenitalnih slabosti.

Incidenca i prevalenca ove bolesti kod ljudi u najproduktivnijem periodu života od 16 do 65 godine,preponskih kila kod muškaraca, butnih kod žena,kao i uvođenje savremenih metoda u rješavanju istih, traži naučni pristup i potvrdu da herniomesh tehnike imaju prednost u odnosu na tenzione,gdje je svoje mjesto sačuvala Shouldice tehnika sa svojim varijacijama.

I pored duge istorije rješavanja defekata prednjeg trbušnog zida, ni danas nije u potpunosti postignuta saglasnost o idelanoj metodi/metodama za najkvalitetnije rješavanje ovog patoanatomskog supstrata.

Upravo,ta saznanja su tražila naučni pristup u istraživanju i komparaciji danas dvije najizvođenije hirurške tehnike pri rješavanju defekata inguinalne regije. Tenzione,Shouldice,modifikacija Berliner Darn, i beztenzione, hernio mesh plastice sec. Lichtenstein.

Kroz istraživanje, praćenje i postoperativni tok evidentiraće se prednosti i nedostaci jedne i druge operativne metode.

Odluka o ovom radu i istraživanju uslovljena je kadrovskim i profesionalim mogućnostima hirurškog odjeljenja jedne regionalne bolnice.

Nepoznavanje anatomije inguinalnog kanala u početnoj fazi liječenja preponskih kila bazirana je na primitivnim hirurškim zahvatima koji su rezultirali velikim procentom recidiva.

Pojavom Bassinia i tehnike liječenja postavljeni su temelji naučnog rješavanja defekata inguinalne regije.

Sve dalje tehnike predstavljaju modifikaciju Bassinieve tehnike i dale su odlične rezultate za period druge polovine 20 -og vijeka.

Danas se dominantno vrše hernioplastice po beztenzionim tehnikama, Trabucco, Lichtenstein, Pro Grippe.

Odlika beztenzionih tehnika je niska stopa komplikacija (seromi, hematomi, infekcije, postoperativni bol, orchitis). Minuciozna tehnika, s anatomsom postavkom mrežice garantuje anatomska reparaciju i minimalnu stopu recidiva koja je manja od 1%.

Lichtenstein metoda je danas najzastupljenija beztenzionna herniomesh tehnika u rješavanju defekata preponske regije.

Grupa skandinavskih autora Andersen K. et al. (2016.) opisuju prednosti Lichtenstein tehnike u rješavanju defekata inguinalne kile uz opisanu minimalno detektovanu seksualnu disfunkciju kao prateću komplikaciju.

Papazios B. et al. (2017.) iz svojih istraživanja konstatuju da sigurnost reparaciji kila i skoro istim rezultatom daje fiksirana i ne fiksirana mrežica tokom reparacije po Lichtensteinu. Slične rezultate objavljuju i turski autori Serdar S., et al. „da se puna efikasnost postiže non fiksacijski postavljenom mrežicom na fasciji transversalis.

Francuski autori podržavaju stav kolega sa Shouldice klinike iz Kanade, da zbog izvanrednih rezultata i niskih stopa recidiva, Shouldice metodu i njene modifikacije ne smiju se odbaciti ili zanemariti.

B2. Cilj i hipoteze

Cilj rada je da uporedimo rezultate istraživanja nakon operacija dvije grupe pacijenata različitim operativnim tehnikama. Jedna grupa će biti operisana tenzionom metodom Shouldice, modificirana po Berliner-Darn-u a druga grupa pacijenata, koja će biti komparabilna biće pacijenti operisani beztenzionom metodom po Lichtensteinu.

Fokus u ovom istraživanju biće na sledećim pitanjima:

- *Adekvatnost primjene ovih tehnika kod svakog tipa inguinalnih kila
- *Da se odredi i komparira opravdanost primjene jedne ili druge metode kod različitog tipa inguinalne kile
- *Evidentiranje postoperativnih komplikacija
- *Određivanje intenziteta postoperativnog bola (VAS skala, numericka)
- *Određivanje i praćenje efekata primjene savnog materijala kod obje tehnike
- *Mjerenje dužine hospitalizacije
- *Mjerenje vremena do povratka radnim i životnim aktivnostima nakon operativnog tretmana
- *Incidenca komplikacija nakon operacija
- *Pojava recidiva

Radna hipoteza:

Rješavanje preponskog sindroma ili kila dischtenstein metodom je bolja solucija za pacijenta. Broj postoperativnih komplikacija, vrijeme hospitalizacije je kraće, potreba za analgezijom je kraća, manja je upotreba analgetika, brži povratak profesionalnim obavezama što upućuje na bolji cost benefit ove operativne tehnike.

Stopa recidiva je zanemarljiva manja od 0,5%

3. Metode i plan istraživanja

Studija će biti uradjena kombinovanom metodologijom, prospektivno retrospektivnom analizom operisanih pacijenata na Hirurškom odjeljenju Regionalne bolnice u Tetovu.

Ukupno će biti operisano 100 pacijenata podjeljenih u dvije grupe po 50, komparabilnih po polu,

uzrastu, tipu preponskog defekta. 50 će biti operisano Shouldice modificatio Berliner Darn metodom a druga grupa, pacijenata takodje će brojati 50 i oni će biti operisani beztenzionom tehnikom Lichtenstein metodom.

Definisani su uključujući kriterijumi starosna doba od 20 do 80 godina i dijagnostikovana inguinalna kila kod pacijenta.

Definisani su i isključujući kriterijumi:

- *komorbiditet kolagenopatija
- *pacijenti na dijalizi(ARI)
- *pacijenti sa cirozom
- *alergije na medikamente ili šavni materijal
- *pacijenti na terapiji na imunosupresivnim lijekovima
- *pacijenti sa koagulopatijama

Algoritam dijagnostičkih postupaka je definisan:

- klinički pregled
- Ehosonografija
- CT
- MR

Obije grupe pacijenata biće obradjene korišćenjem komparativnih , analitičkih i deskriptivnih metoda.VAS i numericka ce definisati percepciju bola.

Za planirano istraživanje , ispitivanje učestalosti, poredjenja učestalosti i povezanosti svih ranije navedenih varijabli i determinanti biće korišćen Samples s- test za testiranje statističke razlike između varijabli obiju hirurških metoda.

Za obradu podataka biće korišćen statistički program SPSS 19.

Svaki bolesnik prije ulaska u ispitivanje potpisaoće Informisani pristanak o dobrovoljnom učešću u ispitivanju,uz prethodno odobrenje Etičkog komiteta Regionalne bolnice u Tetovu ,SRM.

Plan istraživanja:

Predgovor

Abstract

POGLAVLJE 1. UVOD

- 1.1 Istorijski razvoj hirurgije preponskih kila, sa dosadašnjim istraživanjima.
- 1.2 Definicija preponskih kila.
- 1.3 Epidemiologija bolesti
- 1.4 Demografski i socioekonomski aspekti preponskih kila.
- 1.5 Anatomija ingvinalne regije i kila.
- 1.6 Hirurska anatomija kila.
- 1.7 Fiziologija ingvinalne regije.
- 3.8 Etiologija bolesti(ingvinalnih kila).
 - 1.8.1 kongenitalni ili urođeni faktori.
 - 1.8.2 stečeni ili predisponirajući faktori.
- 1.9 Podjela ili klasifikacija ingvinalnih kila .
 - 1.9.1 Tip; direktne, indirektne, femoralne, recidivantne.

- 1.9.2 reponabilne ili neroponabilne.
- 1.10 Klinička slika bolesti (ingvinalnih kila).
- 1.11 Diferencijalna dijagnoza.
- 1.12 Dijagnoza bolesti (ingvinalnih kila).

- 1.13 Liječenje (operativno).
- 1.13.1 Shouldice metoda, modificirana po Berliner-Darn-u.
- 1.13.2 Lichtenstein metoda.

POGLAVLJE 2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA SA RADNOM HIPOTEZOM

POGLAVLJE 3. MATERIJALI I METODE

POGLAVLJE 4. REZULTATI

- 4.1 Distribucija po polu.
- 4.2 Distribucija po uzrastu pacijenata.
- 4.3 Distribucija po tipu ingvinalne kile
 - 4.3.1 direkna kila
 - 4.3.2 indirekna kila
 - 4.3.3 mješovita
 - 4.3.4 femoralna
 - 4.3.5 ingvinoscrotalna per magna
 - 4.3.6 recidivantna.
- 4.4 Distribucija po vrsti korišćene anestezije u toku operacije.
 - 4.4.1 opšta (ETA)
 - 4.4.2 regionalna
 - 4.4.3 lokalna
- 4.5 Distribucija prema vrsti hirurške metode koja će se primjenjivati u toku zahvata, ili hirurške intervencije
- 4.6 Distribucija prema vrsti korišćenog šavnog materijala.
- 4.7 Distribucija prema vremenu trajanja hirurške inervencije.
- 4.8 Distribucija prema pojavi intraoperativnih komplikacija.
(krvarenje, ili eventualne jatrogene lezije krvnih sudova).
- 4.9 Distribucija prema intenzitetu postoperativnog bola. (VAS scala)
- 4.10 Distribucija prema (rane postoperativne komplikacije).
 - 4.10.1 hematomi
 - 4.10.2 seromi
 - 4.10.3 infekcije operativne rane.
- 4.11 Distribucija prema vremenu trajanja hospitalizacije.
- 4.12 Distribucija prema vremenu trajanja potpunog oporavka.
- 4.13 Distribucija prema kasnim postoperativnim komplikacijama.
 - 4.13.1 recidivi.
 - 4.13.2 permanenta bol.

- 4.13.3 eventualne seksualne disfunkcije
- 4.14 Distribucija prema Cost benefit analizi.

POGLAVLJE 5. DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA

POGLAVLJE 6. ZAKLJUČAK

POGLAVLJE 7. LITERATURA

B4. Naučni doprinos

S obzirom na to, da su operacije preponskih kila najcesce operacije koje se izvode u hirurgiji, rezultati dobijeni na kraju ove studije omogucice adekvatan izbor operativne metode za rješavanje inguinalnih kila. Istraživanje ce pokazati koja metoda daje manje recidiva, kracu hospitalizaciju, brži oporavak pacijenata, manji bol, manje komplikacije i zanemarljivi broj recidiva. Rezultati istraživanja ce pokazati kost benefit analizom prednosti operativne tehnike kod pacijenata za zdravstveni sistem u cjelini.

B5. Finansijska i organizaciona izvodljivost istraživanja

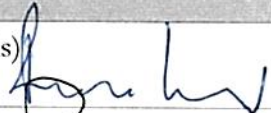



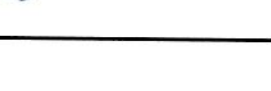
Istraživanje predložene doktorske disertacije sprovodiće se na Hirurškom odjeljenju Regionalne bolnice u Tetovu, SRM. Svi materijali za rad, kao i planirane metode istraživanja su dostupni kandidatu, zaključujemo da je istraživanje finansijski i organizaciono izvodljivo.

LITERATURA:

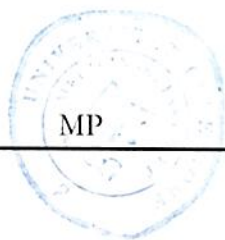
1. Aytaç B, Cakar KS, Karamercan A., „Comparison of Shouldice and Lichtenstein repair for treatment of primary inguinal hernia“, Acta Chir Belg. 2004 Aug;104(4):418-21;
2. Dabić D, Perunčić V, Marić B., „One step procedure local anaesthesia for inguinal hernia repair in ambulatory surgery conditions--district general hospital experience“, Acta Chir Jugosl. 2012;59(1):87-93;
3. Eker HH, Langeveld HR, Klitsie PJ, van't Riet M, Stassen LP, Weidema WF, Steyerberg EW, Lange JF, Bonjer HJ, Jeekel J., „Randomized clinical trial of total extraperitoneal inguinal hernioplasty vs Lichtenstein repair: a long-term follow-up study“, Arch Surg. 2012 Mar;147(3):256-60. doi: 10.1001/archsurg.2011.2023;
4. Fricano S, Fiorentino E, Cipolla C, Matranga D, Bottino A, Mastrosimone A, Bonanno E, Latteri MA., „A minor modification of Lichtenstein repair of primary inguinal hernia: postoperative discomfort evaluation“, Am Surg. 2010 Jul;76(7):764-9;
5. Gedam BS, Bansod PY, Kale VB, Shah Y, Akhtar M., „A comparative study of Desarda's technique with Lichtenstein mesh repair in treatment of inguinal hernia: A prospective cohort study“, Int J Surg. 2017 Mar; 39:150-155. doi:10.1016/j.ijssu.2017.01.083. Epub 2017 Jan 25;

6. Gourgiotis S, Germanos S, Stratopoulos C, Moustafellos P, Panteli A, Hadjiyannakis E., „Lichtenstein tension-free repair of inguinal hernia“, Chirurgia (Bucur). 2006 Sep-Oct;101(5):509-12;
7. Karatepe O, Adas G, Battal M, Gulcicek OB, Polat Y, Altioek M, Karahan S, „The comparison of preperitoneal and Lichtenstein repair for incarcerated groin hernias: a randomised controlled trial“, Int J Surg. 2008 Jun;6(3):189-92. doi: 10.1016/j.ijssu.2008.02.007. Epub 2008 Mar 7;
8. Koning GG, Koole D, de Jongh MA, de Schipper JP, Verhofstad MH, Oostvogel HJ, Vriens PW, „The transinguinal preperitoneal hernia correction vs Lichtenstein's technique; is TIPP top?“, Hernia. 2011 Feb;15(1):19-22. doi: 10.1007/s10029-010-0744-2;
9. Langeveld HR, van't Riet M, Weidema WF, Stassen LP, Steyerberg EW, Lange J, Bonjer HJ, Jeekel J, „Total extraperitoneal inguinal hernia repair compared with Lichtenstein (the LEVEIJ-Trial): a randomized controlled trial“, Ann Surg. 2010 May;251(5):819-24. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181d96c32;
10. Niebuhr H, Pawlak M, Köckerling F., „Differentiated application of recommended guideline techniques for treatment of inguinal hernia“, Chirurg. 2017 Apr;88(4):276-280. doi: 10.1007/s00104-017-0379-2. German;
11. Porrero JL, Bonachía O, López-Buenadicha A, Sanjuanbenito A, Sánchez-Cabezudo C., „Repair of primary inguinal hernia: Lichtenstein versus Shouldice techniques. Prospective randomized study of pain and hospital costs“, Cir Esp. 2005 Feb;77(2):75-8. Spanish;
12. Reinpold WM, Nehls J, Eggert A., „Nerve management and chronic pain after open inguinal hernia repair: a prospective two phase study“, Ann Surg. 2011 Jul;254(1):163-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31821d4a2d;
13. Samaali I, Zenaïdi HH, Dougaz W, Khalfallah M, Jarraya H, Nouira R, Bouasker I, Dziri C., „Treatment of inguinal hernia by lichtenstein technique: an open prospective study“, Tunis Med. 2016 Dec;94(12):872;
14. Sharma P, Boyers D, Scott N, Hernández R, Fraser C, Cruickshank M, Ahmed I, Ramsay C, Brazzelli M., „The clinical effectiveness and cost-effectiveness of open mesh repairs in adults presenting with a clinically diagnosed primary unilateral inguinal hernia who are operated in an elective setting: systematic review and economic evaluation“, Health Technol Assess. 2015 Nov;19(92):1-142. doi: 10.3310/hta19920. Review;
15. Tarchi P, Cosola D, Germani P, Troian M, De Manzini N., „Self-adhesive mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. Experience of a single center“, Minerva Chir. 2014 Jun;69(3):167-76. Epub 2014 Apr 15;
16. Willaert W, De Bacquer D, Rogiers X, Troisi R, Berrevoet F., „Open Preperitoneal Techniques versus Lichtenstein Repair for elective Inguinal Hernias“, Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11;(7):CD008034. doi:10.1002/14651858.CD008034.pub2. Review;
17. Zuvella M., „The modified Lichtenstein technique for complex inguinal hernia repair-- how I do it“, Acta Chir Jugosl. 2011;58 (1):15-28.

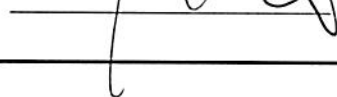
Mišljenje i prijedlog komisije

<p>Nakon uvida u priloženu dokumentaciju, javnog izlaganja kandidata i nakon diskusije, Komisija je dala pozitivnu ocjenu podobnosti doktorske teze i kandidata. Komisija je misljenja da je predložena tema aktuelna, da zadovoljava nivo doktorske disertacije sa prepoznatljivim naučnim doprinosom.</p> <p>Na osnovu prethodno navedenih stavova, Komisija predlaže Vijeću Medicinskog fakulteta i Senatu UCG da prihvate ovaj Izvještaj i odobre nastavak naučno istraživačkog rada na doktorskoj disertaciji.</p>		
Prijedlog izmjene naslova		
(po potrebi predložiti izmjenu naslova)		
Prijedlog promjene mentora i/ili imenovanje drugog mentora		
(titula, ime i prezime, ustanova)		
Planirana odbrana doktorske disertacije		
(godina i semestar)		
Izdvojeno mišljenje		
(popuniti ukoliko neki član komisije ima izdvojeno mišljenje)		Ime i prezime
Napomena		
(popuniti po potrebi)		
ZAKLJUČAK		
Predložena tema po svom sadržaju odgovara nivou doktorskih studija.	DA	NE
Tema je originalan naučno-istraživački rad koji odgovara međunarodnim kriterijumima kvaliteta disertacije.	DA	NE
Kandidat može na osnovu sopstvenog akademskog kvaliteta i stečenog znanja da uz adekvatno mentorsko vođenje realizuje postavljeni cilj i dokaže hipoteze.	DA	NE
Komisija za ocjenu podobnosti teme i kandidata		
Dr Ranko Lazović, redovni profesor Medicinskog fakulteta UCG, predsjednik komisije	(Potpis)	
Dr Miodrag Radunović, redovni profesor Medicinskog fakulteta UCG, mentor – član komisije	(Potpis)	
Dr Zoran Terzić, docent Medicinskog fakulteta UCG, član komisije	(Potpis)	
(Titula, ime i prezime, ustanova i država člana komisije)	(Potpis)	
(Titula, ime i prezime, ustanova i država člana komisije)	(Potpis)	

U Podgorici, 01.07.2022



DEKAN
Prof.dr Miodrag Radunović



PRILOG

PITANJA KOMISIJE ZA OCJENU PODOBNOSTI DOKTORSKE TEZE I KANDIDATA	
(Prof. dr Ranko Lazović)	Broj kandidata za istraživanje i komparabilnost grupa
(Doc. dr Zoran Terzić)	Bez pitanja
(Prof. dr Miodrag Radunović)	Ispitivanje osjećaja bola, numeričkom i VAS (vizuelnom skalom).
(Titula, ime i prezime člana komisije)	
(Titula, ime i prezime člana komisije)	
PITANJA PUBLIKE DATA U PISANOJ FORMI	
(Ime i prezime)	
(Ime i prezime)	
(Ime i prezime)	
ZNAČAJNI KOMENTARI	



UNIVERZITET CRNE GORE
MEDICINSKI FAKULTET

Primjena	11.03.2022		
Org. jed.	Broj	Prilog	Vrijednost
med	415		

UNIVERZITET CRNE GORE
Obrazac PD: Prijava teme doktorske disertacije

PRIJAVA TEME DOKTORSKE DISERTACIJE

OPŠTI PODACI O DOKTORANDU	
Titula, ime i prezime	Mr. Sci Dr. Ilaz Miftari
Fakultet	Medicinski
Studijski program	Medicina-Kliničke studije
Broj indeksa	- 42 / 15
Ime i prezime roditelja	Miftar Miftari
Datum i mjesto rođenja	19.12.1962, Tetovo, R. Makedonija
Adresa prebivališta	Selo Rečica - Tetovo, R. Makedonija
Telefon	+389 70 329 961
E-mail	ilazmiftari1@gmail.com; i.miftari@yahoo.com
BIOGRAFIJA I BIBLIOGRAFIJA	
Obrazovanje	<ul style="list-style-type: none">- Subspecijalizant digestivne hirurgije od januara 2017, Klinika za digestivnu hirurgiju, KBC - Skopje, R. Sjeverna Makedonija.- Magistratura (magistarski rad) odbranio u mjesecu januaru, 2012. god. na Medicinskom fakultetu u Prištini, KS.- Specializaciju iz endoskopske hirurgije (jedan dio) završio sam 2002, KBC u Mariboru R Slovenija.- Specijalizaciju iz opšte hirurgije završio u mjesecu martu, 2005. god. na Medicinskom fakultetu u Skoplju, R. Sjeverna Makedonija.- Medicinski fakultet završio 1987. god. u Prištini, APK, RS, SFRJ.
Radno iskustvo	<ul style="list-style-type: none">- Od 2000. god. pa sve do danas, najprije kao specijalizant, nakon toga i kao specijalist - hirurg, na Odeljenju opšte hirurgije i traumatologije - Kliničke bolnice u Tetovu.- Od 1990. do 2000. god., radio sam kao ljekar opšte prakse u Domu zdravlja i u Službi hitne pomoći i domaće posjete u Tetovu.
Popis radova	<ol style="list-style-type: none">1. Miftari I., Besimi I., Saliu F., Muharemi F., Hasani I., „Osteodistrophy-Postrumatica“, Association of Albania Medical Doctors in Macedonia, ISSN 1409-6366 UCD 61, 27-29 October, 2017, Struga R. of Macedonia.2. Besimi I., Muharemi F., Saliu F., Miftari I., Vejseli R., Hasani I., „Pro-grip proteza-teknike operative si menyre e zgjidhjes se hernive ingvinale recidivante, Association of Albania Medical Doctors in Macedonia, ISSN 1409-6366 UCD 61, 27-29 October, 2017, Struga R. Of Macedonia.

	<ol style="list-style-type: none">3. Ramadani E., Saliu F., Besimi I., Muharemi F., Miftari I., „Pneumotoraksi spontan tek karcinomi i mushkerive“, Contemporary Trends of Medical Sciences and the Development Dynamics of Modern Medicine Interantuonal; ISCFMS , ISBN 978-608-217-039-8. June 3-4 , 2016, Tetovo, R. of Macedonia.4. Saliu F., Besimi I., Muharemi F., Miftari I., Ramadani E. , „Occlusion Due to Gallstones in the Biliary Tract“, Contemporary Trends of Medical Sciences and the Development Dynamics of Modern Medicine Interantuonal; ISCFMS , ISBN 978-608-217-039-8. June 3-4 , 2016, Tetovo R. of Macedonia.5. Miftari I., Muharemi F., Saliu F., Besimi I., Ramadani E. , „Metoda bashkekohore ne trajtimin kirurgjik te hernia inguinale“, Contemporary Trends of Medical Sciences and the Development Dynamics of Modern Medicine Interantuonal; ISCFMS , ISBN 978-608-217-039-8. June 3-4 , 2016, Tetovo R. of Macedonia.6. Muharemi F., Saliu F., Besimi I., Miftari I., Ramadani E. , „Prevenimi i trombozes ne kirurgji“, Contemporary Trends of Medical Sciences and the Development Dynamics of Modern Medicine Interantuonal; ISCFMS , ISBN 978-608-217-039-8. June 3-4 , 2016, Tetovo R. of Macedonia.7. Besimi I., Muharemi F., Saliu F., Miftari I., Ramadani E. , „Terapia induktive ne trajtimin kirurgjik te karcinomit te mushkerive“, Contemporary Trends of Medical Sciences and the Development Dynamics of Modern Medicine Interantuonal; ISCFMS , ISBN 978-608-217-039-8. June 3-4 , 2016, Tetovo R. of Macedonia.8. Miftari I. Besimi I., Saliu F., „Syndroma inguinale in active players and treatments“. 2015, Medicus, ISSN 1409-6366 UDC 619. Ramadani E., Besimi I., Miftari I., Fetaj N. , „Polypropylene + Polylactic Acid Self Gripping Semi-resorbable Mesh“, experience e re ne trajtimin e hernive ingvinale“. MEDICUS, Association of Albania Medical Doctors in Macedonia, ISSN 1409-6366 UCD 61, Suplement, 6 28-29 Oktober , 2011, Gostivar, R. Of Macedonia.
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Besimi I., Muharemi F., Ramadani E., Saliu F., Miftari I., Sokolovski Z., „Tromboza , sfide bashkekohore kirurgjikale“ Association of Albania Medical Doctors in Macedonia , 2015, Struga R. of Macedonia. 11. Antropološki i fiziološki aspekti fudbalskih profesionalaca i amatera – razlika (prezentirana na seminare za sport, za edukaciju i licenciranje fudbalskih ili sportskih doktora pri F.F.Makedonije) - Dr. I. Miftari; 12. Spiro-index kod normalnih ljudi i kod sportaša (prezentirana na seminare za sport, za edukaciju i licenciranje fudbalskih ili sportskih doktora pri FFM) - Dr. I. Miftari; 13. Detektiranje preponskog sindroma preko vitalnog kapaciteta pluća i drugih antropoloških parametara kod sportaša (prezentirana na seminare za sport, za licenciranje i edukaciju fudbalskih ili sportskih doktora pri FFM) - Dr. I. Miftari;
NASLOV PREDLOŽENE TEME	
Na službenom jeziku	Evaluacija kliničkih parametara, cost benefit analize i kvaliteta života pacijenata operisanih metodom Shouldice, modifikacija Berliner-Darn u poređenju sa Lichtenstein tehnikom pri rješavanju defekata preponske regije.
Na engleskom jeziku	Evaluation of clinical parameters, cost-benefit analysis of the quality of life of patients operated by Shouldice, Berliner-darn modifications compared to the Lichtenstein technique for solving the defects in inguinal region.
<p>Obrazloženje teme</p> <p>Uzimajući u obzir veliku prevalenciju ili veliki broj lica oba pola i različitog uzrasta koji pate od ove problematike ili su pogodeni ovim zdravstvenim problemom, te činjenicu da je ovim problemom pogodan i onaj najproduktivniji dio stanovništva, tj. osobe od 18 do 65 god. (u produktivnom uzrastu), a bazirajući se na naše kadrovske mogućnosti, kao i na naš profesionalni nivo (odnosno nivo jedne regionalne bolnice) možemo uraditi sledeće:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dijaĝnostika, - Planiranje (preoperativno), - Adekvatno tretiranje, kao i donošenje pravih - Zaključaka u vezi sa unapređivanjem odgovarajućega tretmana ove zdravstvene problematike. <p>Zaključci će se doneti uglavnom na osnovu analize slijedećih parametara:</p>	

KOMPARACIJA PARAMETARA U SKLOPU PREOPERATIVNE DIJAGNOSTIKE

1. Antropometrijski parametri (visina, telesna težina i dr.);
2. Laboratorijski parametri;
3. Pojava kila (prema polu);
4. Pojava kila prema uzrastu pacijenata;
5. Lokalni preoperativni klinički nalaz kila (levostrana, desnostrana, obostrana);
6. Tip kila prema kliničkom pregledu (direktne, indirektne, femoralne, recidivantne);
7. Vrsta korišćene anestezije u toku hirurškog zahvata:
 - opšta,
 - regionalna,
 - lokalna.

KOMPARACIJA PER-OPERATIVNIH ILI INTRAOPERATIVNIH PARAMETARA

1. Tip kila evidentiranih tokom ili nakon hirurške eksploracije;
 - Direktne,
 - Indirektne,
 - Bisagaste (kombinovane),
 - Femoralne.
2. Klasifikacija kila tokom hirurškog rada ili intervencije prema Gilbert-u;
3. Promjer kilnog defekta;
4. Prikaz i komparacija sadržaja kilne kese;
5. Vrsta hirurške metode ili hernioplastike:
 - Shouldice metoda, modifikacija po Berliner-Darn-u
 - Lichtenshtein metoda;
6. Vrsta (korišćenog) šavnog materijala;
7. Vrijeme trajanja hirurške intervencije;
8. Intraoperativne ili per-operativne komplikacije (lezije);
 - vaskularne,
 - nervne,
 - visceralne lezije.

KOMPARACIJA POST-OPERATIVNIH PARAMETARA

1. Intenzitet ili nivo postoperativnog bola;
2. Nivo postoperativne telesne temperature;
3. Manifestacije u postoperativnom periodu (povraćanje, slabost, mučnina, glavobolja);
4. Postoperativna aktivnost pacijenata;
5. Rane postoperativne komplikacije (hematomi, seromi, infekcije operativne rane);
6. Vrijeme trajanja hospitalizacije;
7. Vrijeme trajanja potpune rekuperacije;
8. Kasne postoperativne komplikacije (recidivi, permanentna bol, seksualne disfunkcije);
9. Kost benefit analiza.

Analizirajući navedene parametre, daćemo relevantni doprinos u domenu poboljšanja rezultata u tretmanu kile, brži postoperativni oporavak i minimalni rizik od eventualnih kasnijih postoperativnih komplikacija; kakve su, na primjer: recidiv, eventualne seksualne disfunkcije, permanentan osjećaj bola i dr.

Pregled dosadašnjih istraživanja

Od davnina uzev kile, su čovjeku uvek pričinjavale velike smetnje i poteškoće, pa je upravo ova činjenica bila glavnim uzrokom pojave veoma ranih početnih mišljenja; u stvari, opis i istraživanja u vezi sa ovom problematikom počinju prije naše ere, međutim, ona su bila početna i nedovoljna da bi mogla riješiti jedan ozbiljan problem poput problema kila.

U toku vijekova smenjivale su se razne metode liječenja kila, jer hirurgija nije bila dovoljno razvijena kao nauka, a hirurgija kila još manje, jer herniologija nije mogla pratiti razvoj ostale hirurgije.

Nepoznavanje anatomije datog regiona diktirao je da se kile tretiraju na primitivan i neadekvatan način, ali velika prevalencija kila rezultirala je da hirurško rješavanje ovog stanja ima najdužu tradiciju, koju mnogi razvrstavaju u tri vremenska perioda, i to:

- a) Prva faza - od početka razvoja hirurgije, pa do kraja XIX vijeka i pojave ere E.Bassini-ja;
- b) Druga faza - obuhvata prve dvije trećine XX vijeka;
- c) Treća faza - počinje osamdesetih godina XX vijeka i traje sve do danas.

Neki pak autori istoriju tretiranja ingvinalnih kila dele na:

- 1) Od antičkog doba do XV vijeka;
- 2) Era početka herniologije od XV do XVII vijeka;
- 3) Anatomska era od XVII do XIX vijeka;
- 4) Era reparacije hernija pod tenzijom od XIX vijeka do polovine XX vijeka;
- 5) Era reparacije hernija bez tenzije od sredine XX vijeka, pa sve do danas.

Prva varijanta datih periodizacija prema mom mišljenju je adekvatnija i ja ću se u svom radu referirati prema njoj.

Gledano istorijski, saznanja o kilama postojala su otkad postoji ljudski rod ili tačnije još prije naše ere kada su Egipćani, Feničani, Stari Grci (Hipokrat) postavljali dijagnozu kila. Ovaj period je karakterističan po primitivnim napravama kojima su stari narodi rješavali ovaj problem.

Pokušaji reparacije kila obično su bili praćeni kastracijom, dok je inkarcerirana kila u ona vremena obično imala fatalan ishod.

Riječ hernija potiče od starogrčke reči *herons*, što znači izbočina, a Hipokratova škola je čak i u ono doba pravila razliku između kile (hernije) i vodene kile (hidrocele).

Kada je reč o nekim istorijskim saznanjima koja nam daju podatke o ondašnjim lekarima, i to naročito o onima koji su bili dužni da se brinu o zdravlju vladara, potrebno je istaći da su oni imali solidno znanje o anatomiji čovjekovog tijela i da su razvili prve hirurške tehnike, između ostalih i hirurške tehnike liječenja kila, na primjer:

Galen (129-201) u svojim spisima detaljno je opisao muskulaturu abdominalnog zida, pa je čak dao i koncept za peritonealnu kesu.

Celzsius (40 god.), iako nije imao potrebno medicinsko znanje, uspeo je da dokumentuje enciklopedijske detalje Rimske hirurške prakse kao taxis-metodu, koja se primenjivala kod uklještenja; zatim, pojasevima je kontrolisana reponibilna kila, dok je operacija savjetovana kod pojave bola, kao i u slučajevima malih kila kod mladih. Kilna kesa je mogla biti resecirana kroz skrotalni rez, i onda je rani bilo dozvoljeno da granulira per secundam, a cikatrix je smatran optimalnom zamjenom za zid abdomena.

Česta metoda kojom su se služili u to vrijeme za tretiranje kila bila je i redukcija sadržaja kese, pokušaji obliteracije uz pomoć procesa inflamacije i gangrene putem drvenih blokova kojima su pritiskali zidove kilne kese.

Paul od Aegine (800-900), posljedni grčko-rimski enciklopedista i hirurg, prije početka onog mračnog srednjovjekovnog doba, uspeo je da napiše nekoliko knjiga i uspešno je pravio razliku između inkompletne preponske i skrotalne kile; takode, opisao je i sadržaj kilne kese, dok je kao uzročnika kilne kese identifikovao testis.

Nakon ovih prvih pionira iz onog doba hirurgije, koji su i te kako dali solidan doprinos nauci, dolazi srednjovjekovna era, u kojoj, kao uostalom i druge nauke, i hirurgija stagnira i to sve do početka renesanse.

Za vrijeme mračnog srednjovjekovnog perioda, upotreba noža je uveliko napuštena, tek poneka škola je u to doba prakticirala hirurgiju, kao naprimjerice, Univerzitet u Salernu u XIII vijeku, gdje je došlo do blagog oživljavanja hirurške prakse, to je jedan redak primjer srednjovjekovne ere medicinske nauke.

Gaj de Chauliac 1363 g. razdvojio je pojam femoralne od pojma preponske kile, on je razvio taxis za uklještenne kile, preporučujući „glavu dole“ (Trendelenburg poziciju). Ovaj autor je bio Francuz koji je studirao u Tuluzu i Monpeljeju, a kasnije u Bolonji učio je anatomiju kod Nikole Bertučija. To je autor koji je poznat i po tome što je intenzivno pisao o kilama u svojoj knjizi „Hirurgija“ gdje je dao detaljan opis dijagnostike i metode tretmana ingvinalnih kila.

Gaj je bio najveći autoritet i ekspert u svom dobu, on je opisao četiri vrste hirurških intervencija:

- a) prva je bila herniotomija bez kastracije;
- b) druga je sadržala presjecanje kile do pubične kosti;
- c) treća - prošivanje kilne kese za komad drveta;
- d) četvrta je bila tretman kila bandažiranjem, dijetom i odmaranjem (konz. metoda).

Pirre Franco - autor knjige „Tretman hernija“, izdate 1561. god. u Lionu, daje standardizaciju principa hirurgije kila u ono doba.

Franco je uspeo da popularizira „tačkasti aurium“, hirurški instrument kojim je pravio mali rez izolirajući kilnu kesu od funiculus spermaticusa, ušivao je zlatnim koncima štedeći testise. On je izabrao zlatni konac jer je zlato smatrao metalom koji ne izaziva reakciju okolnih tkiva, i uz to puno je pisao o svojim slučajevima, gdje između ostaloga, savjetuje ranu intervenciju i predlaže cijelono napuštanje konzervativne metode.

Stromayer - Njemački hirurg 1559, dao je veliki doprinos hirurgiji svojom knjigom „**Practica Copiosa**“, gdje je doneo detaljan opis kila, on je štaviše uspeo da razgraniči čak i pojam direktne i indirektne preponske kile.

Njegova operativna metoda - visoka ligatura indirektne kilne kese bila je otkriće, mada je on dizajnirao i pojaseve za kile po zahtjevima svakodnevnih životnih potreba.

Poslije njega slijede mnogi drugi autori, koji će, svako na svoj način, dati određeni doprinos u rješavanju problema kila, kao naprimjerice:

- **Ambroise Pare**, isto kao i **Franco**, autori francuskog porijekla, dali su rješenje kila i konkretnije mišljenje u vezi sa ovom bolešću; ali najveći napredak u hirurgiji kila nastao je nakon uvođenja **Listerovih** antiseptičnih metoda, 1869. godine.

- **Championniere**, 1869. u Francuskoj prvi je odstranio kilu pod antiseptičnim uslovima.

Veliki doprinos sa aspekta anatomije dat je u periodu koji obuhvata kraj osamnaestog i prvu polovinu devetnaestog vijeka ili tačnije period od 1750. do 1865. godine, ta era je poznata pod imenom „doba disekcije“ u kojoj je glavni doprinos dala jedna velika grupa istraživača, među njima se nalaze i: **Antonio Scarpa**, **Astley Cooper**, **Pott**, **John Hunter**, **Thomas Morton**, **Franz Hesselbach**, **Don Antonio Gimbernati**, **Henle** i još mnogo drugih autora.

- **Kamper** je prvi opisao fasciju kao tvorevinu koja se nalazi između kože i duboke fascije.

- **Sir Percival Pott**, opisao je patofiziologiju uklještenja i preporučio hirurško rješavanje problema.

- **Sir Astley Cooper** početkom XIX vijeka je objasnio vensku opstrukciju kod uklještenja kila, u svome radu „**Anatomija i hirurško lječenje abdominalnih kila**“ 1807. godine on je opisao sledeće strukture: unutrašnji ingvinalni prsten, ingvinalni kanal, funiculus koji ima kosi pravac kretanja, transferzalnu fasciju, ligament koji nosi njegovo ime Lig. ileo-pubicum Cooperi i konstatirao je da je nastajanje ingv. kile ili preponske kile posljedica insuficijencije unutrašnjega, a ne spoljašnjega prsten:

- **John Hunter** 1728-1793, engleski hirurg i anatom, dao je doprinos u definiciji i ulozi descenzusa testisa prilikom rođenja u pojavi kile.

- **Franz Hesselbach** 1734-1816. prvi je opisao trougao koji i danas nosi njegovo ime i koji je služio kao osnova za diferencijaciju kila: da li prolaze sa spoljašnje ili sa unutrašnje strane epigastričnih krvnih sudova.

- **Fransois Poupart** 1661-1709. u Parizu je dao opis ligamenta koji danas nosi njegovo ime Lig. ingvinalne Pouparti, koji se proteže od tub. Pubicuma, pa do spine iliaca anterior superior.

- **Don Antonio de Gimbernati** 1743-1816. opisuje lakunarni ligament i naglašava mogućnost da se u slučaju potrebe, može bezbedno preseći kod uklještenih femoralnih kila. Svoj značajan doprinos dali su i autori – istraživači, poput: **Anson-a**, **Kondon-a Mc Way**, **Nihas-a** i dr., ali kao što je to i istaknuto malo ranije, antiseptična era, zahvaljujući saznanjima **Listera** 1827-1912. dala je široke mogućnosti za dalji razvoj operativnog lječenja kila, pa i hirurgije u celini, ali nažalost nije uspela da reducira mortalitet koji je zbog peritonita, krvarenja ili drugih komplikacija još uvijek bio visok, a i recidivi su bili češći, nakon izvjesnog postoperativnog perioda.

Dalji napredak hirurgije postignut je uvođenjem anestezije od strane **Craforta Longa** 1842. god., kao procedure, koja je operatorima omogućila da rade u mnogo boljim uslovima, takođe i

Lister-ovim aseptičnim postupcima 1870. god., a naročito **Halshted-dovim** uvođenjem hirurških rukavica 1896. god., kao i **Mikulicz-evim** aseptičnim postupcima u hirurgiji 1904. godine počinje razvoj moderne herniologije i hirurgije u celini.

Prve radove u hirurgiji kila, prateći aseptične principe, prepariranjem kilne kese i vraćanjem u trbuh, objavio je **Marcy** 1871. godine. Svojim radom **Marcy** je postavio tri moderna principa hirurgije preponskih kila: antisepsa-asepsa, visoko ligiranje kilne kese i sužavanje kilnog otvora.

Temelje moderne herniologije ipak je postavio **Eduardo Bassini**, koji 1887. godine objavljuje svoj rad na polju hirurškog lječenja na kongresu Udruženja hirurga u Đenovi, a kasnije i u Padovi.

Bassinijeva metoda sastojala se u otvaranju fascije muskulusa exsternusa abdominis kroz spoljašni kilni otvor, potom je radio resekciju kremasterične fascije uz prikaz spermatične vrpce, potom je otvarao transferzalnu fasciju radi prikazivanja preperitonealnog prostora, zatim je radio visoku disekciju i ligiranje peritonealne vreće, nakon toga je radio pojedinačne šavove od neresorbivnog materijala, rekonstruirao zadnji zid ingvinalnog kanala, šavovima između fascije i musculus tranferzalis ili tranferzalnog luka sa lig. ingvinalne **Poupart**i, nakon toga je pravio i rekonstrukciju unutrašnjega i spoljašnjega anulusa.

Bassinijeva operativna tehnika za rješavanje kila doživjela je mnogobrojne modifikacije, ali moramo rijeći da nije bilo značajnijega poboljšanja postoperativnih rezultata.

Viliams Halhted objavljuje svoju operativnu tehniku rješavanja preponskih kila, koja je u mnogome slična Bassini-jevoj proceduri. Razlika je u tome, što se fascija musculus oblikvusa exsternusa rekonstruira ispod funikulusa spermaticusa.

Sledeći važan događaj u istoriji hirurgije preponskih kila je upotreba iliopectenealnog ligamenta ili (Cooper-ov lig, ligamentum pubicum superior) u učvršćivanju medijalnog dela zida kilne rekonstrukcije, ovaj ligament je prvi put korišćen od strane **Georg Lotheissen** 1898. godine kada je primetio razorenost ligamenta ingv. kod recidivantnih kila.

Lytle, 1945. godine, konstatuje „shuter mehanizam“ ili mehanizam zatvaranja, dubokog ingvinalnog prstena i način rekonstrukcije fascije transferzalis.

Bassini-jeva procedura je bila široko prihvaćena tehnika, a dalji razvoj hirurgije i nova saznanja još nisu potisnuli ovu metodu u potpunosti, pa čak i neke nove modifikacije i metode još uvijek se baziraju ili se oslanjaju na ovu metodu, na primjer **Shouldice** metoda rekonstrukcije kila, direktno potiče od **Bassini-jevih**, **Marsy-jevih** i **Halshted-ovih** principa rekonstrukcije tranferzalne fascije.

Ova tehnika hernioplastike, promovisana je od strane **Shouldice** tokom 1960. godine, a nakon toga slijedi i njena modifikacija po **Berliner-Darn-u** koja će biti široko rasprostranjena tehnika i može da se izvodi i pod lokalnim uslovima, ona će istovremeno i biti predmet rasprave ovog studijuma, kao najprimjenjena tensiona tehnika, gdje će se uporediti prednosti i mane ove operativne tehnike sa bestenzionim premjerima reparacije kila sa meshom po **Lichtenshtein** metodi.

Lichtenshtein je među prvima popularizovao bestensionu hernioplastiku sa protetskim materijalom, iznoseći pri tom izuzetno dobre rezultate u pogledu morbiditeta i recidiva:

SHOILDICE, 1953. godine je svojom metodom rešavanja preponske kile postigao minimalnu stopu recidiva, danas se ova metoda smatra najuspješnijom tenzionom tehnikom.

LICHTENSHEIN, 1986. godine opisao je bestensionu tehniku u rešavanju ingvinalnih kila. Ove dvije posljednje tehnike kao najprimjenjene, jedna kao tenziona i druga kao bestenziona, kao i upoređivanje jedne sa drugom, biće tema odnosno cilj ovog stadijuma proučavanja.

SHOILDICE OPERATIVNA TEHNIKA, MODIFICIRANA PO BERLINER DARN-U

Prvo, pravi se toaleta i izolacija operativnog područja, nakon toga, pravi se ilioingvinalna incizija, ligatura površnih vena, ulazi se u klivaž (cleavage) musculus oblicvusa exsternusa abdominis, prezervira se ilioingvinalni nerv, zaomči se funiculus spermaticus i pristupi se zadnjem zidu ingvinalnog kanala, ude se u klivaž, može, ali nije uvijek neophodno, da se ligiraju spoljni spermatski sudovi, kremaster medijalno u visini unutrašnjeg prstena ligira se i resecira, uz prezerviranje genitalne grane genitofemoralnog nerva.

Preparira se kilna kesa do unutrašnje strane unutrašnjeg prstena, ista se resecira, reducira ili reponira u trbušnu duplju.

Na kraju se pristupi rekonstrukciji, koja se radi produženim šavom polypropylenom 0 ili 1, polazeći od medijalne strane tuberculum pubicum, pa sve do unutrašnjeg prstena kile, uhvativši unutrašnji ili donji list transferzalne fascije sa iliopubičnim traktom (donja ivica ingvinalnog ligamenta), nakon toga, intervencija obuhvata vraćanje nazad i hvatanje fascije ili gornjeg ruba musculus transferzalisa i fascije oblicvusa internusa abdominis, kao i transferzalnog luka za lig. ingvinalne Pouparti.

Treći ili četvrti sloj, takode se šiju kaudokranijalno i obrnuto craniokaudalno, polazeći skoro kroz iste anatomske strukture, ali za nijansu površnije, na kraju se šije fascija m. oblicvusa exsternusa abdominis, formira se spoljašni anulus ili prsten i na samom kraju šije se koža.

Modifikacija po Berliner – Darnu, slična je prvoj ili originalnoj, ali razlika je u tome što se ona radi jednoslojnom, ali dvorednom suturom, a kod originalne shoildice metode imamo dvoslojnu i četvororednu suturu.

LICHTENSHEIN OPERATIVNA TEHNIKA

Incizija, prepariranje, klivaž, zaomćenje funikulusa spermaticusa je slična gorenavedenoj metodi do ove faze, potoa kremaster ne mora se ekscidirati, osim ako je hipertrofičan enormno, zatim se radi prepariranje kilne kese sve do unutrašnjeg prstena gde se ligira, resecira ili reponira u abdomen.

U principu, sve nervne ingvinalne regije treba prezervirati i detektirati da se ne uhvate u šav. Nekad, kod velike direktne kile, može i preporučuje se, da se modificira ova metoda, t.j. da se suži kilni otvor produženom suturom, da bi se ravnao zadnji zid ingvinalnog kanala, da bi mreža legla bez poteškoća, nakon toga se plasira mrežica, fiksira se produženim polypropilenskim šavom (00) za lig ingvinalne Pouparti i gornji rub se šije pojedinačnim suturama za fasciju musculus oblicvusa internusa abdominis, nakon toga se pristupa oblicvusu exsternusu abdominis, i stvara se spoljašni otvor, da bi se na kraju sašila koža.

Istraživači herniolozi novije ere napravili su ili objavili bezbroj radova oko ove dvije metode, koje služe za rješavanje ingvinalnih kila i skoro uvijek su bili u dilemi, koju metodu da primjene ili koja je od ovih dviju bolja u smislu koja daje najbolje postoperativne rezultate, kao što su:

- a) Bez - ili manje postoperativnih recidiva;
- b) Bez postoperativne seksualne disfunkcije;
- c) Bez postoperativnog bola;
- d) Bez postoperativne komplikacije.

U većini radova raznih istraživača o nekim gorespomenutim pitanjima ili dilemama postoje različiti stavovi, u nekima se daje prednost jednoj, a u drugima drugoj metodi, u zavisnosti od tipa hernija (primarna kila, recidivantna, per magna), t.j. javljaju se različita mišljenja u vezi sa metodama koje se primenjuju u reparaciji ingvin. regije.

Treba navesti neka mišljenja više različitih grupa istraživača u vezi sa ovom problematikom:

- **Grupa skandinavskih istraživača: Andresen K, Fonnes S, Rothman JP, Rosenberg J, Sorensen FS** u svome radu, objavljenom oktobra 2016. godine, došli su do zaključka da je kod izvesnog broja ispitanika operiranih Lichtenshtein tehnikom detektirana postoperativna seksualna disfunkcija.

- **Grupa grčkih istraživača: Papaziogas B., Koutelidakis I., Doulis T., Makris J** u svome radu objavljenom februara 2017. godine, komparirajući klasičnu i modificiranu Lichtenshtein metodu reparacije ingvinalnih kila, potenciraju da je plasirana mreža bez fiksiranja efikasna onoliko koliko i fiksirana prema klasičnoj Lichtenshtein metodi i daje sigurnost u reparaciji kila.

- **Grupa turskih istraživača: Serdar Cuclu, Hasan Bektas Serkan Sari, Mehmed Deniz**, u svome radu objavljenom 2016. godine, došli su do zaključka da je nonfiksaciona metoda isto toliko efikasna koliko i mesh-fiksaciona metoda Lichtenshtein tehnike.

- **Grupa francuskih autora** ima isti stav kao i njihove kanadske kolege i predlaže u svojim radovima da **Shouldice** metoda ima veoma nisku stopu recidiva i ne smije se napustiti ili zanemariti, drugim rečima, brane isti stav kao i Kanadski autori.

Cilj i hipoteze

CILJ

Računajući da jedan veliki broj pretežno mladih ljudi u posljednje vrijeme pati od ove bolesti, koja i te kako rezultira sa velikim problemima na individualnom i na porodičnom planu, pa sve idući do većih (društvenih) razmjera...

Dakle cilj ovoga rada, biće fokusiranje na pronalaženju najadekvatnije forme pre-operativne pripreme, per-operativne procedure, naročito na primjeni najadekvatnije metode operativnog tretmana ingvinalnih kila, do potpune rikuperacije bolesnika, pa sve do vraćanja na nivo, na kojemu pacijentu može da obavlja zadatke kao i svi ostali koji nisu imali poteškoća te prirode.

Glavni cilj ovog rada biće baziran uglavnom na lična iskustva, kojima ću tretirati jedan solidan broj adultnih pacijenata koji pate od preponskog sindroma ili kila. Preko primjenjenih metoda njihovog lječenja insistiraću odnosno težiću ka tome da dam svoje mišljenje o prednosti ili o eventualnim nedostacima jedne hirurške metode, pri rješavanju ingvinalnih kila u usporedbi sa drugom metodom, u konkretnom slučaju - razlike, prednosti i nedostaci **Shouldice**-operativne metode modificirane po **Berliner Darn-u** u usporedbi sa **Lichtenstein** - tehnikom.

Studija će biti fokusirana uglavnom na slijedeća pitanja:

- a) Da se detektiraju mogući recidivi nakon primjene jedne ili druge metode operativne tehnike pri rješavanju defekata preponske regije;
- b) Da se prikaže adekvatnost primjene navedenih tehnika kod svakog tipa ingvinalnih kila;
- c) Da se odredi uticaj šavnog materijala kod ovih djevu tehnika;
- d) Da se odredi uticaj određene operativne tehnike u dužini hospitalizacije;
- e) Da se odredi uticaj određene tehnike u slučaju eventualne postoperativne komplikacije i dr.;
- f) Da se procjeni koncepcija i ekvivalentnost jedne i druge metode u rješavanju ingvinalnih kila;
- g) Da se odredi, eventualno, kost-benefit analiza hirurške procedure i sl.

HIPOTEZE

1. Rješavanje preponskog syndroma, ili kila Lichtenstein operativnom tehnikom, je bolja solucija ;
2. Vrijemetranje hospitalizacije je kraćija, kod pacijenata operisanih Lichtenstein operativnom tehnikom ;
3. Postoperativne komplikacije su minimalne, kod pacijenata operisanih lichtenstein operativnom tehnikom ;
4. Broj postoperativnih recidiva je zanemarljiv, kod pacijenata operisanih Lichtenstein operativnom tehnikom ;

Materijali, metode i plan istraživanja

MATERIJALI

Operativno liječenje preponske kile, jedan je od najčešćih postupaka u hirurgiji uopšte. Ovaj postupak nije jednostavan kao što se to inače pretpostavlja, nego je i te kako specifičan; a zbog specifične prirode ove problematike ili bolesti, ova studija će biti mješovitog tipa, t.j. biće izrađena na prospektivni i na retrospektivni način i to na osnovu analiza obavljenih u Kliničkoj bolnici u Tetovu, gdje će se tretirati i analizirati svi pacijenti kod kojih je dijagnosticirano ovo zaboljenje i koji će pokazati spremnost da se podvrgnu hirurškoj intervenciji.

Postoperacijska bol i oporavak koji uključuje povratak svakodnevnim aktivnostima, kao i moguće komplikacije i dužina boravka u bolnici, mogu značajno varirati između pomenutih operativnih tehnika, a ovo istraživanje ima za cilj da upoređuje dvije najprimjenjene operativne tehnike današnjice, kako bi se pak time odredile buduće smjernice za njihovu primjenu kod otvorene operacije ingvinalne kile.

Nasuprot dugoj tradiciji operativnog liječenja kile, i dalje ne postoji konsenzus kod odabiranja najbolje ili najadekvatnije operativne tehnike u elektivnoj reparaciji ingvinalnih kila. S obzirom na to da je reparacija ingvinalne hernije jedan od najčešćih operativnih zahvata, izuzetno je važno pojasniti prednosti i mane povezane sa svakom od operativnih tehnika, konkretno prednosti i mane između tensionih (Shouldice metode) i beztensionih tehnika, konkretnije komparacija Shouldice - metode sa Lichtenstein - metodom.

Vrste studija i ispitanika

U istraživanje će biti uključene randomizirane kontrolirane studije, koje će da ispituju učinkovitost i sigurnost ove dvije gorespomenute operativne tehnike ili metode.

Opšti broj pacijenata ili ispitanika koji će se ispitivati ili koji će biti uključen u ovu studiju biće 100 (stotinu ispitanika) i svi oni biće podjeljeni u dvije grupe:

Grupa A - imaće 50 ispitanika, koji će biti dijagnosticirani i tretirani Shouldice metodom, modificiranom po **Berliner Darn** - modifikaciji.

Grupa B - isto će imati 50 slučajeva ili ispitanika, dijagnosticiranih i operiranih Lichtenstein metodom.

Kriterije za inkluziju (uključenje u studijum) biće slijedeći:

- Odgovarajuća dijagnoza preponske kile;
- Uzrast od 20 do 80 godina.

Kriterije za ekskluziju ili isključenje iz studijuma (neće biti uzeti u obzir):

- Pacijenti koji pate od kolagenopatije;
- Pacijenti koji su na dijalizi, radi renalne terminalne insuficijencije;
- Pacijenti koji pate od hepatalne ciroze;
- Pacijenti alergični na određene medikamente;
- Pacijenti koji koriste imunosupresivne lijekove;
- Kao i oni, koji pate od razne koagulopatije.

Dijagnoza će se uglavnom postaviti preko:

- Anamneze,
- Inspekcije,
- Kliničkog pregleda ili pak eventualno preko:
- Echosonografije,
- Herniographije,
- CT i MRI u određenim i specifičnim slučajevima.

Tretiranje će u glavnini biti:

a) Pred-operativno - pri prijemu svi pacijenti u preoperativnoj fazi biće detaljno upoznati sa prirodom ove bolesti, kao i sa metodom operativnog zahvata;

b) Per-operativno - težićemo da intervencija bude izvršena korektno, sa minimalnim lezijama okolnih tkiva i sl.;

c) Post-operativno ili mjere ishoda - postoperacijska bol, uspostava fizioloških funkcija, kao na primjer: stanje svijesti, mikcija, pokretljivost, oporavak – koji uključuje povratak svakodnevnim aktivnostima, postizanje radne sposobnosti bolesnika, kao i što manja dužina boravka u bolnici će biti glavna kao što i uvijek jeste glavna težnja svakog operatora, pa otuda, naravno, i moja.

METODE

Kojima ću se služiti ili koje ću koristiti tokom ispitivanja uglavnom su slijedeće:

- a) **Komparativna metoda;**
- b) **Analitična metoda;**
- c) **Deskriptivna metoda;**
- d) **Statistička metoda.**

Komparativna metoda – koja je izuzetno značajna i korisna u upoređivanju stanja i zbivanja, biće korišćena pri kompariranju svih operativnih i postoperativnih rezultata iz prve, t.j. iz grupe A, i iz druge, t.j. iz grupe B.

Analitička metoda – preko ove metode biće analizirani svi dobijeni podaci prikupljeni deskriptivnom metodom, a i putem ostalih metoda ili bolje rečeno rezultati dobijeni u operativnoj i postoperativnoj fazi, pa sve do potpune rikuperacije pacijenata.

Deskriptivna metoda – ova metoda se uglavnom sastoji u opisivanju ili deskripciji pojave jedne bolesti, otuda koristeći se principima ove metode korektno će se registrirati svi rezultati koje ću dobiti u toku rada (studijuma).

Statistička metoda – kao što znamo danas nije moguće zamisliti bilo koju naučnu disciplinu koja ne koristi statistiku u svojim istraživanjima, jer je statistička obrada podataka prisutna u svim naučnim disciplinama, pa i u hirurgiji, i u ovom radu će i te kako od koristi biti statistički program SPSS.

PLAN ISTRAŽIVANJA

Istraživanje će se izvoditi prema ovom planu i rjedosljedu, koji sadrži, t.j. sastavljen je od 8 (osam) poglavlja, i to:

POGLAVLJE 1. UVOD

- 1.1 Istorijski razvoj hirurgije preponskih kila
- 1.2 Definicija preponskih kila
- 1.3 Epidemiologija bolesti
- 1.4 Demografski i socioekonomski aspekti preponskih kila
- 1.5 Anatomija ingvinalne regije i preponskog kanala
- 1.6 Hirurška anatomija ingvinalnih kila
- 1.7 Fiziologija ili Shuter mehanizam ingvinalnih indirektnih kila
- 1.8 Etiologija bolesti (ingvinalnih kila)
 - 1.8.1 Kongenitalni ili urođeni faktori
 - 1.8.2 Stečeni ili predisponirajući faktori
- 1.9 Podjela ili klasifikacija ingvinalnih kila
 - 1.9.1 Kongenitalne ili stečene kile (congenita, acquisita)
 - 1.9.2 Spoljašne i unutrašnje kile (exsterna, interna)
 - 1.9.3 Reponibilne i nereponibilne hernije
 - 1.9.4 Direktne i indirektno
 - 1.9.5 Ingvinoscrotalne i ingvinolabijalne
- 1.10 Klinička slika bolesti (ingvinalnih kila)
- 1.11 Diferencijalna dijagnoza preponskih kila
- 1.12 Dijagnoza bolesti (ingvinalnih kila)
- 1.13 Liječenje preponskih kila (operativno)
 - 1.13.1 Prema Shouldice metodi, modificiranoj po Berliner-Darn-u
 - 1.13.2 Prema Lichtenstein metodi

POGLAVLJE 2. CILJ

- 2.1 Cilj hipoteze
- 2.2 Radna hipoteza

POGLAVLJE 3. MATERIJALI, METODE I PLAN ISTRAŽIVANJA

POGLAVLJE 4. METODOLOGIJA OBRADJE REZULTATA

POGLAVLJE 5. REZULTATI

5.1. PRE-OPERATIVNA ANALIZA I KOMPARACIJA REZULTATA

- 5.1.1 Polna struktura pacijenata (iz obe grupe)
- 5.1.2 Distribucija prema starosnoj strukturi pac. (po decenijama)
- 5.1.3 Distribucija prema lokalizaciji preponske kile
- 5.1.4 Distribucija prema tipu ingvinalne kile
- 5.1.5 Distribucija pacijenata prema telesnoj težini
- 5.1.6 Distribucija pacijenata prema telesnoj visini
- 5.1.7 Distribucija pacijenata prema prebivalištu (grad, selo)

5.2 KOMPARATIVNA ANALIZA REZULTATA TOKOM
PER-OPERATIVNE(INTRAOPERATIVNE)EKSPLOKACIJE

- 5.2.1 Distribucija pacijenata prema vrsti primljene anestezije
- 5.2.2 Distribucija prema tipu preponske kile nakon hirurške eksploracije
- 5.2.3 Distribucija pacijenata prema veličini kilnog defekta
- 5.2.4 Klasifikacija kila prema intraoperativnom nalazu (po Gilbert-u)
- 5.2.5 Distribucija pacijenata prema sadržaju kilne kese
- 5.2.6 Distribucija pacijenata prema intraoperativnim komplikacijama
- 5.2.7 Distribucija pacijenata prema vrimetranju hirurške intervencije

5.3 KOMPARATIVNA ANALIZA REZULTATA TOKOM POST-OPERATIVNOG PERIODA

- 5.3.1 Distribucija pacijenata prema intenzitetu postoperativnog bola 6 sati nakon operacije
- 5.3.2 Nivo postoperativnog bola 12 sati nakon hirurške intervencije
- 5.3.3 Nivo postoperativnog bola 24 sati nakon hirurške intervencije
- 5.3.4 Nivo postoperativnog bola 72 sati nakon hirurške intervencije
- 5.3.5 Distribucija pac. prema nivou postoperativ. telesne temperature
- 5.3.6 Postoperativna aktivnost pacijenata
- 5.3.7 Postoperativni povratak pacijenata dnevnim aktivnostima
- 5.3.8 Distribucija prema povratku pacijenata radnim aktivnostima
- 5.3.9 Distribucija pacijenata prema ranoj postoperativnoj gastrointestinalnoj manifestaciji ili komplikaciji
- 5.3.10 Distribucija pacijenata prema ranoj postoperativnoj komplikaciji
- 5.3.11 Distribucija pacijenata prema kasnoj postoperativnoj komplikac.
- 5.3.12 Distribucija pacijenata prema vrimetranjanju hospitalizacije.

POGLAVLJE 6. DISKUSIJA

POGLAVLJE 7. ZAKLJUČCI

POGLAVLJE 8. REFERENCE ILI POPIS LITERATURE

Očekivani naučni doprinos

Preko ove studije, očekujem ili očekuje se dobijanje više kvalitetnih, naučno značajnih podataka u vezi ove zdravstvene problematike, koja u zadnje vrijeme muči jedan solidan broj ljudi, pogotovo mladu i produktivnu populaciju.

Nadam se, da će eventualni podaci, dobijeni na kraju ove studije (analizirajući više parametara), biti od koristi sa više aspekata i u vezi:

- prirode,
- pojave, kao i
- tretmana ove bolesti,

pogotovo podaci ili odgovori na sledeća pitanja, bit će od velikog značaja, kao sledeći:

- Šta je ingvinalna kila – definicija;
- Etiologija ili razlozi javljanja preponskih kila;
- Koje su indikacije za liječenje ingvinalnih kila;
- Koja je najadekvatnija tehnika za liječenje-tretiranje jedne ingvinalne kile;
- Koje su komplikacije raznih tehnika i kako mogu biti sprečene;
- Da li je rutinska upotreba antibiotika i analgetika neophodna;
- Da li može nehirurškim metodama da tretiramo ovaj problem;
- Koji su faktori rizika za razvoj ingvinalnih kila;
- Dali može rutinski kod svih pacijenata da se operira kila sa lokalnom anestezijom;
- Koja tehnika daje najbrži postoperativni oporavak;
- Koje su česte postoperativne komplikacije;
- Koja je najekonomičnija operacija za liječenje primarnih ingvinalnih kila, kao i
- Najadekvatnija metoda koja omogućava restituciju ili rikuperaciju bolesnika u celosti.

Nadam se i očekujem, da će ova studija dati jedan skroman naučni doprinos, oko ove ozbiljne zdravstvene problematike.

Popis literature

1. Andrews WE., „Imbrication of lap join method:a plastic operation for hernia“, Chicago Med.Rec.1895;9:67-77;
2. Aytaç B, Cakar KS, Karamerean A., „Comparison of Shouldice and Lichtenstein repair for treatment of primary inguinal hernia“, Acta Chir Belg. 2004 Aug;104(4):418-21;
3. Bassini E., „Sulla cura ridicule delle.rnia inguinale“, Arch.Soc.Ital.Chir.1887; 4; 380;
4. Bendavid R., „A femoral umbrella for femoral hernia repair“, Surg. Gynecol. Obstet. 1887;165: 153.556;
5. Bendavid R., „The TSD classification. A nomenclature for groin hernias“, GREPA.1993;15: 9-12;
6. Bendevid R., „The space of Bogros“, Posgrad Gen.Surg.,1995; 6; 1-1;
7. Bingener J., Dorman JP,Valdes G., „Recurrence rate after laparoscopicrepair of recurrent inguinal hernias: Heve we improved ?“, Surg endoscopic 2003; 17: 1781-1783;
8. Bradić I. i sur., „Kirurgija“, Medicinska naklada, Zagreb, 1995. 623-639;
9. Bradić I., „Kirurgija“, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb.1982.127-135;
10. Burcharth J., „The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery“, Dan Med J. 2014 May;61(5):B4846. Review;
11. Casten DF., „Functional anatomy of the groin area as related to the classification and tractment of groin hernias“, Am J Surg.1967;114: 894899;
12. Christofer'S ., „Hirurgija“, Beograd, 1973, 517-560;
13. Cloquet J., „Recherches anatomique sur les hernies de labdomen“, Thesis, Paris,1817,129-133;
14. Cooper A., „The Anatomy and Surgical Treatment of Hernia II“, London. Longman. Hurst, Rees and orme,1807;
15. Cooper A., „Anatomy and surgical treatment of abdominal hernia“, 1 st American ed from 2 nd London, ed. Philadelphia; Lea and Blanchard 1844;
16. Cooper A., „The Anatomy and surgical Treatment of Inguinal and Congenital Hernia“, London, T cox,1804;

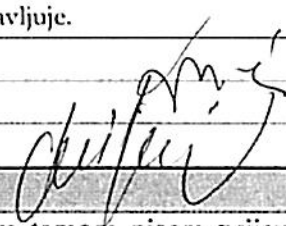

17. Dabić D, Perunčić V, Marić B.. „One step procedure local anaesthesia for inguinal hernia repair in ambulatory surgery conditions--district general hospital experience“. *Acta Chir Jugosl.* 2012;59(1):87-93;
18. De Gimbernat A.. „Neuvo Metodo de Operar en la Hernia Crural“. Madrid. Ibarra. 1793;
19. Devlin HB., Kongsnorth A., O Dwyer PJ..et al. „General introduction and history of hernia surgery“. In Delvin HB., Kongsnorth A..editors. *Menagement of Abdominal Hernias*, 2 and edition. London, Chapman Hall,1998;1-13;
20. Deweney KE.. „Hernije i ostale patološke promene trbušnog zida“. In Lawrence W. Way, *Hirurgija, savremena dijagnostika i lečenje*, Savremena administracija, Beograd,1990; 799-812;
21. Dragović M., Perunović R., „Kile trbušnog zida“, In Dragović M., Gerzić Z., *Hirurgija. Osnovi Hirurgije. Opšti i specijalni deo. Medicinska knjiga - Medicinske komunikacije*. Beograd. 1998, 1585-1586;
22. Dragović M., „Operativna hirurgija“, *Medicinska knjiga*, Beograd-Zagreb. 1998. 914-948;
23. Eker HH, Langeveld HR, Klitsie PJ, van't Riet M, Stassen LP, Weidema WF, Steyerberg EW, Lange JF, Bonjer HJ, Jeekel J.. „Randomized clinical trial of total extraperitoneal inguinal hernioplasty vs Lichtenstein repair: a long-term follow-up study“. *Arch Surg.* 2012 Mar;147(3):256-60. doi: 10.1001/archsurg.2011.2023;
24. Esser M., Condon R.. „The surgical anatomy of the groin“, *Surgical Rounds*.1987: 15-27;
25. Fricano S, Fiorentino E, Cipolla C, Matranga D, Bottino A, Mastrosimone A, Bonanno E, Latteri MA.. „A minor modification of Lichtenstein repair of primary inguinal hernia: postoperative discomfort evaluation“. *Am Surg.* 2010 Jul;76(7):764-9;
26. Fruchaud H.. „Anatomie chirurgicale des hernies de l aine“, Paris.G.Doin.1956;
27. Gao JS, Wang ZJ, Zhao B, Ma SZ, Pang GY, Na DM, Zhang YD.. „Inguinal hernia repair with tension-free hernioplasty under local anesthesia“. *Saudi Med J.* 2009 Apr;30(4):534-6;

28. Gedam BS, Bansod PY, Kale VB, Shah Y, Akhtar M., „A comparative study of Desarda's technique with Lichtenstein mesh repair in treatment of inguinal hernia: A prospective cohort study“, *Int J Surg*. 2017 Mar; 39:150-155.
doi:10.1016/j.ijssu.2017.01.083. Epub 2017 Jan 25;
29. Gerzić Z. i saradnici, „Komplikacije u digestivnoj hirurgiji“, Zavod za udžbenike i nastavna sredstava, Beograd, 2000, 649-673;
30. Gilbert AI, „An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia“, *Am J surg*.1989;157: 331-333;
31. Gourgiotis S, Germanos S, Stratopoulos C, Moustafellos P, Panteli A, Hadjiyannakis E., „Lichtenstein tension-free repair of inguinal hernia“, *Chirurgia (Bucur)*. 2006 Sep-Oct;101(5):509-12;
32. Halsted WS., „The radical cura of hernia“, *Johns Hopkins Hosp*.1889;1: 12-13;
33. Hesselbach FK, „Neueste Anatomich-Pathologische Untersuchungen wher den ursprung und das Fortschreiten der Leisten und Schenkelbruche“, Warzburg. Baumgartner.1814. L.Nzhus and R Condon ed.Hernia. Philadelphia:JB Lippincott,1978;14-78;
34. Karatepe O, Adas G, Battal M, Gulcieck OB, Polat Y, Altioek M, Karahan S, „The comparison of preperitoneal and Lichtenstein repair for incarcerated groin hernias: a randomised controlled trial“, *Int J Surg*. 2008 Jun;6(3):189-92. doi: 10.1016/j.ijssu.2008.02.007. Epub 2008 Mar 7;
35. Koning GG, Koole D, de Jongh MA, de Schipper JP, Verhofstad MH, Oostvogel HJ, Vriens PW, „The transinguinal preperitoneal hernia correction vs Lichtenstein's technique; is TIPP top?“, *Hernia*. 2011 Feb;15(1):19-22. doi: 10.1007/s10029-010-0744-2;
36. Lange JF, Wijsmuller AR, van Geldere D, Simons MP, Swart R, Oomen J, Kleinrensink GJ, Jeekel J, Lange JF, „Feasibility study of three-nerve-recognizing Lichtenstein procedure for inguinal hernia“, *Br J Surg*. 2009 Oct;96(10):1210-4. doi: 10.1002/bjs.6698;

37. Langeveld HR, van't Riet M, Weidema WF, Stassen LP, Steyerberg EW, Lange J, Bonjer HJ, Jeckel J, „Total extraperitoneal inguinal hernia repair compared with Lichtenstein (the LEVEL-Trial): a randomized controlled trial“, *Ann Surg.* 2010 May;251(5):819-24. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181d96c32;
38. Lau W.Y., „History of treatment of groin hernia“, *World J. Surg.*2002;26:748-75;
39. Lawrence W. Waz, MD., „Hirurgija“, Savremena Administracija, Beograd,1990,798-813;
40. Limani D., „Kirurgija abdominale dhe pediatrike“, Prishtine,1996, 142-151;
41. Lucas S.W., Arregui M.E., „Minimally invasive surgery for inguinal hernia“, *World J.Surg.*1999,64:350-355;
42. Lytle W., „The internal inguinal ring“, *Br.J Surg.*1945; 32: 441-446;
43. Malekpour F, Mirhashemi SH, Hajinasrolah E, Salehi N, Khoshkar A, Kolahi AA., „Ilioinguinal nerve excision in open mesh repair of inguinal hernia--results of a randomized clinical trial: simple solution for a difficult problem?“, *Am J Surg.* 2008 Jun;195(6):735-40. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.09.037. Epub 2008 Apr 28;
44. Niebuhr H, Pawlak M, Köckerling F., „Differentiated application of recommended guideline techniques for treatment of inguinal hernia]“, *Chirurg.* 2017 Apr;88(4):276-280. doi: 10.1007/s00104-017-0379-2. German;
45. Nyhus LM., „Individualisation of hernia repair; a new era“, *Surgery.*1993; 114:1-2;
46. Panovski J., „Specijalna hirurgija“, Skopje,1988., 299-311;
47. Porrero JL, Bonachía O, López-Buenadicha A, Sanjuanbenito A, Sánchez-Cabezudo C., „Repair of primary inguinal hernia: Lichtenstein versus Shouldice techniques. Prospective randomized study of pain and hospital costs“, *Cir Esp.* 2005 Feb;77(2):75-8. Spanish;
48. Pott P., „Treatise on Ruptures“, London, Hitch and Hawes,1757;
49. Preić M., „Abdominalna hirurgija“, Svjetlost, Sarajevo, 1978, 105-139;
50. Prpić I. i suradnici, „Kirurgija za medicinare“, Školska knjiga-Zagreb,1995, 394-395;
51. Read RC., „The development of inguinal heriorrhaphy“, *Surg Clinic Nord Am.*1984,185-196;

52. Reinpold WM, Nehls J, Eggert A., „Nerve management and chronic pain after open inguinal hernia repair: a prospective two phase study“, *Ann Surg.* 2011 Jul;254(1):163-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31821d4a2d;
53. Robbins AW.,Rutkow IM., „Mesh plug repair and groin hernia surgery“; *Surg.Clinic North Am.* 1998;78: 1007-1023;
54. Rutkow IM., „Surgical operations in the United States.then 1993 and 1994“, *Arch Surgery.*1997;132: 983-990;
55. Rutkow IM., „Demographic and socioeconomic aspect of hernia repair in the United States in 2003“, *Surg Clin N Am.* 2003; 83: 1045-1051;
56. Rutkow IM., Robbins AW., „‘Tension- free’ inguinal herniorrhaphy; a preliminary report on the ‘mesh plug’ technique“, *Surgery* 1993; 114: 3-8;
57. Samaali I, Zenaidi HH, Dougaz W, Khalfallah M, Jarraya H, Nouira R, Bouasker I, Dziri C., „Treatment of inguinal hernia by lichtenstein technique: an open prospective study“, *Tunis Med.* 2016 Dec;94(12):872;
58. Scarpa A.A., „Treatise on hernia“, (translated by John Henry Wishaut). Edinburgh,1814;
59. Sharma P, Boyers D, Scott N, Hernández R, Fraser C, Cruickshank M, Ahmed I, Ramsay C, Brazzelli M., „The clinical effectiveness and cost-effectiveness of open mesh repairs in adults presenting with a clinically diagnosed primary unilateral inguinal hernia who are operated in an elective setting: systematic review and economic evaluation“, *Health Technol Assess.* 2015 Nov;19(92):1-142. doi: 10.3310/hta19920. Review;
60. Shouldice EE., „The treatment of hernia“, *Ontario Med.Rev.*1953;1: 1-14;
61. Skandalakis J. Et al., „The surgical anatomy of the inguinal area“, Part II.*Contemp Surg.*1991; 38: 28-38;
62. Stevović D., „Hirurgija“, *Savremena administracija a.d.-Beograd*, 2000, 437-456;
63. Stoppa RE., „The treatment of complicated groin and incisional hernias“, *World J..Surg* 1989;13: 545-554;
64. Stoppa RE., Petit J.,Henry X., „Unsutered Dacron prosthesis in groin hernias“, *Int. surg.*1975;60: 411-415;

65. Stoppa RE., Werlaumont CR., „The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernia“. In Nyhus LM., Condon RE., editors, *Hernia*, 3rd edition, Philadelphia, Lippincott, 1989: 199-225;
66. Tarchi P, Cosola D, Germani P, Troian M, De Manzini N., „Self-adhesive mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. Experience of a single center“, *Minerva Chir.* 2014 Jun;69(3):167-76. Epub 2014 Apr 15;
67. Tuveri M, Calò PG, Melis G, Borsezio V, Muntoni G, Medas F, Tuveri A, Nicolosi A., „Tension-free hernioplasty of recurrent inguinal hernia under local anaesthesia: a 5-year review“, *Chir Ital.* 2008 May-Jun;60(3):401-8;
68. Van Veen RN, Mahabier C, Dawson I, Hop WC, Kok NF, Lange JF, Jeekel J., „Spinal or local anesthesia in lichtenstein hernia repair: a randomized controlled trial“, *Ann Surg.* 2008 Mar;247(3):428-33. doi: 10.1097/SLA.0b013e318165b0ff;
69. Vatansev C, Belviranli M, Aksoy F, Tuncer S, Sahin M, Karahan O. „The effects of different hernia repair methods on postoperative pain medication and CRP levels“, *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2002 Aug;12(4):243-6;
70. Willaert W, De Bacquer D, Rogiers X, Troisi R, Berrevoet F., „Open Preperitoneal Techniques versus Lichtenstein Repair for elective Inguinal Hernias“, *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jul 11;(7):CD008034. doi:10.1002/14651858.CD008034.pub2. Review;
71. Zeybek N, Tas H, Peker Y, Yildiz F, Akdeniz A, Tufan T., „Comparison of modified darn repair and Lichtenstein repair of primary inguinal hernias“, *J Surg Res.* 2008 May 15;146(2):225-9. doi: 10.1016/j.jss.2007.06.016. Epub 2007 Sep 18;
72. Zuvela M., „The modified Lichtenstein technique for complex inguinal hernia repair--how I do it“, *Acta Chir Jugosl.* 2011;58 (1):15-28.

SAGLASNOST PREDLOŽENOG/IH MENTORA I DOKTORANDA SA PRIJAVOM		
Odgovorno potvrđujem da sam saglasan sa temom koja se prijavljuje.		
Mentor	Prof. Dr. sci Radunović Miodrag	
Ko-mentor		
Doktorand	Mr. sci dr. Miftari Ilaz	
IZJAVA		
Odgovorno izjavljujem da doktorsku disertaciju sa istom temom nisam prijavio/la ni na jednom drugom univerzitetu.		
U Podgorici, 11.03 2022 godine		
		Ilaz, Miftari  MP