На основу члана 53. Статута Стоматолошког факултета Универзитета у Београду, Наставно научно веће Стоматолошког факултета, на електронској седници одржаној 22.09.2026. године, донело је следећу

О Д Л У К У

Усваја се позитиван кориговани извештај стручне комисије за оцену предлога теме докторске дисертације **др Душана Јанковића,** под називом: **„Ћелијски и ткивни механизми зарастања коштаног и меког ткива након аугментације алвеоларног гребена применом мембране са укрштеним колагеном тип I“, у складу са закључком Већа научних области медицинских наука бр. 61206-2425/2-26 од 10.07.2026. године.**

Утврђује се да кандидат може приступити раду на докторској дисертацији под наведеним називом, под условом да се са извештајем комисије и одлуком овог Већа сагласи Веће научних области медицинских наука Универзитета у Београду.

За ментора кандидату, именује се проф. др Божидар Брковић

Доставити: Већу научних области медицинских наука Универзитета у Београду, Именованом/ој, Ментору, Наставно научном већу, Одсеку за наставу и Писарници

Шеф
Административно-кадровског
одсека
Николија Мартић

Декан
Стоматолошког
факултета
проф. др Војкан Лазић

Наставно-научном већу

Стоматолошког факултета

Универзитета у Београду

Одлуком Научно-наставног већа Стоматолошког факултета, Универзитета у Београду, која је донета на редовној седници у школској 2025/2026, одржаној **26.05.2026**. године, према члану 53. Статута Стоматолошког факултета, Универзитета у Београду именована је комисија за оцену предлога теме докторске дисертације др Душана Јанковића, под називом **„Ћелијски и ткивни механизми зарастања коштаног и меког ткива након аугментације алвеоларног гребена применом мембране са укрштеним колагеном тип I“** у следећем саставу:

1. **Проф. др Мирослав Андрић**
   редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
2. **Проф. др Јелена Рогановић**
   редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
3. **Проф. др Наташа Николић Јакоба**
   редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
4. **Проф. др Александра Милић Лемић**
   редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.
5. **Проф. др Бранислав Бајкин**
   редовни професор, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду.

ИЗВЕШТАЈ КОМИСИЈЕ

ЗА ОЦЕНУ ПРЕДЛОГА ТЕМЕ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

1. БИОГРАФИЈА КАНДИДАТА

Др Душан Јанковић, рођен 19.09.1994. године у Београду, где је завршио основну и средњу школу као носилац Вукове дипломе. Стоматолошки факултет Унвиерзитета у Београду, уписао је 2013 године, а дипломирао 2019 године са просечном оценом 8,05.

Након положеног стручног испита, уписује докторске студије на Универзитету Унион, студијски програм пословни менаџмент, и 2025 године брани докторску дисертацију на тему лидерства у управљању малим и средњим предузећима.Специјалистичке студије из области оралне хирургије, уписује 2022 године на Стоматолошком факултету Универзитета у Београду, где 2025 године стиче звање специјалисте оралне хирургије.

Школске 2023/2024 године уписује Докторске академске студије на Стоматолошком факултету, Универзитета у Београду. Тренутно је студент докторских студије треће године са просечном оценом 10.0. Говори енглески језик. Усмену презентацију из области регенеративне терапије коштаног и меког ткива, одржао је на годшњем конгресу Удруженја оралних хирурга и имплантолога Србије 2025 године.

По завршетку Стоматолошког факултета запослио се у приватној стоматолошкој ординацији, где и данас ради.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1.Научна област

Истраживања у оквиру предложене теме докторске дисертације др Душана Јанковића, изводиће се у области базичних и клиничких стоматолошких наука, на Клиници за оралну хирургију и у Лабораторији за базична истраживања Стоматолошког факултета, Универзитета у Београду.

2.2. Увод

Димензионе промене ткива након екстракције зуба резултирају значајном редукцијом иницијалне запремине алвеоларног гребена, услед хоризонталне и вертикалне ресорпције коштаног ткива (Couso-Queiruga и сар. 2021), и значајним смањењем волумена меког ткива и ширине кератинизоване гингиве (Canullo и сар. 2022). С тим у вези, и поред постизања примарне стабилности имплантата, поступак уградње имплантата често је праћен

процедурама аугментације кости и меког ткива, посебно када је у питању неадекватна ширина алвеоларног гребена мања од 1,5 мм (Jensen и сар. 2023), као и појаве фенестрација и дехисценција коштане ламеле око тела имплантата, што, такође, представља узрок накнадних ресорпција букалне коштане ламеле, посебно од тренутка оптерећења имплантата протетском рехабилитацијом пацијента (Wehner и сар. 2020, Monje i sar. 2022).

Клиничка испитивања су показала висок степен успешности регенеративне терапије истањене букалне коштане ламеле, њеног недостатка, као и појаве дехисценција и фенестрација, чији третман се изводи истовремено са уградњом импланта (Le и сар. 2014, Monje и сар. 2022), чиме се смањује ризик од колапса букалне коштане ламеле и меког ткива (Monje и сар. 2022). Скорашњи радови су показали потпуно коштано зарастање фенестрација и дехисценција применом регенеративне терапије (Severi и сар. 2021), као и значајно повећање хоризонталне димензије алвеоалрног гребена, односно дебљине меког ткива и ширине кератинизоване гингиве након примене колагеног матрикса (Tabanella и сар. 2024),

Како би колагени матрикс показао успешнији регенеративни терапијски потенцијал, указано је на чињеницу да материјал може да има и чвршћу, умрежену структуру, у којој се дуже задржавају ћелијски и ткивни елементи у току регенерације ткива (Sowbhagya и сар. 2024). Укрштањем колагених влакана тип I применом шећера рибозе постиже се тзв. *cross-link* структура, Glymatrix технолошким процесом (Ossix Volumax®-Glymatix™ Dentsply Сирона, SAD). Овим фармаколошким процесом, постиже се висок степен безбедности примене колагене, који поред своје биокомпатибилности, atherencije за биолошка ткива, хидрофилности, показује и значајан регенеративни потенцијал (Tavelli и сар. 2019). Досадашња клиничка испитивања су показала успешну репарацију меког ткива алвеоларног гребена, повећавањем његовог волумена у зони дефинисања излазног профила имплантата (Smith и сар 2019, Tavelli и сар. 2024). Аутори наводе једноставност клиничке процедуре контурирања алвеларног гребена, без додатних хируршких поступака узимања мекоткивног аутотрансплантата, колагеним материјалом који се може поставити у више слојева, који када је експониран може да епителизира (Smith и сар. 2019, Marzadori и сар. 2018, Scheyer и сар. 2015). У прилог овоме иду и компаративна *Ин витро* истраживања, која су показала значајно повећање фактора раста и диференцијације 5 (GDF-5, *growth and*

differentiation фацтор-5) за 90%, у структури укрштаног колагена, у опсервацијоном периоду зарастања од 13 дана, у односу на матрикс са неукрштеним колагеним влакнима и дермалним, ацелуларним матриксом (Nica и сар. 2020). Имајући у виду поменути значајан пораст фактора раста, као и процеса диференцијације ћелија регенерације, матрикси са укршено повезаним колагеним влакнима показују и одређени степен осификације. Тако на пример, истраживања на анималном моделу су показала значајну осификацију и минерализацију самог матрикса у регенеративној терапији L-shape дефеката кости алвеоалрног гребена (Pesce и сар. 2024).

На основу анализе предмета истраживања коју је кандидат приложио установљено је да је описана научна проблематика актуелна. У досадашњој литератури нема података о ћелијским ефектима регенерације меког, а посебно коштаног ткива, након примене мембране са укрштеним колагеном тип I, у регенеративној терапији фенестрација, дехисценција и контурних аугментација букалне коштане ламеле, истовремено са уградњом имплантата. Такође, праћење ткивних механизама регенерације меког и коштаног ткива, до сада у литератури није показало контролисане и систематизоване резултате коришћењем Primescan дигиталног програма скенирања и софтверске анализе параметара регенерације меког ткива, као и њихове корелације са клиничком анализом.
Сматрамо да је све наведено послужило као адекватна основа за постављање радне хипотезе и циљева истраживања.

2.3 Радна хипотеза

2.3.1. Ниво концентрације сигналних молекукла BMP-2, VEGF, остеокалцин, алкална фосфатаза, RUNX2, FOX01, P300 у коштаном и меком ткиву је значајно повећан у 2 месецу осеоинтеграције након примене мембране са укрштеним колагеном I.

2.3.3. Волумен меког ткива са букалне стране алвеоларног гребена је значајно повећана 2 месеца након примене мембране са укрштеним колагеном I.

2.4 Циљеви истраживања

2.4.1. Одредити концентрацију сигналних молекула у узорцима новоформираног коштаног и меког ткива (BMP-2, VEGF, остеокалцин, алкална фосфатаза, RUNX2, FOX01, P300), 2 и 4 месеца регенерације танке букалне коштане ламеле, фенестрације и дехисценције букалне кости у току уградње имплантата.

2.4.2. Компаративном анализом утврдити да ли постоји разлика у концентрацији испитиваних регулаторних фактора у поменутим опсервационим интервалима.

2.4.3. Одредити и компаративно анализирати промене запремине меког ткива са букалне стране алвеоларног гребена у поменутим опсервационим интервалима, дигиталним записом и софтверском анализом података.

2.4.4. Испитати и компаративно анализирати вредности клиничких параметара зарастања коштаног и меког ткива, постоперативног морбидитета и нежељњних ефеката, 2 и 4 месеца регенрације ткива.

2.4.5. Утврдити да ли постоји корелација између концентрација испитиваних фактора и клиничких параметара зарастања коштаног и меког ткива, у току 2 и 4 месеца осеоинтеграције имплантата.

2.5 Научни допринос

Иако је примена колагеног матрикса позната у регенеративној терапији меког ткива, у досадашњој литератури нема података о значају примене мембране са укрштеним колагеном тип I, како по питању увећања волумена периимплантног меког ткива, тако и, посебно, са аспекта осификације ове мембране и регенерације коштаног ткива у специфичним индикацијама, као што је терапија дехисценција и фенестрација букалне коштане ламеле и њена контурна аугментација, истовремено са уградњом имплантата.

Ово би била прва студија која би показала значај ћелијског механизма регенерације, како меког, тако и коштаног ткива, квантификацијом фактора раста у новоформираном меком и коштаном ткиву, добијеном из структуре мембране са укрштеним колагеном тип I.

Такође, рандомизована клиничка студија би дала и информације да ли и на који начин техника постављања мембране са укрштеним колагеном тип I са истовременом уградњом имплантата мења укупни волумен гингиве, њену дебљину и позицију, као и запремину новоформираног коштаног ткива са букалне стране, применом Primescan scanning дигиталне анализе.

Научни допринос ове дисертације се огледа и у чињеници давања смерница клиничарима за одабир технике аугментације и избор биоматеријала код специфичних индикација, као што су фенестрације, дехисценције и контурирање букалне коштане ламеле са истовременом аугментацијом меког ткива у имплантологији, у циљу постизања што бољих резултата лечења пацијената и постављења клиничких терапијских протокола.

2.6 Очекивани резултати

Очекивани резултати овог истраживања требало би да омогуће детаљнији и прецизнији увид у ткивне и ћелијске механизме регенерације кости и меког ткива након уградње имплантата са присутним танким коштаним зидом, или присутном фенестрацијом и дехисценцијом кости. Имајући у виду динамику промене концентрација кључних сигналних молекула у различитим временским интервалима регенерације, посебна научна вредност огледа се у могућности корелације њиховог биолошког потенцијала у току регенеративне терапије са оптималним временским оквиром осеоинтеграције имплантата. С тим у вези, добијени резултати могу да представљају основу и за дефинисање клиничке процене избора најповољнијег хируршког метода и избора материјала за специфичне индикације у току уградње имплантата.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1 Клинички део

У студију би били укључени здрави пацијенти (ASA I калсификација) са укупно 90 процедура аугментације са истовременом уградњом имплантата, на Клиници за оралну хирургију Стоматолошког факултета Универзитета у Београду, ради регенеративне терапије фенестрација, дехисценција и контруне аугментације танке букалне коштане ламеле, по дефинисаним криеријума за укључивање у студију (http://vvv.consort-statement.org/), као што су касна уградња имплантата, могућност постизања примарне стабилности имплантата, димензија резидуалног алвеоалрног гребена за уградњу имплантата ширине ≥5 mm, висине ≥12 mm, дијагностикована фенестрација, дехисценција букалне коштане ламеле величине ≤3 mm и/или дебљина букалне коштане ламеле ≤1,5 mm, плак индекс (ПИ) и крварење гингиве на провокацију (КНП) <15% и дубина сондирања (ДС) <3 mm. Клиничка студија ће да буде проспективна, контролисана, рандомизована, једнострукослепа студија, код које ће пацијенти бити подељени у три групе, две студијске и једну контролну групу:

- Студијска група - 2 месеца зарастања (augmentacija Ossix Volumax + имплант) н=30
- Студијска група - 4 месеца зарастања (аугментација Ossix Volumax + имплант) н=30
- Контролна група (имплант) н=30.

У студијској групи, параметри истраживања ће се пратити другог и четвртог месеца осеоинтеграције, а контролну групу чиниће пацијенти са довољном ширином букалне коштане ламеле (≥1,5 mm) око имплнтата, без фенестрација и дехисценција кости. Период праћења параметара у контролној групи ће бити два месеца. Рандомизација по групама ће бити спроведена након уградње имплантата AstraTech TX® (Dentsply Sirona, САД), дијаметра 4,0 или 3.5 mm, дужине 9 или 11 mm у горњој или доњој вилици.

Клинчким прегледом регистроваће се пародонтолошки параметри дубине сондирања, индекс крварења гингиве и плак индекс преосталих зуба и преоперативна анализа CBCT-а, ради дефинисања критеријума укључивања у студију, преимплантолошке припреме и протокола хируршке интервенције. У току уградње имплантата, урадиће се аугментација алвеоларног гребена са букалне стране, у случају да су присутне индикације за укључивање пацијената у експерименталну групу, постављањем мембране са укрштеним колагеном тип I (Ossix Volumax®, Dentsply Sirona, САД). Код свих пацијената ће се пратити период зарастања од 2 или 4 месеца, сходно опсервацијоној групи, када ће се отварањем оперативне регије узети исечак коштаног и меког ткива на месту примене материјала за аугментацију због постављања капице за зарастање гингиве.

У периоду осеоинтеграције пратиће се рани и касни клинички параметри квалитета зарастања ране, евалуације постоперативног бола, као и контролни радиолошки налаз 2 или 4 месеца зарастања.

У циљу процене димензионих промена меког ткива алвеолрног гребена, користиће се интраорални скенер (PrimeScan® Intraoral Scanner, Dentsply Sirona, САД) непосредно након уградње имплантата, а потом након 2 и 4 месеца постоперативно. Дигиталним скенирањем ће се регистровати меко ткиво алвеоларног гребена на месту уграђеног имплантата и примењене регенеративне терапије. Ширина зоне скенирања обухватала би по два суседна зуба агониста, букалну, оклузалну и оралну страну алвеоларног гребена. Након прелиминарне анализе у програму CEREC CAD/CAM (PrimeScan® Intraoral Scanner, Dentsply Сирона, САД), скенирани запис би се електорнски проследио у програм Exocad (Exocad® Software, Немачка) за детаљну анализу дигиталног записа за следеће параметре праћења промене волумена меког ткива са букалне површине: 1 – укупан волумен (mm^3), 2 – средња вредност дебљине меког ткива мерњем раздаљине између референтних тачака и површине мукозе (mm), 3 – линеарне димензионе промене у 7 тачака на букалној површини мукозе (mm). Дигитална анализа параметара би се пратила у тренутку уградње имплантата и аугментације, другог и четвртог постоперативног месеца.

3.2 Лабораторијски део

Сва лабораторијска истраживања биће спроведена у Лабораторији за базична истраживања Стоматолошког факултета Универзитета у Београду. За анализу лабораторијских параметара узимаће се дистални делови материјал и новоформираног ткива дужине и дебљине од 2 mm у тренутку постављања шрафа за зарастање гингиве, другог или четвртог месеца након аугментације гребена. Квантитативна анализа ће бит урађена следећим сигналним молекулама: морфогенетски фактор кости тип 2 (BMP-2), фактор раста васкуларног ендотела (VEGF), остеокалцин, алкална фосфатаза, транскрипцијони фактор диференцијације остеобласта RUNX2, FOX01 transkripcijoni фактор, везујући протеин P300. Узорци ткива ће се припремити поступцима: деминерализације (1,2 M HCl на 4°Ц, током ноћи), екстракције (6 M гуанидин HCl+100 мл Трис+ 0,125 M ЕДТА, на 4°C, 72 сата) и преципитације (ацетон) протеина, пре квантификације фактора ЕЛИСА методом. У ту сврху користиће се комерцијални ЕЛИСА китови: BMP-2 Quantikine ELISA Kit (R&D Systems, USA), LEGEND MAX® Human Uncarboxylated Osteocalcin (BioLegend, USA), Human RUNX2 (Runt-Related Transcription Factor 2, Assay Genie, Republic of Korea), Human Alkaline Phosphatase / ALPL ELISA Kit (Assay Genie, Republic of Korea),Human E1A Binding Protein P300 (EP300) ELISA Kit (Assay Genie), Human FOXO1 (Forkhead Box Protein O1)ELISA Kit (Assay Genie), Human VEGF ELISA Kit (Biopeony Beijing Co., Beijing, China). Одређивање оптичких густина раствора радиће се на апарату Мултискан ЕХ (Thermo Фисхер Сциентифиц, Walthman, МА, УСА).

3.3 Статистичка анализа

Величина узорка ће бити израчуната на основу резултата нашег претходног истрживања о концентрацији BPM-2, из којих је за разлику између почетне вредности (T0) и вредности након 2 месеца (T2) израчуната стандардизована велучина ефекта Cohen dz=0,50. За поређење два повезана мерења применом t-теста за повезане узорке, уз двострани ниво статистичке значајности α=0,05 и статистичку снагу од 80%, биће потребно најмање 27

испитаника са комплетним мерењима у обе временске тачке. Уз очекивани губитак од приближно 10%, биће планирано укључивање најмање 30 испитаника у сваку групу. Континуиране варијабле биће приказане као средња вредност и стандардна девијација, односно медијана и интерквартални распон у зависности од нормалности расподеле. Категоријске варијабле биће приказане као број и проценат испитаника.

Концентрација BPM-2, VEGF, остеокалцина, алкалне фосфатазе и RUNX2 биће упоређене између T0 и T2 у првој групи и између T0 и T4 у другој групи применом t-теста за повезане узорке, односно Wilcoxon-овог теста означених рангова. Вредност након 2 и 4 месеца биће упоређене између независних група применом Student-овог t-теста за независне узорке, односно Mann-Whitney U теста.

За сваког испитаника биће израчуната промена концентрације сваког биомаркера у односу на почетну вредност (T0-T2 или T0-T4), а величина ових промена биће упоређена између две групе. Због истовременог испитивања више биомаркера, Benjamini-Hochberg поступак биће примењен ради конроле очекиваног удела лажно позитивних налаза међу статистички значајним резултатима (false discovery rate, FDR).

Промене укупног волумена, средње дебљине и линеарних димензија букалног меког ткива биће анализирана поређењем T0 са T2 у првој групи и T0 са T4 у другој групи применом тестова за повезане узорке. Индивидуалне промене T0-T2 и T0-T4 биће затим упоређене између две групе применом тестова за независне узорке.

Континуирани клинички и радиолошки параметри биће анализирани одговарајућим параметарским или непараметарским тестовима, док ће се за категоријске исходе користити χ^2 или Fisher-ов егзактни тест.

Повезаност концентрација BMP-2, RUNX2, алкалне фосфатазе и остеокалцина са радиолошким параметрима коштане регенрације, као и VEGF са променама волумена и дебљине букалног меког ткива, биће испитана Pearson-овим или Spearman-овим коефицијентом корелације.

Резултати ће бити приказани као величина ефекта са 95% интервалима поверења и одговрајућим p-вредностима. Сви тестови биће двострани, са нивоом статистичке значајности $\alpha=0,05$.

4 ЛИТЕРАТУРА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ИСТРАЖИВАЊЕ

1. Canullo L, Pesce P, Antonacci D, Ravida A, Galli M, Khijmatgar Sh i sar. Soft tissue dimensional changes after alveolar ridge preservation using different sealing materials: a systematic review and network meta-analysis. Clin Oral Invest 2022;26:13-39.
2. Couso-Queiruga E, Stuhr S, Tattan M, Chambrone L, Avila-Ortiz G. Post-extraction dimensional changes: A systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol 2021;48:127-145.
3. Jensen SS, Aghaloo T, Jung R, Bertl K, Buser D, Chappuis V i sar. Group 1 ITI Consensus Report: The role of bone dimensions and soft tissue augmentation procedures on the stability of clinical, radiographic, and patient-reported outcomes of implant treatment. Clin Oral Implant Res 2023;34(Suppl.26):43-49.
4. Le BT, Borzabadi-Farahani A. Simultaneous implant placement and bone grafting with particulate mineralized allograft in sites with buccal wall defects, a three-year follow-up and review of literature. J Cran Maxillofac Surg 2014;42:552-559.
5. Marzadori M, Stefanini M, Mazzotti C, Ganz S, Sharma P, Zucchelli G. Soft tissue augmentation procedures in edentulous esthetic areas. Periodontology 2000 2018;77:111-122.
6. Monje A, Roccuzzo A, Buser D, Wang HL. Influence of buccal bone wall thicknes on the peri-implant hard and soft tissue dimensional changes: a systematic review. Clin Oral Impl Res 2023;34(Suppl.26):8-27.
7. Nica C, Lin Z, Sculean A, Asparuhova MB. Adsorption and release of growth factors from four different porcine-derived collagen matrices. Materials 2020;13:1-20.

8. Pesce P, Zubery Y, Goldlust A, Bayer Th, Abundo R, Canullo L. Ossification and bone regeneration in a canine GBR model, Part I: Thick vs Thin Glycated cross-linked collagen devices. Int J Oral Maxillofac Implants 2023;38:801-810.
9. Scheyer TE, McGuire MK. Evaluation of premature membrane exposure and early healing in guided bone regeneration of peri-implant dehiscence and fenestration defects with a slowely resorbing porcine collagen ribose cross-linked membrane: a consecutive case series. Clin Adv Periodontics 2015;5:165-170.
10. Severi M, Simonelli A, FarinaR, Tu YK, Lan CH, Shih MC, Trombelli L. Effect of lateral bone augmentation procedures in correcting peri-implant bone dehiscence and fenestration defects: A systematic review and network meta-analysis. Clin Implant Dent Relat Res 2022;24;251-264.
11. Smidt A, Gutmacher Z, Sharon E. A novueau collagen scaffold to simplify lateral augmentation of deficient ridges between natural teeth. Quintessence Int 2019;50:576-582.
12. Sowbhagya R, Muktha H, Ramakrishnaiah TN, Surendra AS, Sushma SM, Tejaswini C. Collagen as the extracellular matrix biomaterials in the arena of medical sciences. Tissue Cell. 2024 Oct;90:102497
13. Tabanella G, Viale M. Porcine cross-linked collagen matrix for peri-implant vertical soft tissue augmentation: a randomized prospective observational study. J Funct Biomater 2024;15:1-17.
14. Tavelli L, McGuire MK, Zucchelli G, Rasperini G, Feinberg SE, Wang HL i sar. Extracellular matrix-based scaffolding technologies for periodontal and peri-implant soft tissue regeneration. J Periodontol 2019;91:17-25.
15. Tavelli L, Barootchi S, Rodriguez MV, Meneghetti PC, Wang HL. Volumetric outcomes of peri-implant soft tissue augmentation with a xenogenic corss-linked colagen scaffold: a comparative clinical study. Int J Periodontics Restorative Dent 2024;43:415-422.
16. Wehner Ch, Bertl K, Durstberger G, Arnhart Ch, Rausch-Fan X, Stavropoulos A. Characteristics and frequency distribution of bone defect configurations in peri-implantitis lesions – A series of 193 cases. Clin Implant Dent Relat Res 2021;23:178-188.

Литература коју је кандидат користио приликом анализе научног проблема пружа одговарајуће информације о значају анализе утицаја сигналних молекула у зарастању коштаних дефеката, као и механизмима осеоинтеграције имплантата. Такође, избор литературе даје релевантан научни увид у клиничке параметре од значаја за израду докторске дисертације.

5. ЗАКЉУЧАК

Анализом достављене документације кандидата, у оквиру које је описан научни проблем и значај истраживања, дата методологија научног рада, постављени очекивани резултати истраживања и релевантна литература, комисија сматра да је тема „**Ћелијски и ткивни механизми зарастања коштаног и меког ткива након аугментације алвеоларног гребена применом мембране са укрштеним колагеном тип I“** подобна за израду докторске дисертације, имајући у виду значај дефинисања регулатгорних механизама осеоинтеграције имплантата, у специфичним условима регенерације коштаног и меког ткива, применом терапијских поступака аугментације.

Комисија сматра да ће наведена сазнања унапредити терапијски протокол имплантолошке рехабилитације пацијената и постизање најоптималнијег нивоа квалитета регенерације периимплантног ткива. Постављена радна хипотеза и циљеви истраживања одговарају предмету истраживања и у складу су са јасно дефинисаном научном идејом. Методолошки поступак истраживања, подељен у клинички и лабораторијски део, јасно сублимира повезаност свих параметара праћења, тако да је материјал и метод адекватно осмишљен, и у складу је са постављеним циљевима и савременом литературом.

На основу важећих прописа Закона о Универзитету и Статута Универзитета у Београду, кандидат др Душан Јанковић испуњава све услове за одобрење теме у оквиру израде докторске дисертације. На основу наведеног, комисија предлаже Наставно – научном већу Стоматолошког факултета у Београду да прихвати и одобри тему др Душана Јанковића под називом „**Ћелијски и ткивни механизми зарастања коштаног и меког ткива након**

аугментације алвеоларног гребена применом мембране са укрштеним колагеном тип I“ у оквиру израде докторске дисертације.

За ментора докторске дисертације предлаже се **проф. др Божидар Брковић.**

Чланови комисије:

_____

Проф. др Мирослав Андрић
редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.

_____

Проф. др Јелена Рогановић
редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.

_____

Проф. др Наташа Николић Јакоба
редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.

_____

Проф. др Александра Милић Лемић
редовни професор, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду.

_____

Проф. др Бранислав Бајкин
редовни професор, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду.