

**НАСТАВНО НАУЧНОМВЕЋУ МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА
УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ**

На седници **Наставно-научног већа** Медицинског факултета у Београду, одржаној дана 14.09.2026.године, број 7/XIX-3/3-ИК, именована је комисија за оцену завршене докторске дисертације под насловом:

**„ Испитивање утицаја оралног пиоглитазона на исход болести код особа са
лихен планопиларис-ом“**

кандидата др Игора Капетановића, запосленог у Клиници за дерматовенерологију,
Универзитетски клинички центар Србије

Име и презиме ментора	Звање	Научна област	Установа у којој је запослен
др Наташа Максимовић	Професор	Епидемиологија	МФУБ
др Дубравка Живановић	Професор	Дерматовенерологија	МФУБ

Комисија за оцену завршене докторске дисертације именована је у саставу:

Име и презиме члана комисије	Звање	Научна област	Установа у којој је запослен
др Снежана Минић	Професор	Дерматовенерологија	МФУБ
др Татјана Газибара	Професор	Епидемиологија	МФУБ
др Ана Равић Николић	Професор	Дерматовенерологија	МФ Крагујевац

На основу анализе приложене докторске дисертације, комисија за оцену завршене докторске дисертације једногласно подноси Научном већу Медицинског факултета следећи

ИЗВЕШТАЈ

А) Приказ садржаја докторке дисертације

Докторска дисертација др Игора Капетановића написана је на укупно 127 страна и подељена је на следећа поглавља: увод, циљеви рада, материјал и методе, резултати, дискусија, закључци и литература. У дисертацији се налази укупно 28 табела и 13 фигура/слика. Докторска дисертација садржи сажетак на српском и енглеском језику, биографију кандидата, податке о комисији и списак скраћеница коришћених у тексту.

У **уводу** је дефинисано шта је то лихен планопиларис, који подтипови лихен планопилариса постоје по најновијим класификацијама и који су епидемиолошки подаци. Наведена је детаљна класификација патофизиологије и све тезе у литератури у вези патофизиолошких механизма настанка лихен планопилариса. Наведени су

хистологија и клиничка слика обољења. На адекватан и детаљан начин је у потпуности описан цео спектрум локалног и системског лечења лихен планопилариса. Такође је приказан детаљан осврт на досадашња сазнања везана за квалитет живота повезан са здрављем уопште и на квалитет живота повезан са лихен планопиларисом. Додатно су приказана досадашња сазнања у вези психосоцијалног статуса пацијената са лихен планопиларисом, као и утицај обољења на радну продуктивност.

Циљеви рада су прецизно дефинисани. Састоје се од испитивања терапијског одговора у кохорти испитаника лечених пиоглитазоном и кохорти испитаника лечених хидроксихлорокином, као и утврђивањем степена активности болести применом *Lichen planopilaris activity index* (ЛППАИ) и *Global photographic assessment* (ГПА) упитника. Такође као циљеви рада наведени су испитивања психосоцијалног статуса, квалитета живота и радне продуктивности особа са лихен планопиларисом у обе посматране кохорте, на почетку лечења и након 6 месеци као и испитивање предиктора промене квалитета живота током 6 месеци праћења у обе посматране кохорте. Последњи циљ рада наведено је испитивање валидности и поузданости новоразвијеног упитника за процену квалитета живота оболелих од лихен планопилариса.

У поглављу **материјал и методе** је наведено да се ради о проспективној кохортној студији која је спроведена у Клиници за дерматовенерологију, Универзитетског клиничког центра Србије. Детаљно је описан период студије, начин селекције пацијената, као и критеријуми за укључење у студију, као и критеријуми за искључење из студије. За потребе испитивања терапијског одговора и степен активности болести у обе кохорте су коришћени валидирани упитници ЛППАИ и ГПА. Период праћења је било на 3 месеца (0, 3, 6 месец). За процену психосоцијалног статуса особа са лихен планопиларисом у обе посматране кохорте коришћен је *General Health Questionnaire-28* (ГХУ-28). Такође, за процену радне способности пацијената са лихен планопиларисом је коришћен упитник о радној продуктивности и смањеној активности, док је за процену квалитета живота коришћен дерматолошки индекс квалитета живота. Методе процене валидности и поузданости новоразвијеног упитника за процену квалитета живота оболелих од лихен планопилариса су детаљно описана и упитник се зове *Lichen planopilaris quality of life* (ЛПП-КОЛ). Ова студија је спроведена у складу са Хелсиншком декларацијом, а одобрена је и од стране Етичког комитета, Медицинског факултета, Универзитета у Београду. Сви пацијенти су дали писани и усмени пристанак

пре укључења у студију. Сви упитници који су коришћени у студији су детаљно описани, а појашњен је и начин скоровања.

У поглављу **резултати** детаљно су описани и јасно представљени сви добијени резултати.

Дискусија је написана јасно и прегледно, уз приказ података других истраживања са упоредним прегледом добијених резултата докторске дисертације.

Закључци сажето приказују најважније налазе који су проистекли из резултата рада. Коришћена **литература** садржи списак од 248 референце.

Б) Провера оригиналности докторске дисертације

На основу правилника извештаја из програма iThenticate извршена је провера оригиналности докторске дисертације, утврђено је подударане текста од 7%. Овај степен подударности последица је стандардних формулација, фраза и стручне терминологије, библиографских података о коришћеној литератури, као и претходно публикованих резултата истраживања, која су проистекла из дисертације.

Ц) Кратак опис постигнутих резултата

Све поткатегије повезане са ЛППАИ-ом смањиле су се током шестомесечног периода праћења. Просечна вредност ЛППАИ на почетку испитивања износила је $3,32 \pm 1,23$ (медијана 3,08) у групи која је примала пиоглитазон, у поређењу са $3,64 \pm 1,46$ (3,38) у групи без пиоглитазона, без статистички значајне разлике између група ($p=0,390$), на основу Ман-Витнијевог теста. У групи која је примала пиоглитазон, просечна вредност ЛППАИ смањила се са $3,32 \pm 1,23$ (3,08) на $1,19 \pm 1$ (1) након 3 месеца, а затим на $0,95 \pm 0,74$ (0,67) након 6 месеци. У хидроксихлорокин групи, просечна вредност ЛППАИ смањила се са $3,64 \pm 1,46$ (3,38) на $1,44 \pm 1$ (1,17) након 3 месеца, а затим на $1,13 \pm 0,9$ (1) након 6 месеци. Обе терапијске опције су значајно смањиле вредности ЛППАИ током два узастопна интервала праћења. У групи која је примала пиоглитазон забележено је смањење ЛППАИ за $2,37 \pm 1,18$ (-2,15), док је у хидроксихлорокин групи забележено смањење за $2,51 \pm 1,37$ (-2,29). У обе групе, највећи део смањења забележен је током прва три месеца. Међутим, анализа између група показала је да нема статистички значајне разлике у смањењу ЛППАИ између пацијената лечених пиоглитазоном и хидроксихлорокином ($p=0,660$), на основу т-теста.

Вреди напоменути да је 89,9% укупног смањења ЛППАИ (2,13/2,37) у групи која је примала пиоглитазон и 87,6% укупног смањења ЛППАИ (2,2/2,51) у хидроксихлорокин групи забележено током контроле након 3 месеца.

Неинфериорност пиоглитазона је потврђена и након мултиваријантне анализе, при чему није уочена разлика између терапијских група у односу на трајање болести (-2,379 (пиоглитазон) у односу на -2,510 (хидроксихлорокин), прилагођена п-вредност=0,708 (у поређењу са 0,660 без прилагођавања). Након ублажавања потенцијалне методолошке пристрасности, нарочито пристрасности у селекцији пацијената, спроведена је додатна анализа у којој је група која је примала пиоглитазон упоређена искључиво са пацијентима из хидроксихлорокин групе код којих је захваћеност према ЛППАИ била 50% или мања. Delta вредност ЛППАИ износила је $-2,37 \pm 1,18$ за пиоглитазон у односу на $-2,65 \pm 1,34$ за хидроксихлорокин. Просечна разлика од -0,274, са 95% интервалом поузданости од -0,952 до 0,405 и $p=0,42$, није била статистички значајна, а неинфериорност је и даље била потврђена.

Процена ГПА скорова представљала је секундарну крајњу тачку. Резултати су показали да је у обе групе најчешћи исход било благо побољшање (пиоглитазон 31,3% у односу на 35,3% хидроксихлорокин), затим одсуство побољшања (пиоглитазон 31,3% у односу на 29,4% хидроксихлорокин), а потом значајно побољшање (пиоглитазон 25% у односу на 23,5% хидроксихлорокин). На основу ГПА скорова можемо закључити да је стопа побољшања у групи која је примала пиоглитазон износила 56,3%, у поређењу са 58,8% у хидроксихлорокин групи. На крају, није утврђена статистички значајна разлика између група ($p=0,979$). У суштини, налази засновани на ГПА скоровима показују да пиоглитазон није инфериоран у односу на HCQ.

Ови резултати су показали да пиоглитазон није инфериоран у односу на хидроксихлорокин, који је до сада представљао терапију прве линије за системско лечење лихен планопилариса. Резултати указују на то да се пиоглитазон може безбедно користити као терапија прве линије код пацијената са лихен планопиларисом и захваћеношћу до 20%, али и код пацијената са захваћеношћу од 20–50%, нарочито уколико у личној анамнези имају дијабетес мелитус. Није било статистички значајних разлика између група у погледу укупне учесталости нежељених догађаја, као ни појаве специфичних нежељених ефеката, што указује на то да је пиоглитазон подједнако безбедан као хидроксихлорокин. Током студије нису забележени озбиљни нити иреверзибилни нежељени догађаји; углавном су пријављивани неспецифични и пролазни симптоми.

Одређивање психосоцијалног статуса пацијената са лихен планопиларицом са ГХУ-28 упитником показало је да 26,8% пацијената са лихен планопиларисом било је у ризику од психолошких поремећаја. Што се тиче психосоцијалног статуса пацијената са лихен планопиларисом, пиоглитазон није био инфериоран у односу на хидроксихлорокин приликом поређења делта вредности ФХУ-28 скорова између кохорти. Оба терапијска модалитета довела су до смањења медијана скорова током лечења, као и до смањења укупног удела пацијената који су у ризику, али не постоји статистичка разлика између самих терапијских модалитета (пиоглитазон $-3,19 \pm 7,8$ наспрам хидроксихлорокин $-1,94 \pm 8,05$, $p = 0,524$).

Ови резултати су потврдили да терапија смањује вредности дерматолошког индекса квалитета живота, а тиме и побољшава квалитет живота код пацијената који се лече системском терапијом, али нису утврђени статистички значајни предиктори нити разлике између терапијских модалитета (пиоглитазон $-0,34 \pm 0,75$ наспрам $-0,37 \pm 0,69$; $p = 0,839$). Нису утврђени предиктори који би повезали почетне карактеристике са променама квалитета живота током лечења. Ови резултати су показали да не постоје статистички значајне корелације између почетних симптома и делта вредности дерматолошког индекса квалитета живота. Корелација између свих сегмената ЛППАИ скорa и дерматолошког индекса квалитета живота (тј. делта вредности укупног дерматолошког индекса квалитета живота) није била статистички значајна, упркос веома слабом, односно занемарљивом негативном смеру.

Резултати нису показали статистичке разлике ни у једној од подкатегија упитника о радној продуктивности и смањеној активности на почетку испитивања, упркос томе што су презентеизам и укупна ометеност у раду били израженији у кохорти која је примала хидроксихлорокин. У обе кохорте забележено је смањење апсентеизма, презентеизма, као и процента ометености у активностима и процента укупне ометености у раду након шест месеци терапије (пиоглитазон: $-7,01\% \pm 24,97$ у односу на $-18,39\% \pm 27,96$ код хидроксихлорокина), али без статистички значајне разлике између терапијских модалитета ($p=0,213$).

Према резултатима ЛПП-КОЛ упитника, у групи која је примала пиоглитазон, 6,25% (2/32) пацијената имало је благо до умерено нарушен квалитет живота, док након 6 месеци терапије ниједан пацијент (0%; 0/32) није имао нарушен квалитет живота у овој категорији. У хидроксихлорокин групи, 5,88% (2/34) пацијената имало је тешко нарушен квалитет живота, док је 23,5% (8/34) имало благо до умерено нарушен квалитет живота; након 6 месеци терапије, овај проценат се смањио на 14,71% (5/34).

пацијената са благо до умерено нарушеним квалитетом живота, док ниједан пацијент више није имао тешко нарушен квалитет живота. Највише вредности скорова забележене су у емоционалној категорији. Упитник је у највећој мери успео да обухвати емоционалне тешкоће и са њима повезана субјективна осећања пацијената са лихен планопиларисом. Почетне вредности ЛПП-КОЛ скорa у емоционалној категорији биле су више ($3,81 \pm 2,22$ и $5,77 \pm 2,87$), док су промене вредности након терапије (делта) биле знатно веће ($-1,47 \pm 2,08$ и $-1,31 \pm 2,52$) у поређењу са делта вредностима дерматолошког индекса квалитета живота ($-1,00$ и $-1,12$). Стога је ЛПП-КОЛ у већој мери корелирао са резултатима ЛППАИ и ГПУ након терапије. Утврђено је да је ЛПП-КОЛ скала у овој популацији пацијената из Србије имала две уместо три димензије. Две специфичне димензије — емоционална и социјална функционалност (укупно 11 питања) — српске верзије ЛПП-КОЛ упитника показале су прихватљиву укупну конструктну валидност. Једно питање из емоционалне категорије је уклоњено, док је питање 4 из оригиналне функционалне категорије категорисано као последње питање у емоционалној категорији. Поред тога, на основу статистичке анализе, клиничког знања и прелиминарних вредности почетних и delta ЛПП-КОЛ скорова, које су биле ниже у социјалној и функционалној категорији, ове две категорије су обједињене у категорију „социјална функционалност“ (6 питања). На крају, поузданост је процењена у коначној верзији упитника. Интерна конзистентност, процењена помоћу Кронбаховог алфа коефицијента, износила је 0,746 (прихватљива) у коначној емоционалној димензији (5 питања), док је у димензији социјалне функционалности (6 питања) Кронбахов алфа коефицијент био добар и износио је 0,880.

Д) Упоредна анализа докторске дисертације са резултатима из литературе

Када посматрамо ову студију и примену системске терапије, само 34,4% пацијената у групи која је примала пиоглитазон и 47,1% пацијената у хидроксихлорокин групи класификовано је у категорију „комбинована“ или „системска терапија“, што указује на то да више од 50% пацијената са лихен планопиларисом није примало системску терапију, која је неопходна због имуносупресивних својстава. Проценат примене системске терапије у овој студији заправо је био виши него у другим земљама, што је показано у новијим радовима који се баве обрасцима лечења. Студија (Пелет дел Торо и сарадници, 2024) су процењивали обрасце лечења у САД на узорку од 991 пацијента и утврдили да је системска терапија примењивана у само 25,5% случајева. С друге стране, у недавној студији (Стеге и сар., 2024) спроведеној у немачком терцијарном

центру на узорку од 110 пацијената, само 8,2% (9/110) пацијената примало је системску терапију као терапију прве линије.

Иако се лихен планопиларис често повезује са једним или оба облика лихен плануса — кожним и/или мукозним — у литератури постоји ограничен број извештаја, са пријављеном учесталошћу у распону од 17 до 28% (Луакховитску и сар., 2015, Цхианг и сар., 2009, Росс и сар., 2005.) и студија Луакховитску и сарадници, где је 15,2% (7/46) пацијената наводило је претходно постојање кожног облика лихен плануса, док је само 6,52% (3/46) имало истовремено присутан кожни лихен планус. Резултати ове студије показали су учесталост од 6,1% (4/66) са једном или обе мукозне/кожне манифестације повезане са лихен планопиларисом што су нижи вредности него у претходним студијама, и више су у складу са налазима Луакховитску и сарадника.

Једна студија лечења лихен планопиларисом са пиоглитазоном (Месинковска и сар., 2015) је у својој ретроспективној анализи случајева пријавила учесталост едема потколеница од 50%, док је 41% пацијената пријавило повећање телесне тежине. Петерсон и сарадници (Петерсон и сар., 2019) нису пријавили ниједан нежељени догађај. Ниједан од пацијената ове студије који су примали пиоглитазон није имао клинички значајно повећање вредности јетрених ензима, док су само 2 пацијента (6,3%) пријавила едем потколеница, а ниједан пацијент није пријавио повећање телесне тежине. Исти аутори (Месинковска и сар., 2015) такође су известили да је 40,9% пацијената који су прекинули узимање пиоглитазона навело немогућност подношења нежељених ефеката. Овај проценат представља знатно већу учесталост нежељених ефеката у поређењу са 9,2% пацијената у овој студији.

По први пут у литератури, пиоглитазон се показује као терапијска опција која није инфериорна у односу на хидроксихлорокин, који се сматра терапијом прве линије. Највеће смањење ЛППАИ скорa уочава се након три месеца терапије. Чињеница да се 89,9% укупног смањења LPPAI скорa током шест месеци у групи која је примала пиоглитазон догодило током прва три месеца, након чега је уследила плато фаза, указује на брз терапијски одговор. Слична, статистички незначајно различита вредност од 87,6% забележена је и у хидроксихлорокин групи након три месеца. Слична брзина постизања терапијског одговора и слични резултати забележени су и у претходним проспективним студијама код лихен планопилариса, али уз неке значајне разлике. У студији из 2017. године, која је поредила метотрексат и хидроксихлорокин, 69,1% укупног смањења LPPAI скорa забележено је након четири месеца, док је у хидроксихлорокин групи тај проценат износио 69,2% (2,31/3,34) (Наеини и сар., 2017).

У другој студији (Наеини и сар., 2020) која је поредила метотрексат и циклоспорин, 83,8% смањења ЛППАИ скорa забележено је након два месеца. У групи која је примала метотрексат, 86,5% смањења ЛППАИ скорa забележено је током прва два месеца, 10,8% у периоду од 2 до 4 месеца, а 2,7% у периоду од 4 до 6 месеци. Коначно, када се упореде резултати студије из 2022. године (Лајеварди и сар., 2022), које је обухватило 40 пацијената и поредило топикални клобетазол и пиоглитазон, уочен је следећи образац смањења ЛППАИ скорa у групи која је примала пиоглитазон: 19,8% у периоду од 0 до 2 месеца, 41,1% у периоду од 2 до 4 месеца и 39,1% у периоду од 4 до 6 месеци тј. мањи пад. Свеукупно, уочавамо веома велику разлику у брзини смањења ЛППАИ скорa између различитих студија.

Оба терапијска модалитета у овој студији имала су висок проценат постизања примарног циља, односно спречавања прогресије болести и настанка цикатрицијалне алопеције. Проценат заустављања прогресије у групи која је примала пиоглитазон био је виши (87,5% према ГПУ скоровима) у односу на већину претходно објављених резултата о спречавању прогресије болести применом пиоглитазона. У једној студији (Месинковска и сар., 2015) су у ретроспективној студији пријавили стопу од 72%, док су Лајеварди и сарадници из 2022. године у рандомизованом контролисаном испитивању (Лајеварди и сар., 2022) пријавили стопу од 75%. Једини изузетак представљали су Петерсон и сарадници из 2019. године, који су на основу података о 23 пацијента забележили 0% прогресије током терапије пиоглитазоном. Они су погоршање лихен планопилариса дефинисали на основу објективних параметара (мерање линије косе, фотографије) или субјективних параметара (симптоми које су пријављивали пацијенти и клинички налази).

Само ограничен број студија се бавио испитивањем психолошког статуса пацијената са лихен планопиларисом, при чему је најобухватнија студија била једна студија (Насими и сар. 2020), која је обухватила 41 пацијента и процењивала њихово ментално здравље помоћу дерматолошког индекса квалитета живота и ГПУ-28 упитника. Ова студија је прва која користи валидиране упитнике и процену квалитета живота за поређење различитих терапијских модалитета. Цхианг и сарадници (Цхианг и сар., 2015) утврдили су позитивну корелацију између ЛППАИ и квалитета живота. Резултати су показали статистички незначајну, слабу до занемарљиву повезаност ЛППАИ скорa и свих његових категорија са променама дерматолошког индекса квалитета живота, што указује на то да са статистичке перспективе не можемо тврдити да ова повезаност није била последица случајности.

Студија Насими и сарадника из 2020. године била је студија пресека и обухватила је 41 пацијента, у поређењу са овом проспективном кохортном студијом, која је обухватила 82 пацијента. У обе студије коришћене су исте граничне вредности (24 за укупан скор и 14 за појединачне субскеале). При поређењу дела студије који се односи на процену у једној временској тачки, та студија је показала позитивне субскеале у све четири категорије, при чему су соматски симптоми и анксиозност/несаница били најзаступљенији, оба са 7,3%, затим тешка депресија са 4,9% и социјална дисфункција са 2,4%. Насупрот томе, само две субскеале у овој студији биле су позитивне, и то анксиозност/несаница са 3,66% и социјална дисфункција са 2,44%. Свеукупно, резултати обе студије су слични и показују да, када се процењују појединачне субскеале, само мањи део пацијената са лихен планопиларисом има психолошке тегобе. Велика разлика између овх студија односи се на укупан ГХУ-28 скор. У студији Насими и сарадника из 2020. године, 63,4% укупне популације (26/41) било је у ризику од психолошког морбидитета, док само 36,6% није било у ризику. Овај резултат је потпуно супротан овим резултатима, према којима је само 26,8% (22/82) пацијената било у ризику од психолошког морбидитета, а тај проценат се након 6 месеци терапије додатно смањио на само 9,09% (6/66). При процени средњих вредности укупног ГХУ-28, Насими и сарадници су пријавили вредност од $29,02 \pm 12,8$, која је такође била виша у односу на вредности у овим групама на почетку испитивања ($17,59 \pm 7,01$ у групи која је примала пиоглитазон и $19,31 \pm 7,94$ у хидроскихлорокин групи). Ове разлике би у одређеној мери могле бити последица културолошких разлика између испитиваних популација. Ови резултати, као и резултати Насими и сарадника, указују на то да је ГХУ-28 упитник валидан инструмент за скрининг психолошких морбидитета повезаних са лихен планопиларисом, али и да може представљати користан алат за процену терапијског ефекта лекова на психолошки статус пацијената са лихен планопиларисом.

До данас, ниједан специфичн упитник који мери квалитет живота повезан са лихен планопиларисом није развијен уопштено, ни на српском језику. До сада је у објављеној литератури само један специфичан упитник (Бустаменте и сар. 2023) под називом ФФА-ЉЛИ, био доступан као специфичан и валидиран упитник намењен процени пацијената, али са фронталном фиброзирајућом алопецијом. Њихов упитник се састојао од 20 питања и био је скалиран од 0 до 60, при чему је резултат <21 одговарао ниском утицају на квалитет живота, резултат >35 већем утицају на квалитет живота, док су вредности од 21 до 35 одговарале умереном утицају. Психометријска валидација била

је заснована на дерматолошком индексу квалитета живота и скали болничке анксиозности и депресије (ХАДС). С друге стране, након факторске анализе и прелиминарне анализе, ЛПП-КОЛ упитник се састојао од 2 димензије — 5 питања која су се односила на емоционалну/субјективну димензију и 6 питања која су се односила на социјалну функционалност — односно укупно 11 питања.

Е) Објављени радови који чине део докторске дисертације

Капетановић И, Живановић Д, Солдатовић И, Нојнер Ј, Мићановић Д, Орлић Т, Друловић О, Минић С, Николић Н, Максимовић Н. Efficacy and safety of pioglitazone in lichen planopilaris in comparison with hydroxychloroquine: Prospective non-inferiority study објављен у часопису: *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2026 Aug 2. doi број: 10.1111/ddg.70362x. M21 ИФ: 5.0

Капетановић И, Живановић Д, Максимовић Н. Update on therapeutic modalities and options in lichen planopilaris. *Medicinski podmladak*. 2025. doi број:10.5937/mp79-57882

Ф) Одлуке Етичке комисије Факултета и остале неопходне етичке одлуке

Истраживање за докторску дисертацију др Игора Капетановића је спроведено уз сагласност Етичке Комисије Медицинског факултета Универзитета у Београду од дана 24.10.2024 под бројем: 25/X-2 и Етичким одбором Универзитетски клинички центар Србије дана 26.10.2023, под бројем 576/17.

Г) Закључак (образложење научног доприноса)

Докторска дисертација „Испитивање утицаја оралног пиоглитазона на исход болести код особа са лихен планопиларис-ом“ др Игора Капетановића, као први овакав рад у нашој популацији и као највећа проспективна кохортна студија о пиоглитазону за лихен планопиларис представља оригинални научни допринос у разумевању утицаја пре свега овог лека на ток и исход болести и да ли је овај терапијски исход неинфериоран у односу на хидроксихлорокина који је златни стандард и прва линија терапије. Није било статистички значајних разлика између кохорти у погледу укупне учесталости нежељених догађаја, што потврђује да је пиоглитазон подједнако безбедан као хидроксихлорокин. Ова студија даје оригиналан допринос литератури тако што проспективно прати утицај терапије на психосоцијални статус, квалитет живота и радну способности, као и саме корелације лихен планопилариса са овим аспектима

живота пацијената користећи валидиране упитнике (26,8% са лихен планопиларосом било је у ризику од психолошких поремећаја).

Нису утврђени предиктори који би повезали почетне карактеристике са променама квалитета живота током лечења. Ови резултати су потврдили да системска терапија смањује вредности скорова, а тиме и побољшава квалитет живота пацијената, али нису забележени статистички значајни предиктори нити разлике између различитих терапијских модалитета.

Валидности и поузданости новоразвијеног упитника за процену квалитета живота оболелих од лихен планопилариса је рађен. У овој студији је такође предложен први специфичан упитник за лихен планопиларис, намењен процени квалитета живота код пацијената са овим обољењем, будући да општи упитници (попут општи дерматолошки упитник квалитет живота) могу бити проблематични код лихен планопилариса — који представља облик ожиљне алопеције са специфичним клиничким знацима и симптомима који се лако могу превидети. Након анализе валидности и поузданости овог упитника, прелиминарна анализа је потврдила да је првобитни упитник (са 3 димензије и 13 питања) валиднији у облику са 2 димензије (субјективна/емоционална и социјална функционалност) и 11 питања.

Као што је показано у резултатима, овај упитник може послужити за ефикасну и специфичну процену утицаја лихен планопилариса на квалитет живота, или потенцијално као мерило/крајња тачка у евалуацији успешности неког терапијског модалитета или за праћење пацијената кроз дужи временски период. Посебно треба нагласити да је показано да активност саме болести иако најважнији, не треба да буде и једини параметар кад је у питању одлука о терапији и/или праћењу. Ово показује да пацијенти са лихен планопиларисом нису само дерматолошки пацијенти, већ представљају проблем у више дисциплина медицине.

Ова докторска дисертација је урађена према свим принципима научног истраживања. Циљеви су били прецизно дефинисани, научни приступ је био оригиналан и пажљиво изабран, а методологија рада је била савремена. Резултати су прегледно и систематично приказани и дискутовани, а из њих су изведени одговарајући закључци.

На основу свега наведеног, и имајући у виду досадашњи научни рад кандидата, комисија предлаже Научном већу Медицинског факултета Универзитета у Београду да прихвати докторску дисертацију др Игора Капетановића и одобри његову јавну одбрану ради стицања академске титуле доктора медицинских наука.

У Београду, 16.10.2026.

Чланови Комисије:

Проф. др Снежана Минић

Проф. др Татјана Газибара

Проф. др Ана Равић Николић

Ментор(и):

Проф. др Наташа Максимовић

Проф. др Дубравка Живановић
