

Клинико-эпидемиологические особенности лихеноидного пситириаза у детей

Е.И. Касихина^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru
 М.Н. Острецова², <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>, ostretsova-mn@rudn.ru
 С. Алхадфар², <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>, haffar.su@gmail.com
 Э.В. Толстогузова¹, <https://orcid.org/0009-0008-8853-3341>, elvira.tolstoguzova@yandex.ru
 О.В. Жукова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

Резюме

Введение. Согласно современным представлениям лихеноидный пситириаз (ЛП) относят к группе параспориоза с доброкачественным течением. Заболевание регистрируется в детском и юношеском возрасте, чаще у мужчин. На сегодняшний день изучение структуры, распространенности ЛП, а также факторов риска, влияющих на дебют и развитие острой и хронической форм заболевания у детей, является весьма актуальным.

Цель. Провести анализ клинико-эпидемиологических особенностей и факторов риска, влияющих на дебют ЛП у детей.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. В исследование включали данные 130 детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии» в период с января 2022 по март 2025 г. Использовались методы статистического анализа: χ^2 , расчет отношения шансов (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Установлено, что за последние годы в детской популяции Москвы прослеживается стойкая динамика роста числа случаев ЛП. Статистически значимых различий в частоте развития острого ЛП или хронического ЛП в зависимости от пола и возраста не было выявлено. Мужской пол в возрастной группе 7–14 лет был более подвержен к развитию ЛП (63,8%). Выявлена высокая частота диагностических ошибок (33,1%). Выявлены статистически значимые факторы риска: для острого ЛП – смена климата (ОР = 66,25), для хронического ЛП – сезонность (ОР = 81,14). При остром ЛП в 1,6 раза чаще, чем при хроническом ЛП, диагностировали герпетические инфекции (χ^2 7,980; p = 0,092). Герпесвирусная инфекция является одним из значимых факторов риска развития острого ЛП.

Выводы. Пситириаз лихеноидный и оспоподобный острый и пситириаз лихеноидный хронический являются редкими и малоизученными заболеваниями. Проведенный анализ данных статистических форм продемонстрировал тенденцию роста числа случаев заболевания, что свидетельствует о необходимости выявления факторов риска дебюта и прогрессирования ЛП, оказания своевременной медицинской помощи и профилактики развития осложнений. Продолжительность течения заболевания зависит от скорости постановки окончательного диагноза, в связи с чем требуется разработка диагностического алгоритма.

Ключевые слова: лихеноидный пситириаз, пситириаз лихеноидный и оспоподобный острый, пситириаз лихеноидный хронический, дети, факторы риска

Для цитирования: Касихина ЕИ, Острецова МН, Алхадфар С, Толстогузова ЭВ, Жукова ОВ. Клинико-эпидемиологические особенности лихеноидного пситириаза у детей. *Медицинский совет.* 2026;20(2):24–30. <https://doi.org/10.21518/ms2026-011>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical and epidemiological features of pityriasis lichenoides in children

Elena I. Kasikhina^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru
 Maria N. Ostretsova², <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>, ostretsova-mn@rudn.ru
 Suzan Alhaffar², <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>, haffar.su@gmail.com
 Elvira V. Tolstoguzova¹, <https://orcid.org/0009-0008-8853-3341>, elvira.tolstoguzova@yandex.ru
 Olga V. Zhukova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia

² RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

Abstract

Introduction. According to current concepts, lichenoid pityriasis (LP) is classified as a parapsoriasis with a benign course. The disease is diagnosed in childhood and adolescence, most often in males. Studying the structure and prevalence of LP, as well as risk factors influencing the onset and progression of the acute and chronic forms of the disease in children, is highly relevant.

Objective. To analyze the clinical and epidemiological characteristics and risk factors influencing the onset of LP in children.

Materials and methods. A single-center prospective observational study was conducted. The study included data from 130 children undergoing outpatient treatment and observation at the Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology from January 2022 to March 2025. Statistical analysis methods were used: the χ^2 test and calculation of odds ratios (OR) with a 95 % confidence interval (CI).

Results. A consistent upward trend in the incidence of LP has been observed in the Moscow pediatric population in recent years. No statistically significant differences in the incidence of acute LP depending on gender and age were found. Males in the 7–14-year age group were more susceptible to developing LP (63.8%). A high diagnostic error rate (33.1%) was observed. Statistically significant risk factors were identified: climate change for acute LP (OR = 66.25), and seasonality for chronic LP (OR = 81.14). Herpes infections were diagnosed 1.6 times more often in patients with acute LP than in those with chronic LP (χ^2 7.980; p = 0.092). Herpesvirus infection is a significant risk factor for the development of acute LP.

Conclusion. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) and chronic pityriasis lichenoides are rare and understudied diseases. The conducted analysis of statistical data forms demonstrated a trend of increasing incidence, indicating the need to identify risk factors for the onset and progression of PL, providing timely medical care, and preventing complications. The duration of the disease depends on the speed of establishing a final diagnosis a definitive diagnosis, necessitating the development of a diagnostic algorithm.

Keywords: pityriasis lichenoides, pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, chronic pityriasis lichenoides, children, risk factors

For citation: Kasikhina EI, Ostretsova MN, Alhaffar S, Tolstoguzova EV, Zhukova OV. Clinical and epidemiological features of pityriasis lichenoides in children. *Meditsinskiy Sovet.* 2026;20(2):24–30. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-011>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современным представлениям лихеноидный пситириаз (ЛП) относят к группе параспориоза с доброкачественным течением. Заболевание регистрируется в детском и юношеском возрасте, чаще у мужчин [1, 2]. У детей средний возраст начала заболевания составляет 6,5 года [2]. Большинство ученых считают ЛП редким дерматозом: уровни заболеваемости, распространенность и факторы риска развития ЛП не установлены [3–6]. Вопросы этиологии и патогенеза ЛП продолжают обсуждаться научным сообществом. Ведущая гипотеза предполагает, что заболевание представляет собой аномальный иммунный ответ по типу реакции гиперчувствительности на инфекционные агенты [7–9]. Среди инфекционных факторов, которые играют провоцирующую роль в развитии ЛП, называют вирусы [7, 10], инфекцию SARS-CoV-2 и вакцинацию против коронавирусной инфекции [11, 12]. Имеются сведения о лекарственно-индуцированном ЛП на фоне терапии инфликсимабом [13], цевостамабом [14], метотрексатом и другими биологическими препаратами, а также после применения преднизолона и антибактериальных препаратов [15]. Выделяют 2 основные клинические формы заболевания: острую – пситириаз лихеноидный и осподобный острый (ОЛП), и хроническую – пситириаз лихеноидный хронический (ХЛП) [10, 16].

ОЛП характеризуется острым дебютом и самопроизвольным разрешением в течение 1–1,5 мес., реже длительность заболевания составляет 6 мес. В редких случаях острая форма ЛП осложняется фульминантным течением с системными проявлениями (некротическая болезнь Габермана – Муха) [17–19]. Доля ХЛП составляет около 78% от всех случаев ЛП [4, 6]. ХЛП отличается волнообразным течением с чередованием ремиссий и рецидивов в течение нескольких месяцев или лет. Учеными обсуждается увеличение числа клинических случаев, когда

у пациента одновременно регистрировали клинические проявления, присущие как ОЛП, так и ХЛП [13].

Есть мнение, что у детей ЛП протекает более доброкачественно, чем у взрослых [5], либо имеет более длительное течение [20]. В редких случаях ОЛП может представлять угрозу для жизни и требует госпитализации пациентов [21]. Однако имеются сведения о том, что у детей ОЛП и ХЛП чаще, чем у взрослых, имеют непрерывно рецидивирующее течение (в том числе с развитием болезни Габермана – Муха), с более обширными очагами поражения, более выраженной гиперпигментацией и менее выраженным эффектом от проводимой терапии [6, 22–24].

Таким образом, на сегодняшний день изучение структуры, распространенности ЛП, а также факторов риска, влияющих на дебют и развитие острой и хронической форм заболевания у детей, является весьма актуальным.

Цель – провести анализ клинико-эпидемиологических особенностей и факторов риска, влияющих на дебют лихеноидного пситириза у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование.

Критерии включения:

- дети в возрасте от 1 года до 17 лет включительно;
- диагноз лихеноидного пситириза.

Критерии невключения: отказ родителей от исследования.

Классификация ЛП была проведена в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Условия проведения и продолжительность исследования

В исследование включили данные 130 детей, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии» в период с января 2022 по март 2025 г.

Описание медицинского вмешательства и методов измерения целевых показателей

Клиническое обследование пациентов включало сбор анамнеза и физикальное обследование. В сомнительных случаях проводилось гистологическое исследование биоптата кожи из области высыпаний. Для получения полного представления о структуре заболеваемости ЛП эпидемиологические данные (возраст, пол), данных анамнеза, а также диагноз получали из медицинской документации пациента (форма № 025/у). В качестве статистического источника информации были использованы данные формы № 12 федерального статистического наблюдения «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и приложения «Дерматозы», разработанного к нему сотрудниками ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии».

Этическая экспертиза

Проведение исследования согласовано с комитетом по этике ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН); протокол №3/7 от 11.03.2022.

Статистический анализ

Учитывая редкость патологии, проводился анализ данных всех детей, наблюдавшихся с диагнозом ЛП. Анализ данных был выполнен с использованием программы Excel из пакета Microsoft Office 365. Описательная статистика включала количество и процент пациентов в соответствующих группах детей с ЛП, а также распределение пациентов по возрастным группам.

Результаты исследования представлены как Me [P25%; P75%]. Для оценки достоверности разности результатов исследования в 2 группах использовался критерий χ^2 . Для выявления факторов риска развития ОЛП и ХЛП проводился расчет отношения шансов (odds ratio, OR). Оценка достоверности результатов с учетом относительно небольшого числа наблюдений проводилась с расчетом границ 95% доверительного интервала (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно отчетным формам за анализируемый период (2017–2023 гг.) количество обращений детей, у которых был установлен диагноз ЛП (табл. 1), в Москве увеличилось в 4,9 раза. С 2017 по 2021 г. в детской популяции Москвы не было зарегистрировано впервые выявленных случаев ХЛП. В период 2022–2023 гг. наблюдался рост числа как впервые установленных случаев, так и повторных обращений пациентов с ЛП.

Анализ структуры обращений продемонстрировал, что регресс высыпаний ОЛП не происходил у большинства детей в течение года, согласно устоявшемуся мнению о полном выздоровлении в течение нескольких месяцев [17–19].

Под нашим наблюдением находились 60 (46,2 %) детей с ОЛП и 70 (53,8 %) – с ХЛП. Медианная

продолжительность наблюдения пациентов с острым началом составила Me 2,0 [8 мес.; 3,0] года. Медианная продолжительность наблюдения пациентов с ХЛП составила 4,0 [3,0; 6,0] года. Максимальный период диспансерного наблюдения пациентов с ХЛП составил 8 лет.

Медиана возраста начала заболевания составила Me 7 [5,0; 12,0] лет. Среди детей с ЛП мальчиков было 83 (63,8%), девочек – 47 (36,2%). Соотношение мальчиков и девочек составило 1,8 : 1, что аналогично ранее опубликованным данным [1, 2].

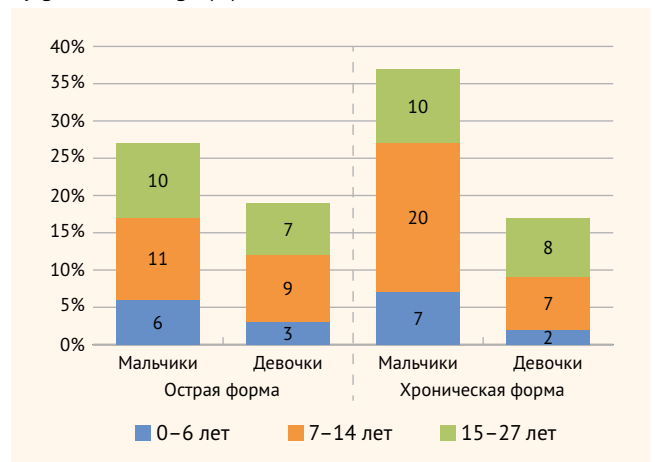
На рисунке приведена процентно-долевая характеристика выборки. У мальчиков во всех возрастных группах ЛП развивался чаще, чем у девочек.

В табл. 2 и 3 продемонстрированы данные распределения детей по полу и возрасту в зависимости от диагноза. Наибольшее число пациентов с ЛП наблюдали в возрастной группе 7–14 лет (43,3 и 50,0% соответственно) и 15–17 лет (36,7 и 32,9% соответственно).

- **Таблица 1.** Структура обращаемости детей с лихеноидным педириазом в ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии» в 2017–2023 гг. (абсолютные значения)
- **Table 1.** The structure of pediatric visits for lichenoid pityriasis to the Moscow Scientific and Practical Center of Dermato-venereology and Cosmetology in 2017–2023 (absolute values)

Диагноз		Год						
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Осподобный острый ЛП	Всего	14	23	12	21	14	22	34
	Впервые	5	10	5	6	4	6	13
Хронический ЛП	Всего	1	0	0	1	8	27	39
	Впервые	0	0	0	0	0	6	11
Всего обращений		15	23	12	22	22	49	73
Всего первичных обращений		5	10	5	6	4	12	24

- **Рисунок.** Распределение пациентов с лихеноидным педириазом по полу и возрасту (%)
- **Figure.** Distribution of patients with lichenoid pityriasis by gender and age (%)



Примечание. По оси ординат отмечена доля мальчиков и девочек с острым или хроническим лихеноидным педириазом в выборке (%).

- **Таблица 2.** Распределение пациентов с острым и вариолиформным лихеноидным петириазом по полу и возрасту
- **Table 2.** Distribution of patients with the acute form of lichenoid pityriasis by sex and age

Возрастные группы	Мальчики		Девочки		χ^2	p
	Абсолютное значение	Доля, %	Абсолютное значение	Доля, %		
0–6 лет (n = 12)	8	22,9	4	16,0	0,428	0,512
7–14 лет (n = 26)	14	40,0	12	48,0	0,380	0,538
15–17 лет (n = 22)	13	37,1	9	36,0	0,008	0,928
Всего (n = 60)	35	42,2*	25	53,2**	1,467	0,226

Примечание. % – доля мальчиков / девочек от общего количества пациентов с острой формой ЛП; * – доля мальчиков от общего числа пациентов с острой формой ЛП; ** – доля девочек от общего числа пациентов с острой формой ЛП.

- **Таблица 3.** Распределение пациентов с хроническим лихеноидным петириазом по полу и возрасту
- **Table 3.** Distribution of patients with the chronic form of lichenoid pityriasis by sex and age

Возрастные группы	Мужской пол		Женский пол		χ^2	p
	Абсолютное значение	Доля, %	Абсолютное значение	Доля, %		
0–6 лет (n = 12)	9	18,7	3	13,6	0,278	0,598
7–14 лет (n = 35)	26	54,2	9	40,9	1,061	0,304
15–17 лет (n = 23)	13	27,1	10	45,5	2,308	0,129
Всего (n = 70)	48	57,8*	22	46,8**	1,467	0,226

Примечание. % – доля мальчиков / девочек от общего количества пациентов с хронической формой ЛП; * – доля мальчиков от общего числа пациентов с хронической формой ЛП; ** – доля девочек от общего числа пациентов с хронической формой ЛП.

ОЛП в возрастной группе 0–6 лет диагностировался у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. В возрастных группах 7–14 лет и 15–17 лет отношение числа заболевших мальчиков и девочек было существенно ниже, чем в целом по выборке (1,2:1 и 1,4:1), однако, данные различия в частоте встречаемости острой формы ЛП не были статистически значимыми ($\chi^2 = 0,380$, $p = 0,538$ и $\chi^2 = 0,008$, $p = 0,928$ соответственно).

ХЛП в возрастных группах 0–6 лет и 7–14 лет чаще регистрировался дерматологами у мальчиков, чем у девочек (3:1 и 2,9:1 соответственно). Различия частоты развития заболевания у мальчиков в данных возрастных группах также статистически значимо не отличались от анализируемой выборки ($\chi^2 = 0,278$, $p = 0,598$ и $\chi^2 = 1,061$, $p = 0,303$ соответственно). В возрастной группе 15–17 лет отношение количества мальчиков к количеству девочек с ХЛП составило 1,3:1, что ниже, чем в совокупной выборке, однако, статистически значимо не отличается от нее ($\chi^2 = 2,308$, $p = 0,129$).

Большинство детей (71,5%) получали терапию заболевания амбулаторно. Госпитализация в суточный специализированный стационар потребовалась 37 (28,5%) детям.

Для более полного понимания провоцирующих факторов риска были изучены события, предшествующие развитию различных форм ЛП (табл. 4 и 5).

Срок постановки правильного диагноза в анализируемой когорте варьировал от 1 мес. до 2 лет. Ошибочный диагноз у пациентов с ЛП выставлялся в каждом третьем случае (33,1%). При этом наиболее часто у данных пациентов ошибочно диагностировали красный плоский лишай (12,3% случаев) и ветряную оспу (8,5% случаев). Поздняя диагностика является статистически значимым

фактором риска развития хронического течения ЛП (95% ДИ 5,70–1048,18).

Чаще всего ОЛП и ХЛП дебютировали после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), при этом риск развития ОЛП был в 1,4 раза выше, чем ХЛП. Однако различия в этом случае не были статистически значимыми (95% ДИ 0,64–3,09). Был выявлен повышенный риск развития ОЛП после перенесенной коронавирусной инфекции (в 2,38 раза), стресса (в 2,14 раза), глистной инвазии (в 1,79 раза) и обострение хронических инфекционных заболеваний (в 1,4 раза), однако, во всех случаях, в соответствии со значением 95% ДИ, повышение частоты заболеваемости не было статистически значимым.

Высокоспецифическими статистическими значимыми факторами риска дебюта ОЛП явились смена климата, для ХЛП – сезонность. Частота развития ОЛП у детей после смены климата в 66,25 раза была выше, чем у детей, которые не меняли климат (95% ДИ 3,90–1126,33). Фактор сезонности был статистически значим в 81,14 раза выше при ХЛП, чем при ОЛП (95% ДИ 4,82–1366,00).

Аллергическую патологию в 1,5 раза чаще выявляли у пациентов с ХЛП в сравнении с ОЛП, однако, при этом статистически значимых различий в спектре аллергической патологии не выявлено ($\chi^2 6,129$, $p = 0,633$). Частота встречаемости аллергического ринита у пациентов с ОЛП заболевания была сопоставима с данным показателем у детей с ХЛП, однако, atopический дерматит при ХЛП выявляли в 2 раза чаще, чем при ОЛП (в 26,0 и 10,0% соответственно). Сопоставимо часто как при ОЛП, так и при ХЛП наблюдали наличие пищевой аллергии (в 7,0 и 10,0% случаев соответственно)

- **Таблица 4.** Факторы риска развития острого и осподобного лихеноидного петириза у детей (n = 60)
- **Table 4.** Risk factors for acute and varioliform lichenoid pityriasis in children (n = 60)

Признак	N	OR	95% ДИ
ОРВИ	46	1,41	0,64–3,09
Смена климата	19	66,25	3,90–1126,33
Хронические инфекционные заболевания	14	0,71	0,32–1,56
Стресс	13	2,14	0,82–5,59
Диагностические ошибки	10	4,59	0,75–21,04
Глистная инвазия	3	1,79	0,29–11,08
COVID-19	2	2,38	0,21–26,91
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	2	6,03	0,28–128,02

Примечание. N – количество детей с ОЛП, у которых был выявлен предполагаемый фактор риска развития заболевания; ОШ – отношение шансов (odds ratio); 95% ДИ – 95% доверительный интервал (нижняя граница – верхняя граница); ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция; COVID-19 – коронавирусная болезнь 2019 г. (CoronaVirus Disease 2019).

и хронической крапивницы (в 5,0 и 7,0% случаев соответственно).

Частота соматической патологии также в 1,5 раза была выше у пациентов с ХЛП, чем при ОЛП. При этом спектр соматических заболеваний анализируемых форм ЛП был сопоставим и не имел статистически значимых различий (χ^2 0,234; p = 0,994).

При ОЛП в 1,6 раза чаще, чем при ХЛП, диагностировали герпетические инфекции (χ^2 7,980; p = 0,092). Таким образом, герпесвирусная инфекция является одним из значимых факторов риска развития ОЛП (табл. 6).

ОБСУЖДЕНИЕ

ЛП относится к редким дерматозам, что подтверждает анализ числа обращений детей, полученных из отчетных форм ГБУЗ «Московский центр дерматовенерологии и косметологии». Установлено, что за последние годы в детской популяции Москвы прослеживается стойкая динамика роста числа случаев лихеноидного петириза.

Проведенное проспективное наблюдение позволило оценить структуру дерматоза, продолжительность процесса у детей с ЛП, а также установить значимые факторы риска.

Статистически значимых различий в частоте развития ОЛП или ХЛП в зависимости от пола и возраста не было выявлено. Мужской пол в возрастной группе 7–14 лет был более подвержен к развитию ЛП (63,8%), что соответствует результатам европейских исследований [1–3, 5]. В 71,5% случаев дети наблюдались и получали терапию в амбулаторных условиях, остальным (28,5%) потребовалось оказание специализированной медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационаре. Это совпадает с данными J.V. Zang et al. 2018 г., которые наблюдали тяжелое течение у 29,0% больных [4].

Сложный дифференциальный диагноз вследствие клинической гетерогенности ЛП приводил к диагностическим ошибкам в 33,1% случаев. Рекомендации по

- **Таблица 5.** Факторы риска развития хронического лихеноидного петириза у детей (n = 70)
- **Table 5.** Risk factors for chronic lichenoid pityriasis in children (n = 70)

Признак	N	OR	95% ДИ
ОРВИ	49	0,71	0,32–1,56
Сезонность	28	81,14	4,82–1366,00
Диагностические ошибки	33	56,24	5,70–1048,18
Хронические инфекционные заболевания	21	1,41	0,64–3,09
Стресс	8	0,47	0,18–1,22
Глистная инвазия	2	0,56	0,09–3,46
COVID-19	1	0,42	0,04–4,75

Примечание. N – количество детей с ХЛП, у которых был выявлен предполагаемый фактор риска развития заболевания; OR – отношение шансов (odds ratio); 95% ДИ – 95% доверительный интервал (нижняя граница – верхняя граница); ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция; COVID-19 – коронавирусная болезнь 2019 года (CoronaVirus Disease 2019).

- **Таблица 6.** Частота носительства герпесвирусных инфекций у пациентов с острой и хронической формой лихеноидного петириза
- **Table 6.** Frequency of herpesvirus infections carriage in patients with acute and chronic forms of lichenoid pityriasis

Возбудитель	Осподобный острый ЛП		Хронический ЛП	
	Абсолютное значение	Доля, %	Абсолютное значение	Доля, %
Вирус герпеса человека 6-го типа	15	25	7	10
Цитомегаловирус	5	8	3	4
Вирус Эпштейна – Барр	4	7	1	1
Вирус простого герпеса	1	2	3	4
Вирус Варицелла – Зостер	1	2	5	7
Всего по каждой форме	26	43*	19	27*

Примечание. % – доля мальчиков / девочек от общего количества пациентов с соответствующей формой ЛП; * – доля мальчиков / девочек с острой формой ЛП от общего количества пациентов в выборке.

проведению патоморфологического исследования биоптата из очага могли бы достоверно снизить риск развития ХЛП (OR 56,24; 95% ДИ 5,70–1048,18). Предполагается, что поздняя диагностика может оказывать влияние на продолжительность течения ОЛП и ХЛП у детей. В данном исследовании максимальная длительность наблюдения пациентов с ХЛП составила 8 лет. В исследовании J.V. Zang et al. 2018 г. продолжительность заболевания составляла 78 ± 48 мес. [4]. Следовательно, изучение факторов риска, влияющих на рецидивы ХЛП, является необходимым для разработки стратегий терапии и профилактики дерматоза. Выявлено, что к значимым факторам риска дебюта ОЛП относятся смена климата, перенесенная ОРВИ и носительство герпесвирусных инфекций. S. Ersoy-Evans et al. в 2007 г. диагностировали инфекционные заболевания, предшествующие ЛП,

у 30,0% пациентов [5]. На дебют ХЛП достоверно влиял такой фактор риска, как сезонность. В то же время S. Ersoy-Evans et al. в 2007 г. не выявили достоверной связи дебюта ХЛП с сезонностью, но не отрицали ухудшения течения дерматоза в холодный период года [5]. Наличие сопутствующей аллергической и соматической патологии в нашем исследовании не влияло на развитие ЛП.

ВЫВОДЫ

Питириаз лихеноидный и осподобный острый и питириаз лихеноидный хронический являются редкими и малоизученными заболеваниями.

Проведенный анализ данных статистических форм продемонстрировал тенденцию роста числа случаев заболевания у детей, что свидетельствует о необходимости выявления факторов риска дебюта и прогрессирования ЛП, оказания своевременной медицинской помощи и профилактики развития осложнений.

Продолжительность течения заболевания у детей зависит от скорости постановки окончательного диагноза, в связи с чем требуется разработка диагностического алгоритма.



Поступила / Received 22.12.2025

Поступила после рецензирования / Revised 23.01.2026

Принята в печать / Accepted 24.01.2026

Список литературы / References

- Jung F, Sibbald C, Bohdanowicz M, Ingram JR, Piguat V. Systematic review of the efficacies and adverse effects of treatments for pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol.* 2020;183(6):1026–1032. <https://doi.org/10.1111/bjd.18977>.
- Geller L, Antonov NK, Lauren CT, Morel KD, Garzon MC. Pityriasis lichenoides in childhood: review of clinical presentation and treatment options. *Pediatr Dermatol.* 2015;32(5):579–592. <https://doi.org/10.1111/pde.12581>.
- Fatturi AL, Morgan MAP, Markus JR, Noguera-Morel L, Carvalho VO. Pityriasis lichenoides: assessment of 41 pediatric patients. *J Pediatr.* 2024;100(5):527–532. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.03.011>.
- Zang JB, Coates SJ, Huang J, Vonderheid EC, Cohen BA. Pityriasis lichenoides: long-term follow-up study. *Pediatr Dermatol.* 2018;35(2):213–219. <https://doi.org/10.1111/pde.13396>.
- Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini AJ, Subaşı N, Paller AS. Pityriasis lichenoides in childhood: A retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(2):205–210. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.08.023>.
- Romani J, Puig L, Fernández-Figueras MT, De Moragas JM. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol.* 1998;15(1):1–6. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.1998.1998015001.x>.
- González Rodríguez AJ, Montesinos Villaescusa E, Jordá Cuevas E. Pityriasis lichenoides chronica associated with herpes simplex virus type 2. *Case Rep Dermatol Med.* 2012;2012:737428. <https://doi.org/10.1155/2012/737428>.
- Nguyen Van T, Nguyen Thi T, Le Huu D, Dinh Huu N, Le Thi M, Nguyen Minh T et al. Clinical aspects and treatment of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a retrospective vietnamese study. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(2):198–199. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.005>.
- Касихина ЕИ, Острецова МН, Алхадфар С, Уткин ПС, Солнцев ВВ. Трудности диагностики питириаза лихеноидного и осподобного остро: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2025;32(4):115–124. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-4-115-124>.
- Kasikhina EI, Ostretsova MN, Alhaffar S, Utkin PS, Solntsev VV. Difficulties in diagnosing pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: A clinical case report. *Kuban Scientific Medical Bulletin.* 2025;32(4):115–124. (In Russ.) <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-4-115-124>.
- Gelmetti C, Rigoni C, Alessi E, Ermacora E, Berti E, Caputo R. Pityriasis lichenoides in children: a long-term follow-up of eighty-nine cases. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23(3 Pt 1):473–478. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(90\)70243-b](https://doi.org/10.1016/0190-9622(90)70243-b).
- De La Garza H, Saliba E, Rosales Santillan M, Brem C, Vashi NA. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta as a complication of COVID-19 infection. *Dermatopathology.* 2022;9(3):244–250. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology9030028>.
- Mäkilä T, Jeskanen L, Butina M, Harjama L, Ranki A, Mälkönen T, Kluger N. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta after SARS-CoV-2 infection and relapse after vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(6):e431–e433. <https://doi.org/10.1111/jdv.18024>.
- Boswell N, Jamison R. Drug-induced pityriasis lichenoides from infliximab in a patient with juvenile idiopathic arthritis. *JAAD Case Rep.* 2022;23:55–57. <https://doi.org/10.1016/j.jcdr.2022.02.017>.
- Orloff J, Patel DD, Powers CM, Piontkowski AJ, Phelps RG, Richter J, Gulati N. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in a patient treated with cevastamab. *JAAD Case Rep.* 2024;47:23–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcdr.2024.02.021>.
- Rijal H, Bouadi N, Molin S. Onset of pityriasis lichenoides in patients treated with biologic therapy: a systematic review. *J Cutan Med Surg.* 2024;28(5):504–505. <https://doi.org/10.1177/12034754241265714>.
- What is pityriasis lichenoides? *Pediatr Dermatol.* 2024;41(3):526–527. <https://doi.org/10.1111/pde.15645>.
- Парфенова МА, Белоусова ИЭ, Самцов АВ. Язвенно-некротический подтип болезни Мухи Габермана: описание случая. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2013;89(4):73–78. <https://doi.org/10.25208/vdv619>.
- Parfenova MA, Belousova IE, Samtsov AV. Ulceronecrotic Mucha Habermann's disease: case study. *Vestnik Dermatologii i Venerologii.* 2013;89(4):73–78. <https://doi.org/10.25208/vdv619>.
- Liu J, Zhong J, Wang Q, Cai Y, Chen J. Febrile ulceronecrotic mucha-habermann disease: a case report and review of literature in the paediatric population. *Acta Derm Venereol.* 2023;103:adv4806. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.4806>.
- Rai E, Kamzan A, Boozalis E, Hogeling M, Fong K. A case of febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease responsive to systemic corticosteroids. *Pediatr Dermatol.* 2023;40(3):573–575. <https://doi.org/10.1111/pde.15234>.
- Koh WL, Koh MJA, Tay YK. Pityriasis lichenoides in an Asian population. *Int J Dermatol.* 2013;52(12):1495–1499. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05608.x>.
- Rujimethapass N, Limpongsanurak W, Singalavanija S. Pityriasis lichenoides in thai children: a 10-years review of clinical and treatment outcome. *J Med Assoc Thai.* 2025;108(5):377–383. <https://doi.org/10.35755/jmedassocthai.2025.5.377-383-02606>.
- Wahie S, Hiscutt E, Natarajan S, Taylor A. Pityriasis lichenoides: the differences between children and adults. *Br J Dermatol.* 2007;157(5):941–945. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08163.x>.
- Elbendary A, Abdel-Halim MRE, Youssef R, Abdel Halim D, Elmasry MF, Gad A, El Sharkawy DA. Hypopigmented lesions in pityriasis lichenoides chronica patients: Are they only post-inflammatory hypopigmentation? *Australas J Dermatol.* 2022;63(1):68–73. <https://doi.org/10.1111/ajd.13746>.
- Асхаков МС. Параспориоз. *Вестник молодого ученого.* 2017;(2):34–39. Режим доступа: <https://elibrary.ru/yudjnp>.
- Askhakov MS. Parapsoriasis. *Vestnik Malodogo Uchenogo.* 2017;(2):34–39. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/yudjnp>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Е.И. Касихина, О.В. Жукова, С. Алхадфар

Концепция и дизайн исследования – Е.И. Касихина, О.В. Жукова

Написание текста – Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, С. Алхадфар

Сбор и обработка материала – Е.И. Касихина, Э.В. Толстогузова

Обзор литературы – Е.И. Касихина, О.В. Жукова, С. Алхадфар

Анализ материала – Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, О.В. Жукова, Э.В. Толстогузова

Редактирование – М.Н. Острецова, О.В. Жукова, Э.В. Толстогузова

Утверждение окончательного варианта статьи – Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, С. Алхадфар, Э.В. Толстогузова, О.В. Жукова

Contribution of authors:

Concept of the article – Elena I. Kasikhina, Olga V. Zhukova, Suzan Alhaffar

Study concept and design – Elena I. Kasikhina, Olga V. Zhukova

Text development – Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Suzan Alhaffar

Collection and processing of material – Elena I. Kasikhina, Elvira V. Tolstoguzova

Literature review – Elena I. Kasikhina, Olga V. Zhukova, Suzan Alhaffar

Material analysis – Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Elvira V. Tolstoguzova

Editing – Maria N. Ostretsova, Olga V. Zhukova, Elvira V. Tolstoguzova

Approval of the final version of the article – Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Suzan Alhaffar, Elvira V. Tolstoguzova, Olga V. Zhukova

Информация об авторах:

Касихина Елена Игоревна, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; kasprof@bk.ru

Острецова Мария Николаевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; ostretsova-mn@rudn.ru

Алхалффар Сюзан, аспирант, ассистент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; haffar.su@gmail.com

Толстогузова Эльвира Владимировна, врач-статистик, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; elvira.tolstoguzova@yandex.ru

Жукова Ольга Валентиновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; klinderma@inbox.ru

Information about the authors:

Elena I. Kasikhina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; Dermatologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; kasprof@bk.ru

Maria N. Ostretsova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; ostretsova-mn@rudn.ru

Suzan Alhaffar, Postgraduate Student, Assistant Professor, Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; haffar.su@gmail.com

Elvira V. Tolstoguzova, Statistician Doctor, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; elvira.tolstoguzova@yandex.ru

Olga V. Zhukova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology Allergology and Cosmetology, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; Chief Medical Officer, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia; klinderma@inbox.ru