

## Дерматоскопические особенности лихеноидного петириза

С. Алхадфар<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>, haffar.su@gmail.com

Е.И. Касихина<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

М.Н. Острецова<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>, ostretsova-mn@rudn.ru

М.Б. Або Хадиджех<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-0837-822X>, khadeejah.2023@gmail.com

В.К. Солнцева<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3783-9232>, speak\_to\_vika@mail.ru

<sup>1</sup> Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

<sup>2</sup> Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

### Резюме

**Введение.** Актуальность исследования обусловлена редкостью лихеноидного петириза и ограниченным числом научных работ, посвященных описанию дерматоскопической картины заболевания. С одной стороны, изучение характерных дерматоскопических паттернов позволило бы врачу предположить диагноз, с другой – оптимизировать клиническую диагностику заболевания во всех возрастных периодах, в том числе при отсутствии возможности проведения патоморфологического исследования.

**Цель.** Провести анализ дерматоскопических паттернов у пациентов с разными клиническими типами лихеноидного петириза.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 60 пациентов (медианный возраст – Ме 13 [7; 19] лет) с диагнозом «острый лихеноидный и вариолиформный петириаз» (ОЛП) и «хронический лихеноидный петириаз» (ХЛП), находившихся под наблюдением в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» с 2022 по 2024 г. Все пациенты имели фототип кожи I или II. Исследование высыпаний проводилось методом дерматоскопии с 20-кратным увеличением. У пациентов с распространенным кожным процессом оценивали не менее двух элементов для учета всех возможных дерматоскопических паттернов. При описании паттернов была использована соответствующая терминология, основанная на консенсусном документе Международного общества дерматоскопии.

**Результаты.** При ОЛП точечные сосуды визуализировались в 100,0% случаев у всех обследованных. Линейные и/или клубочковые сосуды обнаруживались у 60,0% пациентов. Частота выявления очаговых точечных сосудов и сосудов в виде клубочков была статистически значимой ( $p < 0,01$ ) при ОЛП, тогда как при ХЛП статистически значимой ( $p < 0,01$ ) была частота выявления линейных сосудов. Наличие светло-коричневых и желтоватых бесструктурных областей достоверно ( $p < 0,001$ ) указывает на ХЛП, в то время как мишеневидные элементы более характерны для ОЛП.

**Заключение.** Дерматоскопия – это простой, неинвазивный и информативный диагностический метод, который при обнаружении характерных дерматоскопических признаков может быть полезен для диагностики и определения тактики ведения пациентов с лихеноидным петириазом до получения заключения гистологического исследования.

**Ключевые слова:** дерматоскопия, неинвазивная диагностика, петириаз лихеноидный хронический, острый лихеноидный и вариолиформный петириаз, дети, взрослые

**Для цитирования:** Алхадфар С, Касихина ЕИ, Острецова МН, Або Хадиджех МБ, Солнцева ВК. Дерматоскопические особенности лихеноидного петириза. *Медицинский совет.* 2026;20(2):110–115. <https://doi.org/10.21518/ms2026-013>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Dermatoscopic features of *pityriasis lichenoides*

Suzanne Alhaffar<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>, haffar.su@gmail.com

Elena I. Kasikhina<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

Maria N. Ostretsova<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>, ostretsova-mn@rudn.ru

Mohammed B. Abo Khadeejah<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-0837-822X>, khadeejah.2023@gmail.com

Viktoriiia K. Solntseva<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3783-9232>, speak\_to\_vika@mail.ru

<sup>1</sup> RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

<sup>2</sup> Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia

<sup>3</sup> Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

### Abstract

**Introduction.** The relevance of this study is determined by the rarity of *pityriasis lichenoides* and the limited number of scientific publications describing the dermatoscopic presentation of the disease. On the one hand, identification of characteristic dermatoscopic patterns would enable clinicians to establish a presumptive diagnosis; on the other hand, it would optimize clinical diagnosis across all age groups, including cases where histopathological examination is not feasible.

**Aim.** To analyze dermatoscopic patterns in patients with different clinical subtypes of *pityriasis lichenoides*.

**Materials and methods.** The study included 60 patients (median age 13 [7; 19] years) diagnosed with *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA) and *pityriasis lichenoides chronica* (PLC), who were under observation at the Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology of Moscow Health Department from 2022 to 2024. All patients had Fitzpatrick skin phototype I or II. Dermatoscopic examination of the lesions was performed using 20-fold magnification. In patients with widespread skin involvement, at least two lesions were evaluated to account for all possible dermatoscopic patterns. Pattern descriptions followed the standardized terminology based on the consensus document of the International Dermoscopy Society.

**Results.** In PLEVA, dotted vessels were visualized in 100.0% of all examined cases. Linear and/or glomerular vessels were detected in 60.0% of patients. The frequency of focal dotted vessels and glomerular vessels was statistically significant ( $p < 0.01$ ) in PLEVA, whereas in PLC, the frequency of linear vessels was statistically significant ( $p < 0.01$ ). The presence of light brown and yellowish structureless areas reliably ( $p < 0.001$ ) indicates PLC, while targetoid lesions are more characteristic of PLEVA.

**Conclusion.** Dermoscopy is a simple, non-invasive, and informative diagnostic method that, upon detection of characteristic dermatoscopic features, can be useful for diagnosis and determining management strategies in patients with *pityriasis lichenoides* prior to obtaining histopathological confirmation.

**Keywords:** dermoscopy, non-invasive diagnostics, *pityriasis lichenoides chronica*, *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*, children, adults

**For citation:** Alhaffar S, Kasikhina EI, Ostretsova MN, Abo Khadeejeh MB, Solntseva VK. Dermatoscopic features of *pityriasis lichenoides*. *Meditinskiy Sovet*. 2026;20(2):110–115. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-013>.

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

## ВВЕДЕНИЕ

Лихеноидный петириаз (*pityriasis lichenoides*, ЛП) относится к редким воспалительным папулосквамозным заболеваниям кожи. В настоящее время выделяют несколько клинических форм ЛП, такие как острый лихеноидный и вариолиформный петириаз (ОЛП), хронический ЛП (ХЛП) и лихорадочная язвенно-некротическая болезнь Мухи – Габермана [1]. Диагностика ЛП, как правило, основана на систематизации клинических данных, однако в сложных ситуациях требуется проведение дополнительных исследований. Информативность и сопоставимость результатов патоморфологического и дерматоскопического исследований при ЛП в последнее десятилетие вызвали интерес у ряда исследователей [1–3]. В табл. 1 систематизированы сведения о научных исследованиях и описаниях клинических случаев, посвященных изучению роли дерматоскопии в диагностике различных клинических форм ЛП [1–7].

Несмотря на численную ограниченность исследуемой когорты, дерматоскопия оказалась полезной в диагностике ЛП благодаря своей доступности, неинвазивности и возможности дифференцировать заболевание от других воспалительных патологий в рамках дифференциальной диагностики [7, 8].

В нескольких публикациях приведены подробные результаты дерматоскопического исследования пациентов с ОЛП в динамике [1, 3, 7]. F. Lacarrubba и G. Micali впервые выделили дерматоскопические паттерны, характерные для ранней (давность процесса до 2 мес.) и поздней (давность процесса более 2 мес.) стадий заболевания. К паттернам ранней стадии ОЛП были отнесены коричневые аморфные области с коркой на поверхности. Для поздней стадии были характерны центральные бесструктурные белые пятна. На всем протяжении заболевания

высыпания были окружены кольцом точечных/линейных сосудистых структур, напоминающих «мишени» [3]. В более позднем исследовании B.S. Ankad и S.L. Beergouder описание дерматоскопической картины ОЛП дополнилось акцентом на цветовые паттерны. К значимым признакам на ранней стадии заболевания авторами были отнесены коричневые бесструктурные (аморфные) области вокруг волосяных фолликулов, в центре которых обнаруживалась белая чешуйка, а по периферии – темно-красные точечные сосуды [1]. Было выявлено, что патоморфологически эта аморфная коричневая структура соответствует центральной корке, состоящей из базофильного материала в эпидермисе и клиновидного

● **Таблица 1.** Исследования, посвященные изучению информативности дерматоскопического исследования в диагностике лихеноидного петириаза

● **Table 1.** Studies of the diagnostic value of dermoscopy in *pityriasis lichenoides*

Авторы, год	Характеристика пациентов	Диагноз
F. Lacarrubba, G. Micali, 2010 [3]	Мужчина, 33 года	ОЛП
B.S. Ankad, S.L. Beergouder, 2017 [1]	14 пациентов, средний возраст 19 лет	ОЛП, ХЛП
S. Sonthalia et al., 2020 [4]	Девушка-подросток, 16 лет	ХЛП
E. Alba-Rojas et al., 2025 [5]	14 пациентов (дети и взрослые), возраст 8–30 лет	ОЛП, ХЛП
R. Jindal et al., 2021 [6]	20 взрослых пациентов	ХЛП
E. Errichetti, G. Stinco, 2015 [2]	8 пациентов, возраст 15–39 лет	ХЛП
D.D. Clarey et al., 2020 [7]	Женщина, 25 лет	ОЛП

Примечание. ОЛП – острый лихеноидный и вариолиформный петириаз; ХЛП – хронический лихеноидный петириаз.

лимфоцитарного инфильтрата в дерме. Красные точки и кровоизлияния представляют собой микрогеморрагии и экстравазацию красных кровяных телец сквозь расширенные кровеносные сосуды в сосочковом слое дермы. Клубочковые сосуды представляют собой дилатированные капилляры, а шелушение обусловлено гиперкератозом. Признаки, характерные для поздней стадии, отличаются разнообразием, в частности наличием сине-серых участков (дермальный меланин) и желтых глобул (базальноклеточная дегенерация, спонгиоз). Беловатые бесструктурные участки, а также корка в центре элементов обусловлены гиперкератозом, акантозом и эрозированием эпидермиса [1].

В настоящее время в отечественной литературе отсутствуют данные о систематизации дерматоскопических паттернов при ЛП как у взрослых, так и у детей.

**Цель** исследования – провести анализ дерматоскопических паттернов у пациентов с ОЛП и ХЛП.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 30 детей в возрасте от 4 до 14 лет, 30 подростков и взрослых пациентов в возрасте от 15 до 30 лет (Me 13 [7; 19] лет), находившихся под наблюдением в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» с 2022 по 2024 г. Все пациенты имели фототип кожи I или II. Всем пациентам проведено патоморфологическое исследование для подтверждения диагноза.

Исследование высыпаний проводилось при помощи устройства для динамического клинко-инструментального наблюдения за пациентами с поражениями кожи (патент на полезную модель №177110 от 17.04.2017) методами поляризационной и иммерсионной дерматоскопии с 20-кратным увеличением. У пациентов с распространенным кожным процессом оценивали не менее двух элементов для учета всех возможных дерматоскопических паттернов. При описании паттернов была использована соответствующая терминология, основанная на консенсусном документе Международного общества дерматоскопии [8]. В исследовании учитывались критерии алгоритма дерматоскопической диагностики воспалительных заболеваний кожи по A. Lallas et al.: морфологическая оценка сосудистых структур; оценка распределения сосудистых структур в пределах высыпаний; оценка цвета определяемых структур; оценка сохранности волосяных фолликулов [8].

Необходимый размер выборки на этапе планирования исследования не рассчитывали ввиду редкости патологии. Анализ данных был выполнен с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel (Office 365) и точного критерия Фишера (результаты считались статистически значимыми при  $p < 0,01$ ). Описательная статистика включала количество и процент пациентов с ОЛП и ХЛП, а также распределение пациентов по частоте встречаемости дерматоскопических паттернов.

## Этическая экспертиза

Проведение исследования согласовано с комитетом по этике ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (протокол №3/7 от 11.03.2025).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение пациентов по возрастным группам и диагнозам представлено в *табл. 2*.

ОЛП обычно проявляется в виде эритематозных пятен, которые превращаются в полиморфные эритематозные папулы с некротическим центром, в последующем постепенно регрессирующие в вариолиформные рубцы и дисхромические области. Клинические проявления ОЛП представлены на *рис. 1*.

Дерматоскопическая картина ОЛП до лечения представлена на *рис. 2*.

При воспалительных состояниях сосуды распределены и расположены в определенном узоре, что способствует точной диагностике заболевания. При ОЛП точечные сосуды были обнаружены в 100,0% случаев (*табл. 3*). Во всех обследованных очагах визуализировались точечные сосуды, а у 18 (60,0%) пациентов – линейные и/или клубочковые сосуды (*табл. 3*). В большинстве очагов поражения расположение сосудов было периферическим, в некоторых случаях наблюдалось равномерное, кластерное или центральное распределение. У большинства пациентов на поверхности очагов визуализировались чешуйки белого цвета (*рис. 2А, 3В*). При дерматоскопическом исследовании очаги, имевшие кольцевидную или мишеневидную форму, наблюдались у всех пациентов с ОЛП (*рис. 2А, 3А*). У пациентов одновременно наблюдали как типичные, так и атипичные мишеневидные очаги. Типичный мишеневидный очаг состоял из трех концентрических зон: красно-коричневой или коричневой бесструктурной центральной области, промежуточного кольца из белых чешуек и периферического сосудистого кольца (*рис. 2А*). Атипичный мишеневидный элемент имел только две концентрические зоны: центральную красно-коричневую и периферическую,

● **Таблица 2.** Распределение пациентов с лихеноидным педириазом по возрастным группам и диагнозам (абсолютные значения, %)

● **Table 2.** Distribution of patients with *pityriasis lichenoides* by age and diagnoses (abs, %)

Возрастные группы	Количество пациентов		
	ОЛП, абс.	ХЛП, абс.	Итого, абс. (%)
Дети (4–14 лет)	15	15	30 (50,0)
Подростки (15–17 лет)	13	9	22 (36,7)
Взрослые (18–30 лет)	2	6	8 (13,3)
<b>Итого</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>60 (100,0)</b>

Примечание. ОЛП – острый лихеноидный и вариолиформный педириаз; ХЛП – хронический лихеноидный педириаз.

● **Рисунок 1.** Пациент, 21 год, с диагнозом «острый лихеноидный и вариолиформный петириаз»

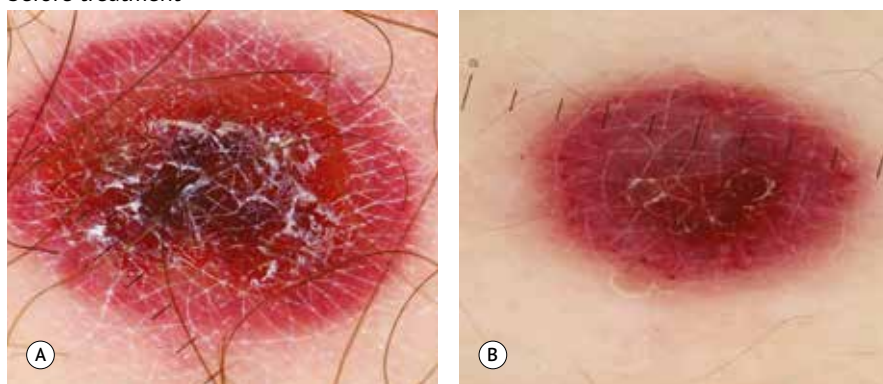
● **Figure 1.** A 21-year-old patient with a diagnosis of *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*



А – распространенные высыпания на туловище и конечностях; В – папулы с геморрагическими корками и шелушением на поверхности.

● **Рисунок 2.** Дерматоскопическая картина высыпаний при остром лихеноидном и вариолиформном петириае до лечения

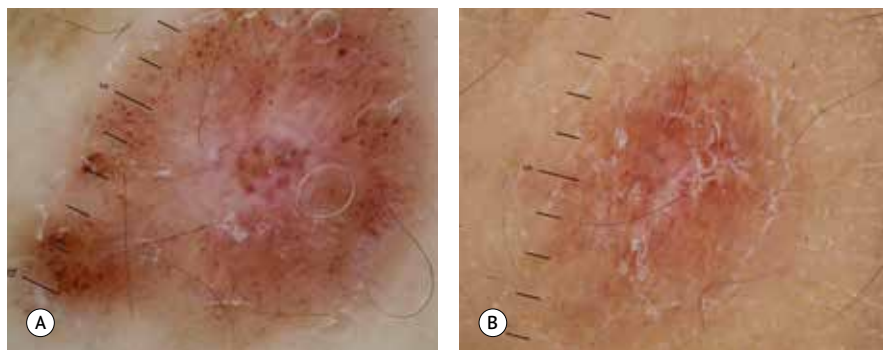
● **Figure 2.** Dermoscopy of skin lesions in *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* before treatment



А – типичный мишеневидный очаг с белой чешуйкой в центре; В – коричневые бесструктурные области в центре очага, сосуды в виде клубочков по периферии.

● **Рисунок 3.** Дерматоскопическая картина высыпаний при остром лихеноидном и вариолиформном петириае с давностью процесса более 2 мес.

● **Figure 3.** Dermoscopy of skin lesions in *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* with a disease duration of more than 2 months



А – мишеневидный очаг с формирующейся в центре бесструктурной белой областью, периферическими точечными, гломерулярными и единичными линейными сосудами на розово-бордовом гомогенном фоне; В – линейные и ветвящиеся сосуды, белые чешуйки с различным расположением на слабо выраженном эритематозном фоне.

● **Таблица 3.** Распределение дерматоскопических паттернов у пациентов с острым лихеноидным и вариолиформным петириазом (абсолютные значения, %)

● **Table 3.** Dermoscopic patterns in patients with *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (abs, %)

Дерматоскопические паттерны	Количество пациентов, абс. (%)
Мишеневидные очаги	30 (100,0)
Коричневые бесструктурные области	30 (100,0)
Белые бесструктурные области	23 (76,6)
Точечные сосуды	30 (100,0)
Сосуды в виде клубочков и линейные	18 (60,0)
Кровоизлияния, геморрагические корки	30 (100,0)
Белые чешуйки	29 (96,7)
Фокальные голубовато-серые области	2 (0,7)
Желтые глобулы	1 (0,3)

представленную сосудистыми структурами на розовом или фиолетовом фоне (рис. 2В). Существует предположение, что описанные варианты мишеневидных очагов могут отражать различные стадии формирования высыпаний (рис. 3А), однако для подтверждения этой гипотезы необходимы дополнительные исследования. Из-за ограниченного объема литературы по данному вопросу, на основании описания и аналогичных данных, полученных С. Arias-Rodriguez et al., мишеневидный рисунок можно считать дерматоскопическим признаком ОЛП, особенно при наличии полиморфного сосудистого рисунка [9].

Клинические проявления ХЛП представлены на рис. 4.

В отличие от внезапного появления везикулярных или некротических пятен и папул, сопровождающихся системными симптомами и являющихся архетипичными для ОЛП, высыпания при ХЛП характеризуются постепенным началом и регрессируют с поствоспалительной гипопигментацией (рис. 5D). E. Errichetti и G. Stinco предположили,

● **Рисунок 4.** Клинические проявления хронического лихеноидного пситириза на туловище

● **Figure 4.** Clinical manifestations of *pityriasis lichenoides chronica* on the trunk



A – у подростка 16 лет; B – у ребенка 9 лет.

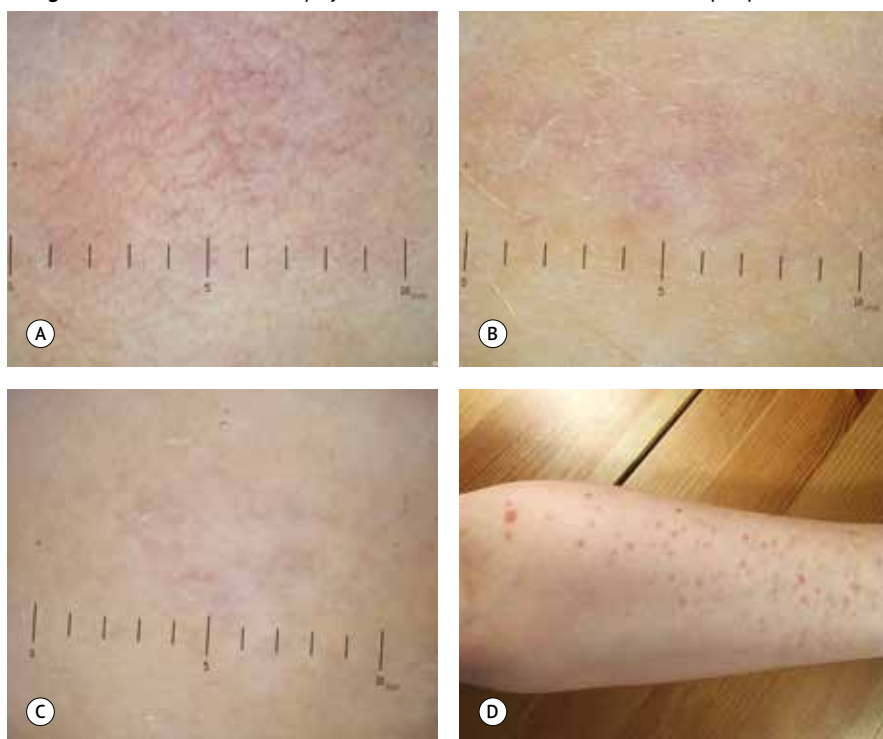
● **Таблица 4.** Распределение дерматоскопических паттернов у пациентов с хроническим лихеноидным пситириазом (абсолютные значения, %)

● **Table 4.** Dermoscopic patterns in patients with *pityriasis lichenoides chronica* (abs, %)

Дерматоскопические паттерны	Количество пациентов, абс. (%)
Оранжево-желтоватые или светло-коричневые и желтоватые бесструктурные области (рис. 5B, C)	30 (100,0)
Рассеянные гипопигментированные области (рис. 5C)	28 (93,3)
Линейные сосуды (рис. 5A)	20 (66,7)
Ветвящиеся сосуды (рис. 5A)	10 (33,3)
Розово-фиолетовые области или фон (рис. 5B)	30 (100,0)
Белые чешуйки	18 (60,0)

● **Рисунок 5.** Проявления хронического лихеноидного пситириза. Дерматоскопические паттерны

● **Figure 5.** Manifestations of *pityriasis lichenoides chronica*. Dermoscopic patterns



A – линейные и ветвящиеся сосуды; B – периферические светло-коричневые и желтоватые бесструктурные области, розово-фиолетовый фон в центральной части очага; C – рассеянные гипопигментированные и светло-коричневые бесструктурные области; D – макроскопический вид высыпаний.


что патоморфологически оранжево-желтоватые бесструктурные области при ХЛП связаны с наличием продуктов распада гемосидерина из экстравазированных эритроцитов, а сосудистые компоненты – с расширением поверхностных сосудов дермы [2]. Однако вариолиформное рубцевание при ХЛП, как при ОЛП, не наблюдается [4]. Частота дерматоскопических признаков у пациентов с ХЛП представлена в табл. 4.

Статистический анализ показал, что частота появления оранжево-желтоватых и коричнево-желтоватых бесструктурных областей ( $p < 0,001$ ) и линейных сосудов ( $p < 0,01$ ) была достоверной при ХЛП. Учитывая специфический рисунок сосудов, линейные сосуды (рис. 5A) были достоверно связаны с ХЛП, а точечные сосуды и сосуды в виде клубочков ( $p < 0,01$ ) – с ОЛП. Таким образом, сосудистый рисунок, наблюдаемый при дерматоскопии высыпаний при разных клинических формах ЛП, коррелирует с выраженностью дилатации кровеносных сосудов и микрокровоточиваний в сосочковом слое дермы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дерматоскопия – это простой, неинвазивный и информативный диагностический метод, который при обнаружении характерных дерматоскопических признаков может быть полезен для диагностики и определения тактики ведения пациентов с ЛП до получения заключения гистологического исследования.

Мы предполагаем, что очаги со светло-коричневыми бесструктурными областями и фиолетовым фоном указывали на ХЛП, в то время как мишеневидные элементы были более характерны для ОЛП.

Частота выявления очаговых точечных сосудов и сосудов в виде клубочков была статистически значимой при ОЛП, тогда как при ХЛП статистически значимой была частота выявления линейных сосудов. 

Поступила / Received 20.11.2025  
Поступила после рецензирования /  
Revised 10.01.2026  
Принята в печать / Accepted 17.01.2026

## Список литературы / References

- Ankad BS, Beergouder SL. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in skin of color: new observations by dermoscopy. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(1):27–34. <https://doi.org/10.5826/dpc.0701a05>.
- Erichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015;150(5):533–546. Available at: <https://www.minervamedica.it/en/journals/Ital-J-Dermatol-Venereol/article.php?cod=R23Y2015N05A0533>.
- Lacarrubba F, Micali G. Dermoscopy of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Arch Dermatol*. 2010;146(11):1322. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.263>.
- Sonthalia S, Varma S, Khopkar U. Dermoscopy of Pityriasis Lichenoides Chronica in an Indian Girl. *Indian Dermatol Online J*. 2020;11(3):477–478. [https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ\\_455\\_18](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_455_18).
- Alba-Rojas E, Guerra-Garza AS, Ocampo-Candiani J. Diagnostic Dermoscopy in Pityriasis Lichenoides Chronica and Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta: A Case Series. *Dermatol Pract Concept*. 2025;15(2):5078. <https://doi.org/10.5826/dpc.1502a5078>.
- Jindal R, Chauhan P, Sethi S. Dermoscopic characterization of guttate psoriasis, pityriasis rosea, and pityriasis lichenoides chronica in dark skin phototypes: An observational study. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14631. <https://doi.org/10.1111/dth.14631>.
- Clarey DD, Lauer SR, Trowbridge RM. Clinical, Dermatoscopic, and Histological Findings in a Diagnosis of Pityriasis Lichenoides. *Cureus*. 2020;12(6):e8725. <https://doi.org/10.7759/cureus.8725>.
- Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakryiou E, Karatolias A et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 2012;166(6):1198–1205. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10868.x>.
- Arias-Rodriguez C, Hoyos-Gaviria JG, Muñoz-Monsalve AM, Hernandez-Martinez A. Dermoscopy of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA). *An Bras Dermatol*. 2024;99(1):120–123. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.04.017>.

### Вклад авторов:

Концепция статьи – С. Алхадфар, Е.И. Касихина

Концепция и дизайн исследования – Е.И. Касихина, С. Алхадфар, М.Б. Або Хадиджех

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

Обзор литературы – С. Алхадфар, Е.И. Касихина, М.Н. Острецова

Анализ материала – Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, С. Алхадфар, М.Б. Або Хадиджех, В.К. Солнцева

Редактирование – М.Н. Острецова, В.К. Солнцева

Утверждение окончательного варианта статьи – С. Алхадфар, Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, М.Б. Або Хадиджех, В.К. Солнцева

### Contribution of authors:

Concept of the article – Suzanne Alhaffar, Elena I. Kasikhina

Study concept and design – Elena I. Kasikhina, Suzanne Alhaffar, Mohammed B. Abo Khadeejeh

Text development – Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Suzanne Alhaffar, Viktoriia K. Solntseva

Literature review – Suzanne Alhaffar, Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova

Material analysis – Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Suzanne Alhaffar, Mohammed B. Abo Khadeejeh, Viktoriia K. Solntseva

Editing – Maria N. Ostretsova, Viktoriia K. Solntseva

Approval of the final version of the article – Suzanne Alhaffar, Elena I. Kasikhina, Maria N. Ostretsova, Mohammed B. Abo Khadeejeh, Viktoriia K. Solntseva

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

### Информация об авторах:

**Алхадфар Сюзан**, аспирант и 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](mailto:haffar.su@gmail.com)

**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](mailto: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](mailto:ostretsova-mn@rudn.ru)

**Або Хадиджех Мохаммед Билалович**, аспирант кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; [khadeejeh.2023@gmail.com](mailto:khadeejeh.2023@gmail.com)

**Солнцева Виктория Константиновна**, к.м.н., доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии имени А.А. Воробьева, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [speak\\_to\\_vika@mail.ru](mailto:speak_to_vika@mail.ru)

### Information about the authors:

**Suzanne Alhaffar**, Postgraduate Student, Assistant Professor of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; [haffar.su@gmail.com](mailto:haffar.su@gmail.com)

**Elena I. Kasikhina**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the 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](mailto:kasprof@bk.ru)

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

**Mohammed B. Abo Khadeejeh**, Postgraduate Student of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, RUDN University; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; [khadeejeh.2023@gmail.com](mailto:khadeejeh.2023@gmail.com)

**Viktoriia K. Solntseva**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Microbiology, Virology and Immunology named after A.A. Vorobyov, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; [speak\\_to\\_vika@mail.ru](mailto:speak_to_vika@mail.ru)