

<https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-4-115-124>

УДК: 616.6-07-08



## Трудности диагностики пситириаза лихеноидного и осподобного острого: клинический случай

Е.И. Касихина<sup>1,2</sup>✉, М.Н. Острецова<sup>1</sup>, С. Алхадфар<sup>1</sup>, П.С. Уткин<sup>2</sup>, В.В. Солнцев<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», ул. Миклухо-Маклая, д. 6, г. Москва, 117198, Россия

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Ленинский пр-т, д. 17, г. Москва, 119071, Россия

### АННОТАЦИЯ

**Введение.** Пситириаз лихеноидный и осподобный острый, также известный как болезнь Мухи — Хабермана, представляет собой доброкачественную форму параспориоза, характеризующуюся острым началом, распространенными воспалительными полиморфными высыпаниями и системными проявлениями. Пситириаз лихеноидный и осподобный острый — редкое заболевание, представляющее диагностическую и терапевтическую междисциплинарную проблему. **Описание клинического случая.** В статье представлен случай пситириаза лихеноидного и осподобного острого у мальчика, направленного на госпитализацию в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», у которого наблюдались рецидивирующие эпизоды ярких эритематозных, папулезных и везикуло-пустулезных высыпаний с центростремительным распространением, регресс которых приводил к формированию гипопигментированных очагов, оспенноподобных («штампованных») рубчиков. При дерматоскопическом исследовании очагов определялся выраженный сосудистый паттерн, мономорфные точечные и линейные сосуды. Патоморфологическое исследование подтвердило диагноз «пситириаз лихеноидный и осподобный острый». Развитие типичной клинической картины пситириаза лихеноидного и осподобного острого совпало с инфекционным процессом (энтеровирусная инфекция), для которого также характерны везикулярные высыпания на коже. Лечение, рекомендованное педиатрами, не оказывало влияния на регресс кожных высыпаний. Среднее время от появления высыпаний до постановки правильного диагноза составило около двух месяцев. **Заключение.** Пситириаз лихеноидный и осподобный острый является редким заболеванием, преимущественно развивающимся у детей, что определяет его диагностику как сложный и длительный процесс. Инфекционные агенты должны считаться важными триггерами заболевания у детей. Существует мнение, что благоприятный исход и длительные ремиссии характерны для пациентов с началом заболевания старше 5 лет. Следовательно, динамическое наблюдение пациентов с дебютом заболевания в возрасте 4 лет (на примере данного клинического случая) должно осуществляться с участием специалистов педиатрического звена и врачей-дерматовенерологов в течение всего холодного периода года, когда существует риск заражения вирусными инфекциями и рецидива пситириаза.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пситириаз лихеноидный и осподобный острый, болезнь Мухи — Хабермана, параспориоз у детей

**ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:** Касихина Е.И., Острецова М.Н., Алхадфар С., Уткин П.С., Солнцев В.В. Трудности диагностики пситириаза лихеноидного и осподобного острого: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2025;32(4):115–124. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-4-115-124>

**ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ:** авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**ДЕКЛАРАЦИЯ О НАЛИЧИИ ДАННЫХ:** данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить у контактного автора по обоснованному запросу.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ:** от законных представителей (родителей) пациента получено письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании, публикацию описания клинического случая и публикацию фотоматериалов в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания 25.11.2024).

**ВКЛАД АВТОРОВ:** Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, С. Алхадфар, П.С. Уткин, В.В. Солнцев — разработка концепции и дизайна исследования; П.С. Уткин, С. Алхадфар — сбор данных, ведение пациента; Е.И. Касихина, С. Алхадфар, П.С. Уткин, В.В. Солнцев — анализ и интерпретация результатов; С. Алхадфар — обзор литературы; Е.И. Касихина, М.Н. Острецова — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта; С. Алхадфар, П.С. Уткин, В.В. Солнцев — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного замечания интеллектуального содержания. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

✉ **Корреспондирующий автор:** Касихина Елена Игоревна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; ведущий научный сотрудник государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы». Адрес: Ленинский пр-т, д. 17, г. Москва, 119071, Россия. E-mail: kasprof@bk.ru.

**Получена:** 18.11.2024 / **Получена после доработки:** 06.06.2025 / **Принята к публикации:** 10.07.2025

© Касихина Е.И., Острецова М.Н., Алхадфар С., Уткин П.С., Солнцев В.В., 2025

## Difficulties in diagnosing pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: A clinical case report

Elena I. Kasikhina<sup>1,2</sup>✉, Maria N. Ostretsova<sup>1</sup>, Suzan Alhaffar<sup>1</sup>, Pyotr S. Utkin<sup>2</sup>, Victor V. Solntsev<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Miklukho-Maklaya str., 6, Moscow, 117198, Russia

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

### ABSTRACT

**Background.** Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, also known as Mucha-Habermann disease, is a benign form of parapsoriasis characterized by acute onset, widespread polymorphous inflammatory eruptions, and systemic symptoms. Rare disorders such as pityriasis lichenoides et varioliformis acuta present a diagnostic and therapeutic challenge that requires interdisciplinary expertise. **Case description.** The article presents a case of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in a boy referred for hospitalization at the Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; the patient had recurrent episodes of bright erythematous, papular, and vesiculo-pustular centripetal eruptions, whose regression resulted in hypopigmentation and varioliform scarring. The performed dermoscopy revealed a pronounced vascular pattern, monomorphic dotted and linear vessels. The pathomorphological study confirmed the diagnosis of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. The typical clinical course of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta coincided with an infectious process (enterovirus infection), which is also characterized by vesicular skin eruptions. Treatment recommended by pediatricians had no effect on the regression of skin eruptions. The average time from the appearance of eruptions to the correct diagnosis was about two months. **Conclusion.** PLEVA is a rare disorder, primarily developing in children, which makes its diagnosis a complex and time-consuming process. Infectious agents should be considered important disease triggers in children. It is believed that a favorable outcome and prolonged remission are characteristic of patients with the onset of the disease after the age of five years. Therefore, the follow-up of patients with the onset of the disease at the age of four years (on the example of this clinical case) should be carried out with the participation of pediatric specialists and dermatovenereologists throughout the entire cold season, when the risk of viral infections and pityriasis recurrence exists.

**KEYWORDS:** pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, Mucha—Habermann disease, parapsoriasis in children

**FOR CITATION:** Kasikhina E.I., Ostretsova M.N., Alhaffar S., Utkin P.S., Solntsev V.V. Difficulties in diagnosing pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: A clinical case report. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2025;32(4):115–124. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-4-115-124>

**FUNDING:** No funding support was obtained for the research.

**CONFLICT OF INTEREST:** The authors declare no conflict of interest.

**DATA AVAILABILITY STATEMENT:** Data supporting the conclusions made in this study can be obtained from the corresponding author on a reasonable request.

**INFORMED CONSENT:** Written voluntary informed consent was obtained from the legal representatives (parents) of the patient for his participation in the study, publication of the clinical case report, and publication of photographic materials in a medical journal, including its electronic version (signed on November 25, 2024).

**AUTHOR CONTRIBUTIONS:** E.I. Kasikhina, M.N. Ostretsova, S. Alhaffar, P.S. Utkin, V.V. Solntsev — concept formulation and study design; P.S. Utkin, S. Alhaffar — data collection, patient management; E.I. Kasikhina, S. Alhaffar, P.S. Utkin, V.V. Solntsev — analysis and interpretation of the obtained results; S. Alhaffar — literature review; E.I. Kasikhina, M.N. Ostretsova — drafting of the manuscript and preparation of its final version; S. Alhaffar, P.S. Utkin, V.V. Solntsev — critical revision of the manuscript for valuable intellectual content. All the authors approved the final version of the manuscript prior to publication, agreeing to be accountable for all aspects of the work, meaning that issues related to the accuracy and integrity of any part of the work are appropriately examined and resolved.

✉ **Corresponding author:** Elena I. Kasikhina, Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Dermatovenereology, Allergology, and Cosmetology, Institute of Medicine, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia; Leading Researcher, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow City Health Department. Address: Leninsky Ave., 17, Moscow, 119071, Russia. E-mail: kasprof@bk.ru.

**Received:** 18.11.2024 / **Received:** 06.06.2025 / **Accepted:** 10.07.2025

### ВВЕДЕНИЕ

Питириаз лихеноидный и осподобный острый (Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, PLEVA), также известный как болезнь Мухи — Хабермана, представляет собой редкую доброкачественную форму параспориоза, характеризующуюся острым началом, распространенными воспалительными полиморфными высыпаниями и системными проявлениями [1, 2]. Этиология и патогенез PLEVA изучены недостаточно [3, 4]. В зарубежной литературе рассматриваются различные гипотезы, из которых самой популярной является аномальный иммунный ответ по типу реакций гиперчувствительности на инфекционные агенты [1]. В поддержку данной теории демонстри-

руются случаи развития PLEVA на фоне инфекций, вызванных герпесвирусами (II, III, IV типов), аденовирусом, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), *Toxoplasma gondii*, бета-гемолитическим стрептококком группы А [4–6]. В литературе имеются описания клинических случаев развития PLEVA в ответ на введение вакцин от вируса папилломы человека, гриппа, столбняка, кори, эпидемического паротита и краснухи [7–10]. Различные инфекционные и неинфекционные триггеры могут привести к развитию мультисистемного воспалительного процесса с CD8<sup>+</sup> (cluster designation) и CD3<sup>+</sup> Т-лимфоцитарной инфильтрацией в коже и характерной гистологической картиной поверхностного васкулита и очагового эпидер-

мального некроза. При остром лихеноидном и оспоподобном петириазе иммуногистохимически чаще выявляется коэкспрессия CD8<sup>+</sup> и CD30<sup>+</sup> в интраэпидермальном и дермальном слоях инфильтрата. Есть предположение, что данная коэкспрессия соответствует воспалительному противовирусному ответу, поскольку малые лимфоциты CD30<sup>+</sup> были идентифицированы при вирусных заболеваниях кожи, включая парвовирусную инфекцию [11]. PLEVA может также развиваться после приема некоторых лекарств, включая атезолизумаб, пембролизумаб и топический дифенилциклопропенон [12, 13].

Эпидемиологические аспекты и факторы риска PLEVA остаются до конца не изученными. Развитие заболевания не связано с расой и национальностью. Считается, что PLEVA преимущественно развивается у детей и молодых людей, с небольшим преобладанием мужчин [4]. Средний возраст заболевания в исследовании J. R. Markus et al. (2013) составил 7,75 года для детей и 37,9 года для взрослых [14]. Авторы продемонстрировали, что мужчины болеют примерно в 2 раза чаще, чем женщины [14].

Течение и прогноз болезни Мухи — Хабермана у детей и взрослых отличаются [1, 15, 16]. Так, большинство случаев заболевания с летальным исходом зафиксировано среди взрослых пациентов [15], в то время как среди детей летальный исход является редкостью [1]. По этой причине зарубежные ученые склоняются к мнению, что взрослый тип острого лихеноидного оспенновидного петириаза имеет высокий злокачественный потенциал и, возможно, связан с клональностью Т-клеток [2, 15].

Острый лихеноидный и оспоподобный петириаз у детей характеризуется полиморфными высыпаниями с тенденцией к образованию рубцов, повышением температуры тела до субфебрильных значений. Общее состояние пациента обычно удовлетворительное [15]. Высыпания могут возникать на любой части тела, крайне редко — в области ладоней и подошв. T.N. Van et al. (2019) выделили четыре типа кожных высыпаний при PLEVA: геморрагические пятна и папулы (100%), папулы с геморрагическими корочками (46,7%), пустулы и везикулы с геморрагическим экссудатом (40%), некротические язвенные поражения (13,3%) [1]. По данным P. S. Nair et al. (2007) у 100% пациентов с PLEVA были геморрагические папулы [17], тогда как некротические язвенные поражения встречались гораздо реже, чем в исследовании S. Wahie et al. (2007), которые зафиксировали их в 24,6% случаев [16]. У половины пациентов с PLEVA высыпания сопровождаются повышением температуры, которую связывают с инфекционным процессом. В исследовании T.N. Van et al. (2019) повышение температуры и инфекции наблюдались у 46,7 и 20,0% пациентов соответственно [1], а у двух пациентов была диагностирована пневмония [1]. Есть данные о возможности развития мультиорганного поражения при PLEVA. Системные симптомы, зарегистрированные в детской популяции, включают боль в животе, диарею, анемию, дисфункцию печени, лимфаденопатию, поражение легких, артрит, сепсис, диссеминированное внутрисосудистое свертывание, желудочно-кишечное кровотечение и острый респираторный дистресс-синдром [18].

Диагноз PLEVA обычно ставится на основании характерной клинической картины. Патоморфологическая картина может быть неспецифична и имитировать различные воспалительные заболевания кожи, в том числе грибовидный микоз [2]. Лабораторными данными, указывающими на системный процесс и худший прогноз, могут быть мегалобластная анемия, панцитопения, положительные результаты бактериологического исследования материала кожи и/или крови (обнаружение *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Candida*) [18].

В статье представлено описание клинического случая острого лихеноидного и оспоподобного петириаза.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

### Информация о пациенте

Под наблюдением в обособленном подразделении «Северо-Восточная клиника с детским центром» государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии») находился пациент А., 4 года (2020 г. р.).

*Жалобы при поступлении 29.10.2024:* на множественные высыпания на коже лица, туловища (груди, спине), верхних и нижних конечностях, без субъективных ощущений.

*Анамнез заболевания.* В течение месяца (август — сентябрь 2024 г.) до дебюта высыпаний ребенок с родителями находился на черноморском курорте в г. Анапе. Первые элементы сыпи у мальчика локализовались на коже живота и спины, затем постепенно распространились и на другие анатомические области. После возвращения с отдыха в середине сентября мать с ребенком обратились к педиатру в частный медицинский центр с жалобами на однократный подъем температуры до фебрильных цифр, частый жидкий стул, полиморфную пятнисто-папулезную сыпь. Проведена терапия: Инозин Пранобекс 50 мг/мл (сироп) внутрь 5 мл 3 раза в день 7 дней, паста полиметилсилоксана полигидрат внутрь 5 мл 3 раза в день 5 дней, цетиризин 10 капель внутрь 1 раз в день 7 дней. При исследовании кала методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) (скрининг на кишечные инфекции: ротавирус, норовирус, астровирус, энтеровирус) в частном медицинском центре были выявлены энтеровирус и астровирус. На основании результатов исследования педиатром была назначена комбинация интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный 500 000 МЕ + иммуноглобулин человека нормальный 200 мг (суппозитории ректальные) 1 раз в день 10 дней. Эффекта от лечения не было.

В октябре 2024 г. мать самостоятельно обратилась на консультацию в поликлиническое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»), где ребенку (07.10.2024) был выставлен диагноз «энтеровирусная инфекция» и дано направление на госпитализацию в государственное бюджетное учреждение здравоохранения

города Москвы «Инфекционная клиническая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ») с 08.10.2024. В инфекционном отделении ребенку на основании данных анамнеза, клинической картины и данных лабораторных исследований (от 09.10.2024) (исследование кала методом ПЦР) были диагностированы энтеровирусная инфекция и ветряная оспа. Проведено лечение: интерферон альфа-2b 2000 МЕ интраназально 4 раза в сутки 5 дней, натрия хлорид 0,5 мл интраназально 3 раза в сутки 5 дней, хлоропирамин 12,5 мг 2 раза в сутки 3 дня, на высыпания 1% водный раствор метилтиониния хлорида 0,1 мл 4 раза в сутки 5 дней, цинковая мазь 2 раза в день. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика в виде снижения симптомов интоксикации и нормализации стула, уменьшение интенсивности сыпи, формирование корочек. Ребенок выписан 18.10.2024 в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра в городскую поликлинику по месту жительства. На следующий день после выписки из стационара у ребенка появились новые высыпания на коже туловища и конечностей, в связи с этим родители с ребенком 21.10.24 обратились на ам-

булаторный прием к дерматовенерологу в филиал «Юго-Западный с клиникой аллергических болезней кожи» ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», где на основании морфологической картины кожных высыпаний был установлен диагноз «Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый, распространенная форма, стадия обострения». В связи с торпидностью к лечению и распространенностью кожного процесса пациенту было дано направление в обособленное подразделение «Северо-Восточная клиника с детским центром» для проведения комплексного лечения в условиях суточного стационара.

*Анамнез жизни.* Ребенок от неродственного брака в семье русской национальности. Вакцинация проводилась согласно графику национального календаря профилактических прививок. Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные заболевания 3–4 раза в год. Сопутствующая патология: бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, аллергический ринит, вызванный пыльцой растений.

*Наследственный анамнез.* Наследственность отягощена: у матери инсулинозависимый сахарный диабет (1-го типа),



Рис. 1. Клинические проявления питириаза лихеноидного и оспоподобного острого у пациента А.: А — полиморфные высыпания на коже туловища (выделено фигурами); Б — высыпания на разгибательной поверхности конечностей (выделено фигурой)

*Примечание: фотографии выполнены авторами статьи.*

Fig. 1. Clinical manifestations of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in patient A.: A — polymorphous eruptions on the trunk skin (indicated by the ovals); B — eruptions on the extensor surface of the extremities (indicated by the oval)

*Note: The images were taken by the present authors.*

у отца и сестры — сезонный аллергический ринит, бронхиальная астма.

### Физикальная диагностика

*Status specialis:* патологический процесс на коже носит распространенный полиморфный воспалительный характер. Локализуется на коже лица, шеи, туловища (спины, груди), ягодиц, верхних и нижних конечностей, в том числе ладоней и подошв. Представлен единичными пустулизованными везикулами с пупкообразным вдавлением размером до 0,4 см на коже ладоней; папулами с плотно прилежащими геморрагическими корочками бурого и черного цвета; папулами розово-красного цвета и розово-коричневого цвета с геморрагическим компонентом до 1 см в диаметре (рис. 1).

На поверхности единичных папул определяется слюдяная чешуйка, которая отделяется целиком (симптом «облатки»). Также определяются единичные плотные матово-белые чешуйки (симптом коллоидной пленки) и множественные буровато-черные некротические корочки. В проекции разрешившихся элементов множественные вторичные гипохромные пятна неправильных очертаний, единичные оспенноподобные («штампованные») рубчики. Пальпаторно: элементы сыпи возвышаются над уровнем видимо здоровой кожи, мягкоэластичные. Дермографизм красный. Видимые

слизистые оболочки розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

### Предварительный диагноз

Петириаз лихеноидный и осподобный острый?

### Временная шкала

Хронология развития болезни у пациента А. представлена на рисунке 2.

### Диагностические процедуры

Все лабораторные и инструментальные исследования выполнены в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии».

**Лабораторные исследования** (нормальные показатели в соответствии с возрастом указаны в скобках)

*Клинический анализ крови от 30.10.2024:* среднее содержание гемоглобина в эритроците — (МСН) 26,7 пг (27,0–35,0 пг); абсолютное количество нейтрофилов  $2,57 \times 10^9/\text{л}$  ( $(2,0-5,8) \times 10^9/\text{л}$ ), относительное количество нейтрофилов 35,2% (48,0–78,0%), абсолютное количество лимфоцитов  $3,37 \times 10^9/\text{л}$  ( $(1,2-3,0) \times 10^9/\text{л}$ ), относительное количество лимфоцитов 46,1% (19,0–37,0%), абсолютное количество эозинофилов  $0,45 \times 10^9/\text{л}$  ( $(0,02-0,30) \times 10^9/\text{л}$ ), относитель-



Рис. 2. Хронология развития болезни у пациента А.: ключевые события и прогноз

*Примечание:* блок-схема временной шкалы выполнена авторами (согласно рекомендациям CARE). Сокращение: ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» — государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»; ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ» — государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Инфекционная клиническая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»; ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» — государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы»; ПЦР — полимеразная цепная реакция.

Fig. 2. Chronology of disease development in patient A.: key events and prognosis

*Note:* The block diagram of the timeline was created by the authors (as per CARE recommendations). Abbreviation: ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» — Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow City Health Department; ГБУЗ «ИКБ № 1 ДЗМ» — Infectious Disease Clinical Hospital No. 1, Moscow City Health Department; ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» — Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow City Health Department; ПЦР — polymerase chain reaction.

ное количество эозинофилов 6,2% (0,5–5,0%), остальные показатели в пределах референсных значений.

*Биохимический анализ крови от 30.10.2024:* общий белок — 70 г/л (66–87 г/л), альбумин — 46 г/л (37–55 г/л), аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 19,0 ЕД/л (5–40 г/л), аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 33 ЕД/л (5–40 г/л), глюкоза 4,00 ммоль/л (3,3–6,1 ммоль/л), мочевины 3,9 ммоль/л (2,5–8,3 ммоль/л). Остальные исследуемые биохимические показатели в пределах референсных возрастных значений.

*Общий клинический анализ мочи от 30.10.2024:* без патологии.

*Глюкоза крови от 08.11.2024:* 3,51 ммоль/л (3,3–6,1 ммоль/л).

#### **Инструментальные исследования**

При *дерматоскопическом исследовании* от 29.10.2024 (дерматоскоп «Heine Delta 20T, HEINE» Optotechnik, Германия) очагов определялись выраженный сосудистый паттерн, монотипные точечные и линейные сосуды, равномерно распределенные по всей площади, при регрессе очагов — развитие гипопигментации (рис. 3).

#### **Гистологические исследования**

Результаты прижизненного *патолого-анатомического исследования № В06821* от 15.11.2024. Фрагмент кожи с участком подкожной жировой клетчатки. Гиперкератоз. Паракератоз. Слабо выраженный акантоз с неравномерным удлинением эпидермальных гребней. Выраженный некробиоз клеток зернистого и шиповатого слоя (рис. 4 а). В шиповатом слое многочисленные апоптотичные кератиноциты. Вакуолярная дистрофия и участки спонгиоза клеток мальпигиева слоя. Экзоцитоз. Отек сосочкового слоя дермы. Поверхностные сосуды расширены, полнокровны, стенки утолщены за счет мукоидного набухания. В верхних отделах дермы диффузные и периваскулярные «муфтообразные» умеренно выраженные лимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами и примесью эозинофилов (рис. 4 б). Наблюдается лейкоклазия ядер с образованием

«ядерной пыли», экстравазаты. Заключение: выявленные патологические изменения могут наблюдаться при остром вариолиформном питириазе.

#### **Клинический диагноз**

На основании клинической картины, данных гистологического и дерматоскопического исследований больному выставлен окончательный диагноз: питириаз лихеноидный и осподобный острый, распространенная форма, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: бронхиальная астма, аллергический ринит.

#### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика питириаза лихеноидного и осподобного острого у детей представляет значительные трудности в связи с широким спектром дерматозов, имеющих сходную клиническую картину: геморрагическим васкулитом, лимфоматоидным папулезом [11], ветряной оспой, опоясывающим герпесом [5, 19], многоформной экссудативной эритемой, чесоткой. Клиническая картина лимфоматоидного папулеза представлена папулонекротическими элементами. Однако лимфоматоидный папулез отличается от PLEVA хроническим течением. При иммуногистохимическом исследовании в инфильтрате обнаруживают CD30<sup>+</sup> крупные атипичные лимфоциты. Лимфоматоидный папулез связан с повышенным риском развития Т-клеточных лимфом [11]. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна — Геноха) у детей проявляется пальпируемой пурпурой на нижних конечностях, сопровождается болями в животе и артралгиями. В отличие от PLEVA геморрагический васкулит имеет системный характер и подтверждается выявлением IgA-антител в сосудах кожи [2]. Вирусные дерматозы с острым началом, такие как ветряная оспа и опоясывающий герпес, могут иметь сходную клиническую картину с PLEVA в начальной стадии [5, 19, 20]. Многоформная экссудативная эритема характеризуется симметричными мишеневидными элементами на коже с вовлечением

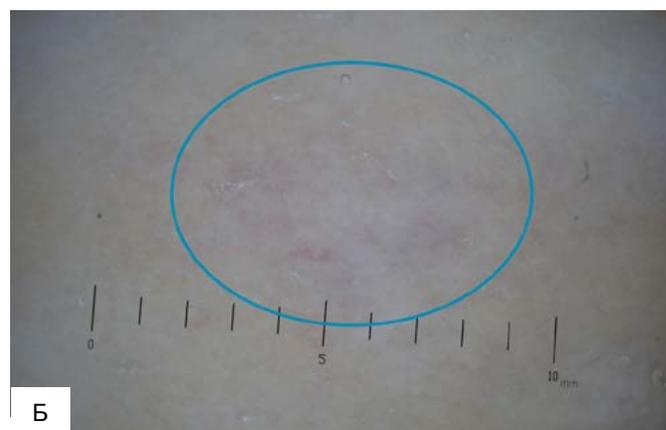
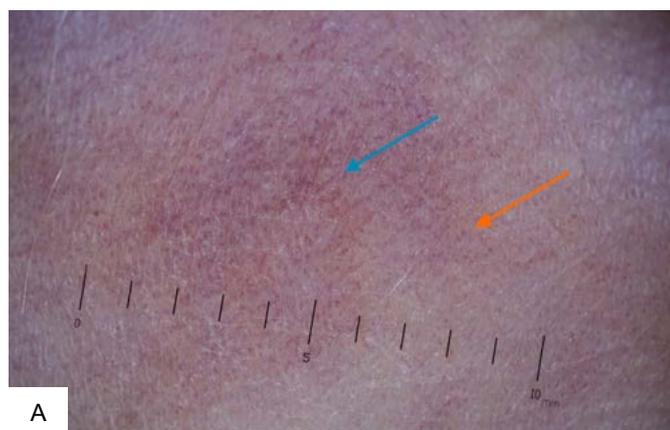


Рис. 3. Дерматоскопическая картина высыпаний у пациента с PLEVA: А — точечные (голубая стрелка) и линейные сосуды (оранжевая стрелка); Б — поствоспалительная гипопигментация (выделено фигурой)

*Примечание: фотографии выполнены авторами статьи.*

Fig. 3. Dermoscopic images of eruptions in the PLEVA patient: A — dotted (blue arrow) and linear vessels (orange arrow); Б — post-inflammatory hypopigmentation (indicated by the oval)

*Note: The images were taken by the present authors.*

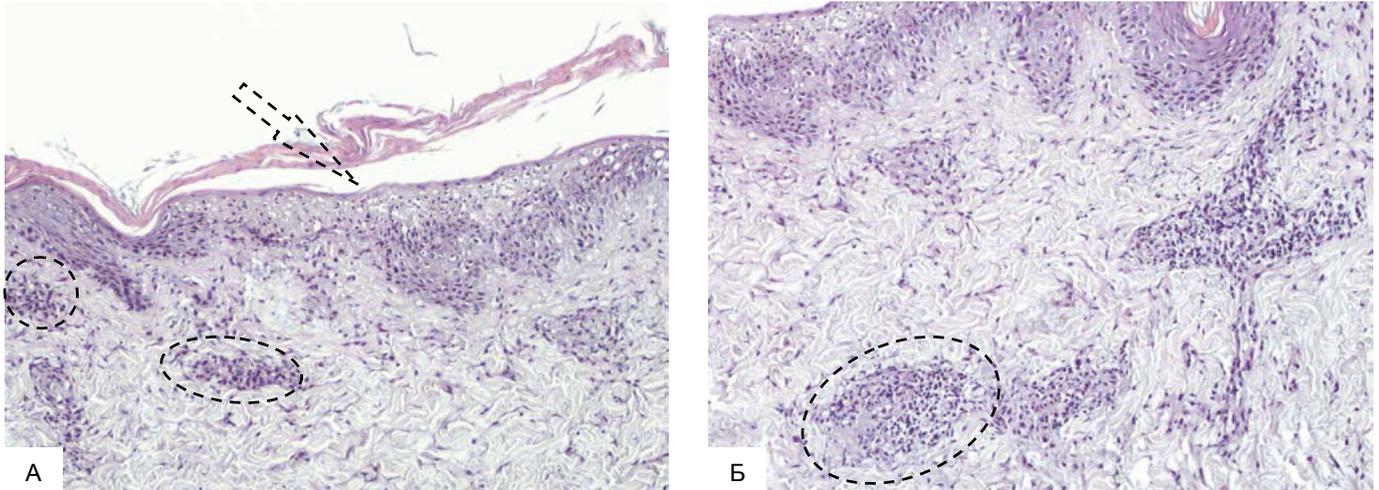


Рис. 4. Патоморфологическое исследование участка кожи пациента А. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение  $\times 100$ . А — в акантотически утолщенном эпидермисе выраженный некробиоз клеток зернистого и шиповатого слоя (обозначено стрелкой). В верхних отделах дермы диффузные и периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты (выделены фигурой); Б — в верхних отделах дермы диффузные и периваскулярные «муфтообразные» лимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами (выделено фигурой)

Примечание: фотографии выполнены авторами статьи.

Fig. 4. Pathomorphological study of a skin area of the patient A. Hematoxylin and eosin staining, 100 $\times$ . A — pronounced necrobiosis of cells in the stratum granulosum and stratum spinosum of the acanthotic (thickened) epidermis (indicated by the arrow). Diffuse and perivascular lymphocytic infiltrates in the uppermost layers of the dermis (indicated by the ovals); Б — diffuse and perivascular cuff-like lymphocytic infiltrates with neutrophils in the uppermost layers of the dermis (indicated by the oval)

Note: The images were taken by the present authors.

слизистых оболочек полости рта и гениталий, что редко встречается при PLEVA.

### Медицинские вмешательства

Пациент получал системную терапию: преднизолон перорально по схеме: 20 мг 4 дня, затем 15 мг 2 дня, 10 мг 2 дня, 5 мг 2 дня. Цетиризин *per os* 5 мг 1 раз в сутки 10 дней. Наружно в течение 10 дней: крем мометазон 0,1 % 1 раз в день, 1 % водный раствор метилтиониния хлорида 1 раз в день точечно на высыпания.

### Динамика и исходы

На 5-й день госпитализации начался постепенный регресс язвенно-некротических очагов. Курс лечения был проведен в полном объеме, пациент был выписан из стационара с положительной динамикой в виде разрешения большинства высыпаний и отсутствия новых элементов.

### Прогноз

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный. Возможно рецидивирующее течение болезни. Продолжительность существования высыпаний на коже при PLEVA варьирует от 6 недель до 31 месяца [14]. Динамическое наблюдение пациента должно осуществляться с участием педиатра и дерматовенеролога.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Лихеноидный и вариолиформный острый пситириаз (PLEVA) представляет собой острый клинический подтип лихеноидного пситириаза (PL), который часто встречается в детском возрасте, характеризуется острым, рецидиви-

рующим течением, истинным и ложным полиморфизмом высыпаний, возможным некротическим компонентом.

В научной литературе описаны случаи стремительной трансформации острого лихеноидного вариолиформного пситириаза (PLEVA) в лихорадочную язвенно-некротическую болезнь Мухи — Хабермана (FUMHD), а также высокая частота встречаемости указанных дерматозов среди детского и подросткового населения [19]. Педиатрические пациенты склонны к генерализации кожного процесса, с поражением ладоней и подошв, образованию обширных некротических корочек и, как следствие, формированию оспенноподобных рубчиков [20, 21].

Представленный нами клинический случай указывает на трудности осуществления диагностического и терапевтического алгоритмов при остром лихеноидном вариолиформном пситириазе (PLEVA) у ребенка младшего возраста на фоне сопутствующей вирусной инфекции и наличияотягощенного аллергологического анамнеза. Указанные клинические особенности заболевания обусловили увеличение периода верификации окончательного диагноза до двух месяцев.

Клиническая диагностика PLEVA у детей затруднена ввиду сходства с рядом острых вирусных инфекций (ветряная оспа, герпетические инфекции). В описанном нами случае кратковременное улучшение на фоне противовирусной терапии способствовало формированию неверного первоначального диагноза. После прекращения курса терапии последующее возникновение полиморфной сыпи с некротическими и геморрагическими элементами,

отсутствие клинических признаков системного воспалительного процесса обусловило изменение направления дифференциальной диагностики в пользу воспалительного дерматоза. Особенности описанного кожного патологического процесса (распространенность, наличие геморрагического компонента и типичных вторичных изменений: рубчики, гипопигментация) свидетельствовали о тяжелом клиническом течении заболевания.

PLEVA в основном диагностируется клинически, но иногда данную патологию очень сложно отличить от распространенных заболеваний, таких как васкулиты, лимфопролиферативные заболевания, каплевидный псориаз, синдрома Джанотти — Крости, красного плоского лишая и розового лишая Жибера [22]. Патоморфологическое исследование может быть очень ценным подспорьем для постановки окончательного диагноза, однако морфологические результаты напрямую зависят от эволютивной фазы заболевания и не всегда специфичны [14]. В нашем клиническом случае сочетание результатов гистологической и дерматоскопической картины позволило установить правильный окончательный диагноз у обследованного ребенка.

Терапевтическая тактика при PLEVA у пациентов детского возраста характеризуется отсутствием унифицированных протоколов, что обусловлено низкой распространенностью заболевания и непредсказуемостью его клинического течения. В большинстве случаев применяется ступенчатый подход, включающий местные глюкокортикостероиды, антигистаминные средства, при распространенности — системные кортикостероиды, макролиды (например, эритромицин, азитромицин), фототерапию (UVB-311 нм или PUVA), а при резистентных формах — метотрексат или циклоспорин [23–25]. В рассматриваемом случае положительный эффект был достигнут на фоне системной терапии преднизолоном в сочетании с антигистаминными средствами и топической терапией глюкокортикостероидами, анилиновыми красителями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Van TN, Thi TN, Huu DL, Huu ND, Thi ML, Minh TN, Huyen ML, Gandolfi M, Satolli F, Feliciani C, Tirant M, Vojvodic A, Lotti T. 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>
2. Chairatchaneeboon M, Thanomkitti K, Kim EJ. Parapsoriasis-A Diagnosis with an Identity Crisis: A Narrative Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(5):1091–1102. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00716-y>
3. Fatturi AL, Morgan MAP, Markus JR, Noguera-Morel L, Carvalho VO. Pityriasis lichenoides: assessment of 41 pediatric patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2024;100(5):527–532. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.03.011>
4. Mishlab S, Avitan-Hersh E, Zohar Y, Szwarcwort-Cohen M, Bergman R. Immunophenotyping and viral studies in pityriasis lichenoides et varioliformis acuta lesions. *J Cutan Pathol*. 2024;51(10):790–798. <https://doi.org/10.1111/cup.14679>
5. 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>
6. Blohm ME, Ebenebe CU, Rau C, Escherich C, Johannsen J, Escherich G, Driemeyer J, Nagel PD, Kobbe R, Lütgehetmann M, Lennartz M, Booken N, Schneider SW, Singer D. Mucha-Habermann disease: a pediatric case report and proposal of a risk score. *Int J Dermatol*. 2022;61(4):401–409. <https://doi.org/10.1111/ijd.15770>
7. Jastrzab BA, Stefaniak AA, Hryncewicz-Gwózdź A, Nockowski P, Szepletowski JC. Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta Triggered by Human Papillomavirus Vaccine: A Case Report and Literature Review. *Acta Derm Venereol*. 2021;101(9):adv00552. <https://doi.org/10.2340/00015555-3921>
8. Castro BA, Pereira JM, Meyer RL, Trindade FM, Pedrosa MS, Piancastelli AC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta after influenza vaccine. *An Bras Dermatol*. 2015;90(3 Suppl 1):181–184. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153492>
9. Merlotto MR, Bicudo NP, Marques MEA, Marques SA. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta following anti-tetanus and diphtheria adult vaccine. *An Bras Dermatol*. 2020;95(2):259–260. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.06.009>
10. Shastry V, Ranugha PSS, Rangappa V, Sanjaykumar P. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta following measles rubella vaccine. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86(4):398–400. [https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL\\_48\\_18](https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_48_18)
11. Kempf W, Kazakov DV, Palmedo G, Fraitag S, Schaerer L, Kutzner H. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta with numerous CD30(+) cells: a variant mimicking lymphomatoid papulosis and other cutaneous lymphomas. A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular biological study of 13 cases. *Am J Surg Pathol*. 2012;36(7):1021–1029. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e31824f4f66>
12. Seong GH, Yun DK, Shon U, Park MJ, Park BC, Kim MH, Lee DY. A Case of Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta-Like Eruption

- Developed after Pembrolizumab Treatment for Invasive Thymoma. *Ann Dermatol.* 202;33(1):94–96. <https://doi.org/10.5021/ad.2021.33.1.94>
13. Nam KH, Park SW, Jung ES, Lee SK. A case of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta after topical application of diphenylcyclopropanone. *Eur J Dermatol.* 2020;30(3):317–318. <https://doi.org/10.1684/ejd.2020.3790>
  14. Markus JR, Carvalho VO, Lima MN, Abagge KT, Nascimento A, Werner B. The relevance of recognizing clinical and morphologic features of pityriasis lichenoides: clinicopathological study of 29 cases. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3(4):7–10. <https://doi.org/10.5826/dpc.0304a02>
  15. Moutinho-Pereira S, Beires F, Santos JD, Relvas M, Ramos LC, Ramos SC, Medeiros T, Greenfield H, Ramos SA, Andrade P. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease - a case and treatment review. *Dermatol Online J.* 2024;30(2). <https://doi.org/10.5070/D330263582>
  16. 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>
  17. Nair PS. A clinical and histopathological study of pityriasis lichenoides. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007;73(2):100–102. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.31894>
  18. 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>
  19. Pumnea T, Herzinger T, Wollenberg A, von Braunmühl T. Varizellen unter dem klinischen Bild einer Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) [Varicella under the clinical picture of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA)]. *Hautarzt.* 2018;69(Suppl 1):22–24. German. <https://doi.org/10.1007/s00105-018-4196-4>
  20. Horie C, Mizukawa Y, Yamazaki Y, Shiohara T. Varicella zoster virus as a possible trigger for the development of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: retrospective analysis of our institutional cases. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43(6):703–707. <https://doi.org/10.1111/ced.13549>
  21. 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>
  22. 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>
  23. Fölster-Holst R, Zawar V, Chuh A. Paravirale Exanthem [Paraviral exanthems]. *Hautarzt.* 2017;68(3):211–216. German. <https://doi.org/10.1007/s00105-017-3940-5>
  24. Lazaridou E, Fotiadou C, Tsorova C, Trachana M, Trigoni A, Patsatsi A, Ioannides D. Resistant pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in a 3-year-old boy: successful treatment with methotrexate. *Int J Dermatol.* 2010;49(2):215–217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04325.x>
  25. Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini AJ, Subaşi 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>
  26. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(11):2039–2049. <https://doi.org/10.1111/jdv.15813>
  27. 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>
  28. Hapa A, Ersoy-Evans S, Karaduman A. Childhood pityriasis lichenoides and oral erythromycin. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(6):719–724. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2012.01765.x>
  29. Koh WL, Koh MJ, 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>
  30. Глиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Нестеренко И.А. Коморбидная патология: взаимоотношение и трудности терапии. *Клиническая дерматология и венерология.* 2022;21(5):599–605. <https://doi.org/10.17116/klinderma202221051599>  
Tlsh MM, Kuznetsova TG, Naatyzh ZhY, Nesterenko IA. Comorbidity: mutual burden and therapy challenges. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.* 2022;21(5):599–605 (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/klinderma202221051599>

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Касихина Елена Игоревна** ✉ — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; ведущий научный сотрудник государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

<https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>

**Острецова Мария Николаевна** — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

<https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>

**Алхадфар Сюзан** — аспирант кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Elena I. Kasikhina** ✉ — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Dermatovenereology, Allergology, and Cosmetology, Institute of Medicine, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia; Leading Researcher, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow City Health Department.

<https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>

ждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

<https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>

**Уткин Петр Сергеевич** — врач-дерматовенеролог, заведующий дерматовенерологическим (детским) стационаром обособленного подразделения «Северо-Восточная клиника с детским центром» государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы».

<https://orcid.org/0000-0001-5934-8480>

**Солнцев Виктор Викторович** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; заведующий обособленным подразделением «Северо-Восточная клиника с детским центром» государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

<https://orcid.org/0009-0003-2744-6678>

**Maria N. Ostretsova** — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Dermatovenereology, Allergology, and Cosmetology, Institute of Medicine, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia.

<https://orcid.org/0000-0003-3386-1467>

**Suzan Alhaffar** — Postgraduate student, Department of Dermatovenereology, Allergology, and Cosmetology, Institute of Medicine, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia.

<https://orcid.org/0009-0003-5848-6410>

**Pyotr S. Utkin** — dermatovenereologist, Head of the Dermatovenereology (Pediatric) Inpatient Facility of the separate subdivision “Northeast Clinic with a Pediatric Unit,” Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow City Health Department.

<https://orcid.org/0000-0001-5934-8480>

**Victor V. Solntsev** — Cand. Sci. (Med.), Teaching Assistant, Department of Dermatovenereology, Allergology, and Cosmetology,

Institute of Medicine, Patrice Lumumba Peoples’ Friendship University of Russia; Head of the separate subdivision “Northeast Clinic with a Pediatric Unit,” Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow City Health Department.

<https://orcid.org/0009-0003-2744-6678>