\

На правах рукописи

Алхаффар Сюзан

Клинические и иммунологические особенности лихеноидного питириаза у детей

3.1.23. Дерматовенерология

Автореферат диссертации
на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Жукова Ольга Валентиновна**

Официальные оппоненты:

Тамразова Ольга Борисовна – доктор медицинских наук, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой детской дерматологии научно-образовательного института клинической медицины им. Н. А. Семашко;

Хисматуллина Зарема Римовна – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой дерматовенерологии.

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации.

Защита состоится 24 ноября 2026 г. в 15 час. 30 мин. на заседании диссертационного совета ПДС 0300.019 при федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: 119071, г. Москва, Ленинский проспект, дом 17.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке РУДН по адресу по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. и на сайтах https://www.rudn.ru/science/dissovet и http://vak.ed.gov.ru/

Автореферат диссертации разослан « ___ » октября 2026 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета ПДС 0300.019
кандидат медицинских наук, доцент Острецова Мария Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Длительное время к термину «парапсориаз» относили гетерогенную группу редких воспалительных дерматозов различного генеза, клинические проявления которых характеризовались пятнами и/или папулами (бляшками), покрытыми мелкопластинчатыми чешуйками и напоминающими псориатические высыпания. Разногласия в трактовке клинической картины, патогенеза, морфологии, подходов к лечению и прогноза данных дерматозов существуют до сих пор по причине отсутствия общепринятого определения и классификации парапсориаза (Иванов О.Л., 2009; Султанова Э.А. и соавт., 2025).

Тенденция к увеличению числа российских и зарубежных публикаций, освещавших клинические случаи тяжелого течения лихеноидного питириаза (ЛП) у детей и взрослых в последние годы (Павлова Е.В. и соавт., 2022; Парфенова М.А. и соавт., 2013; Alhawsawi W. et al., 2023; Marín-Hernández E. et al., 2023), привлекла внимание научной общественности и поспособствовала возобновлению дискуссии о классификации и систематизации клинических и морфологических паттернов ЛП (Chairatchaneeboon M. et al., 2022; Duvic M. et al., 2015). Однако редкость заболевания, сложность клинической диагностики, малые выборки, ограниченное число научных исследований являются серьезными препятствиями для формирования единой концепции о данном заболевании (Chairatchaneeboon M. et al., 2022; Khachemoune A. et al., 2007).

Согласно МКБ-10, клинический спектр ЛП представлен двумя заболеваниями: питириаз лихеноидный и оспенновидный острый – pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (ОЛП), хронический ЛП – pityriasis lichenoides chronica (ХЛП). Есть предположения, что данные нозологии патогенетически сходны и представляют собой нозологические формы или стадии одного заболевания (Khachemoune A. et al., 2007; Chairatchaneeboon M. et al., 2022). Для формирования окончательного подхода к классификации ЛП необходимы многоцентровые наблюдения с достаточными выборками в разных возрастных группах. Следовательно, изучение клинического течения заболевания у детей, факторов риска и прогноза течения является актуальной проблемой дерматовенерологии. Трудности дифференциальной диагностики ЛП от других дерматозов у детей нередко становятся ключевыми моментами, которые ведут к отсроченной постановке правильного диагноза и затруднениям в выборе адекватной терапии. До сих пор до конца не определена роль иммунных и инфекционных факторов в этиопатогенезе заболевания (Куликова, Е.А., Соловьёва Е.А., 2021). В этой связи изучение аспектов молекулярного и клеточного патогенеза, а также точная

диагностическая оценка необходимы для формирования стратегий эффективного лечения ЛП у детей (Куликова, Е.А., Соловьёва Е. А., 2021, Chairatchaneeboon M. et al., 2022; Khachemoune A. et al., 2007). Таким образом, несмотря на научные усилия, многие аспекты диагностики и терапии у детей с ЛП до конца не изучены. Необходимость в систематизации эпидемиологических, клинико-анамнестических и лабораторных данных, а также разработка принципов ведения детей и их интеграция в практическое здравоохранение подчеркивают актуальность данного исследования.

Степень разработанности темы исследования

Исследования по проблеме ЛП, проведенные российскими учеными, немногочисленны. Большую часть публикаций составляют научные обзоры (Гаджимурадов М.Н. и соавт., 2017, Гусева Л.М. и соавт., 2018, Куликова Т.Ю. и соавт., 2021, Жилова М.Б. и соавт., 2024) и статьи, посвященные описанию клинических случаев (Усубалиев М.Б. и соавт., 2023, Павлова Е.В. и соавт., 2022, Парфенова М.А. и соавт., 2013, Касихина Е.И. и соавт., 2025). Диссертационные исследования, затрагивающие различные аспекты ЛП в детской популяции, в нашей стране не проводились. Эпидемиологические данные, касающиеся распространенности ЛП в детском возрасте, в доступной научной литературе крайне скудны. Предполагается, что показатели заболеваемости могут быть недоступны по причине редкости заболеваний. По мнению Fatturi A.L. et al. (2024), ЛП чаще диагностировался у детей, подростков и молодых людей, достигая пика в третьем десятилетии жизни. В доступной литературе и обзорах практически отсутствует информация о факторах риска развития различных нозологических форм ЛП у детей. Tasouli-Drakou V. et al. (2022) и Blohm M.E. (2022) дали характеристику факторов риска, приводящих к летальному исходу при тяжелом течении клинического варианта острого ЛП – болезни Mucha-Habermann (FUMHD). Данные о триггерах, провоцирующих обострение заболевания, не всегда соответствуют современной действительности (Султанова Э.А. и соавт., 2025). Среди зарубежных работ следует выделить результаты клинических наблюдательных исследований Ersoy-Evans S. et al. (2007) и Fatturi AL et al. (2024) в педиатрической когорте у детей с различными нозологическими формами ЛП. В отличие от указанных аналогов и прототипов, в данном исследовании на основании анализа сложившейся практики оказания медицинской помощи пациентам с ЛП в Московском регионе за период 2017–2024 гг. и результатов проспективного обследования пациентов разработаны принципы персонифицированного подхода к ведению детей с ЛП и тактика междисциплинарного ведения детей с тяжелым течением заболевания. Индивидуальная стратегия ведения детей с ЛП в первую очередь направлена на предупреждение длительного хронического течения.

Цель исследования

Провести комплексное исследование клинико-эпидемиологических и иммунологических особенностей лихеноидного питириаза у детей.

Задачи исследования

1. Изучить структуру, динамику и тенденции заболеваемости лихеноидным питириазом среди детского населения г. Москвы за период 2017–2025 гг.
2. Определить факторы риска, влияющие на дебют и рецидивирующее течение нозологических форм лихеноидного питириаза у детей.
3. Изучить современные клинико-лабораторные и дерматоскопические особенности нозологических форм лихеноидного питириаза у детей.
4. Изучить показатели хемокинового профиля у детей с лихеноидным питириазом.
5. На основании полученных клинико-лабораторных данных разработать тактику ведения детей с лихеноидным питириазом.

Научная новизна

В работе впервые представлены данные, посвященные эпидемиологии, предикторам развития и обострения, особенностям клинического течения различных нозологических форм лихеноидного питириаза у детей. Впервые на основании результатов анализа заболеваемости и распространенности нозологических форм лихеноидного питириаза в детской популяции продемонстрирована тенденция к росту числа впервые выявленных случаев заболевания, дана характеристика структуры дерматоза с учетом пола и возраста. Впервые научно обоснованы предпосылки развития и рецидивирования ЛП у детей. Впервые даны описание и характеристика дерматоскопических паттернов при остром и хроническом характере течения процесса. Полученные новые данные об уровнях провоспалительных хемокинов MCP-1(CCL2), RANTES(CCL5), CXCL8(IL-8) в периферической крови при различных нозологических формах расширили представление о ЛП у детей как об иммуновоспалительном дерматозе. Таким образом, впервые в дерматовенерологической практике предложен научно-обоснованный подход к ведению детей с ЛП на основании комплексного исследования структуры, сопутствующей патологии и клинико-лабораторных показателей.

Теоретическая и практическая значимость работы

Сформирована концепция диспансерного наблюдения за детьми благодаря детальному анализу факторов риска и длительности процесса при ОЛП и ХЛП. Обоснована необходимость персонализированного расширения объема исследований, позволяющего определить тактику диспансерного наблюдения, лекарственной терапии и группы риска. Систематизированы дерматоскопические паттерны для ОЛП и ХЛП у детей. Применение дерматоскопического метода исследования позволило улучшить качество клинической и неинвазивной диагностики заболевания.

Методология и методы исследования

В работе использован методологический подход к исследованию, включающий теоретический и экспериментальный подходы. Теоретической предпосылкой исследования стала проработка результатов российских и зарубежных работ, посвященных изучению ЛП у детей, позволяющих подтвердить актуальность работы, сформулировать задачи и обосновать полученные результаты. В экспериментальной части проведено открытое одноцентровое обсервационное комбинированное исследование, выбран объект исследования (130 детей), сформирована контрольная лабораторная группа (20 практически здоровых детей) и база данных, проведено комплексное лабораторное, дерматоскопическое обследования и статистический анализ. Лабораторные методы включали в себя клинический анализ крови, развернутый биохимический анализ крови, определение концентрации С-реактивного белка (СРБ), антистрептолизина-О (АСЛО), хемокинов в периферической крови. В исследовании применялись статистические методы исследования: для анализа полученных данных использовали средние величины, медиану, непараметрические критерии, регрессионный анализ, коэффициент корреляции Спирмена.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Анализируемый период 2017–2025 гг. характеризовался тенденцией к постепенному росту числа впервые установленных случаев ОЛП среди детей (в 4,6 раза). Показатели заболеваемости ХЛП среди детского населения варьировали в диапазоне 0,22–0,44 случаев на 100 тысяч детского населения. Значимыми предикторами дебюта ОЛП явились мужской пол, резкая смена климата, перенесенные ОРВИ и герпесвирусные инфекции, хронические инфекционные болезни.

Предикторами дебюта и рецидива ХЛП были мужской пол, сезонность, вирусные инфекции, поздняя диагностика.

2. Для ЛП наиболее характерно среднетяжелое течение, наличие зуда – у 86,9% больных. Отмечалось статистически значимое ($p<0,05$) повышение СРБ в группе ОЛП (у 25,0% больных) по сравнению с группой ХЛП (у 2,9% больных). К дерматоскопическим признакам ХЛП относятся оранжево-желтоватые и коричнево-желтоватые бесструктурные области, линейные сосуды; ОЛП – мишеневидные структуры ($p<0,01$), точечные сосуды и сосуды в виде клубочков ($p<0,01$).

3. Течение ОЛП сопровождается повышенной концентрацией хемокинов MCP-1(CCL2), CXCL8(IL-8) и RANTES(CCL5). ХЛП ассоциирован с повышенной концентрацией хемокина MCP-1(CCL2), нормальным или незначительно повышенными уровнями хемокина CXCL8(IL-8) RANTES(CCL5).

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования были внедрены в учебную и научную работу кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института РУДН, в лечебно-диагностическую работу ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (г. Ижевск).

Личный вклад автора

Автором проведены анализ и систематизация данных по теме диссертационного исследования, опубликованных в российской и зарубежной научной литературе, на основании которых подготовлен литературный обзор; сформулированы цель и задачи исследования, а также методологический подход к их реализации, разработан дизайн исследования, спланированы этапы его проведения. Автор непосредственно принимала участие в наборе пациентов, формировании клинических групп, участвовала в проведении клинического и лабораторного обследования, полностью осуществляла динамическое наблюдение и контроль за эффективностью лечения больных ЛП. Осуществляла анализ и систематизацию полученных данных эпидемиологического, клинического (отбор пациентов, клинический осмотр), интерпретацию лабораторного, дерматоскопического исследований, определила и обосновала корреляционные связи между полученными результатами. Автором самостоятельно сформулированы выводы, практические рекомендации и

положения, выносимые на защиту, подготовлены основные публикации, отражающие результаты исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Тема и научные положения диссертации соответствуют пунктам 2, 3, 4, 5 паспорта научной специальности 3.1.23. Дерматовенерология (медицинские науки).

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационного исследования обоснована достаточным количеством клинических наблюдений (в исследование включены 130 пациентов), объемом клинического и лабораторного материала, строгим отбором пациентов в соответствии с критериями включения, исключения и невключения (одобрено локальным Комитетом по Этике РУДН, протокол № 3/7 от 11 марта 2025 г.).

Выполнение диссертации явилось итогом одного из фрагментов научного направления кафедры дерматовененерологии, аллергологии и косметологии медицинского института РУДН, посвященного изучению редких дерматозов у детей.

Основные положения исследования доложены и обсуждены на всероссийских и международных научно-практических конференциях, в том числе: 17-й Всероссийский Съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов (г. Москва, 18-20 марта 2024 г.); 18-й Всероссийский Съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов (г. Москва, 18-20 марта 2025 г.); 19-й Всероссийский Съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов (г. Москва, 17-19 марта 2026 г.); 14-й Всероссийский Форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов с международным участием «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» (г. Москва, 15-16 октября 2024 г.); 15-й Всероссийский Форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» (г. Москва, 21-22 октября 2025 г.); XVI Международная научной конференции «SCIENCE4HEALTH» (г. Москва, 15-17 мая 2025 г.).

Апробация диссертации состоялась на заседании кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института РУДН 11 сентября 2026 г., протокол №2.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 4 – в журналах, входящих в международную базу цитирования Scopus; 6 – в сборниках тезисов конференций.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 107 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, собственных клинических наблюдений, заключения, выводов и практических рекомендаций, содержит 24 таблицы и 17 рисунков. Список литературы включает 141 источник, из них – 28 российских и 113 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Диссертационное исследование выполнялось на клинической базе кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института РУДН в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии». Исследование было организовано как проспективное когортное наблюдение, реализованное через последовательное выполнение четырех взаимосвязанных этапов. В соответствии с поставленными целью и задачами была разработана программа, для реализации которой использовался комплекс методов, применяемых в современной дерматовенерологии: проспективное когортное наблюдение, клинико-анамнестический анализ, физикальное обследование, стандартизированная оценка тяжести заболевания, иммуноферментный анализ (ИФА), полимеразная цепная реакция (ПЦР), общеклинические лабораторные методы, а также методы статистической обработки данных (Таблица 1).

Таблица 1 – Программа, этапы, методы, объекты и объем наблюдений исследования

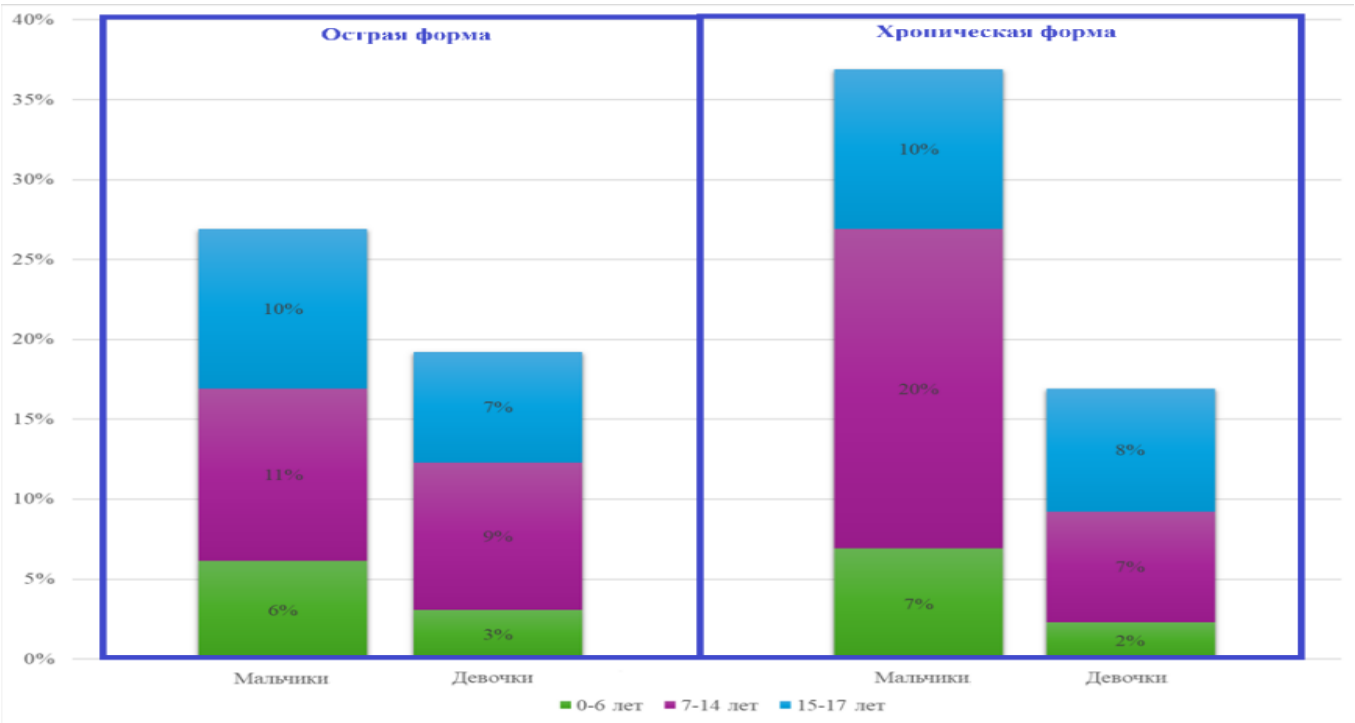
Название этапа	**Объект и методы исследования**	**Объем исследования**
1 этап – Клинико-эпидемиологический		
Оценка заболеваемости и распространенности ЛП среди детского населения г. Москвы	Объект исследования: статистическая среда (население г. Москвы, больные ЛП), статистическая отчетная форма №12. Метод исследования: эпидемиологический Выкопировка повозрастной заболеваемости из амбулаторных карт (форма № 025у-04)	Статистические показатели общей и первичной заболеваемости за 2017–2025 гг.
Анализ клинического течения ОЛП и ХЛП	Объект исследования: пациенты, медицинская документация. Метод исследования: ретроспективный/ проспективный анализ, метод выкопировки данных, клинико-аналитический	Сплошная выборка
Анализ факторов риска	Объект исследования: пациенты Метод исследования: клинико-аналитический, аналитический метод, структурный анализ. Методы статистики: непараметрические методы оценки достоверности результатов исследования: наличие связи между явлениями и признаками методом корреляции рангов Спирмена, связь между явлениями по критерию согласия Пирсона (χ^2)	Число событий, связанных с дебютом и рецидивом нозологических форм ЛП, данные анамнеза, клинико-лабораторного исследования (n=130)
2 этап – Лабораторный		
Определение уровня хемокинов в сыворотке крови	Объект: пациенты, сыворотка крови. Метод исследования: ИФА	130 пациентов основной группы, 20 – контрольной
Определение лабораторных показателей клинического анализа крови, биохимические показатели, СРБ, АСЛО	Объект исследования: сыворотка крови пациентов Методы исследования: лабораторные; метод выкопировки данных	Все пациенты (n=130)
3 этап – Дерматоскопическое исследование		
Изучение дерматоскопических паттернов	Объект исследования: пациенты Метод исследования: дерматоскопический	Сплошная выборка (n=130)
4 этап – Статистический анализ, выводы и практические рекомендации		
Научное обоснование особенностей ведения детей с лихеноидным питириазом	Объект: результаты исследования Методы: аналитический, статистический анализ	130 пациентов

В исследование было включено 130 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Диагноз устанавливали в соответствии с МКБ-10.

Критерии включения: возраст 0–17 лет, верифицированный диагноз ОЛП или ХЛП, информированное согласие. Критерии невключения: другие хронические дерматозы в стадии обострения, тяжёлая соматическая / эндокринная / онкологическая/ аутоиммунная патология, системная иммуносупрессивная терапия за 3 месяца до включения, отказ от участия в исследовании.

Пациенты были разделены на две группы. Первую группу (ОЛП) составили 60 детей с питириазом лихеноидным и оспоподобным острым (L41.0). Вторую группу (ХЛП) — 70 детей с хроническим лихеноидным питириазом (L41.1). Контрольную лабораторную группу составили 20 практически здоровых детей.

В анализируемой выборке достоверно ($p<0,05$) преобладали пациенты мужского пола: мальчиков было 83 (63,8%), девочек – 47 (36,2%) человек. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,8:1. На Рисунке 1 приведено распределение исследуемой когорты в зависимости от диагноза (ОЛП, ХЛП) по полу и возрасту.



Примечание: по оси ординат отмечена доля мальчиков и девочек с острым или хроническим лихеноидным питириазом в выборке (%)

Рисунок 1 – Распределение больных лихеноидным питириазом по полу и возрасту (%)

Клиническая картина оценивалась в соответствии с установленной формой заболевания. Тяжесть кожного процесса оценивали с использованием валидированного дерматологического индекса тяжести заболевания (DIDS) от 0 до 4 баллов. Анализ сопутствующей патологии включал изучение структуры аллергической и соматической патологии в сравнительном аспекте между группами ОЛП и ХЛП. Оценка диагностических ошибок проводилась с помощью ретроспективного анализа первичных диагнозов для оптимизации диагностики и разработки тактики ведения пациентов с ЛП. Из лабораторных методов также выполнялись клинический, биохимический анализ крови. Определение АСЛО в сыворотке крови проводили турбидимитрическим методом. Хемокины MCP-1(CCL2), CXCL8(IL-8) и RANTES(CCL5) в сыворотке определяли методом мультиплексного ИФА (ProcartaPlex™ Human Panel 1A).

Эпидемиологическая часть исследования проводилась учетом данных формы №12 и приложения «Дерматозы» за 2017–2025 гг., а также амбулаторных карт (форма №025/у). Рассчитывали абсолютные и интенсивные показатели (на 100 000 детского населения) в возрастных группах 0–14 и 15–17 лет.

Статистический анализ выполнен в IBM SPSS Statistics v.26 и StatTech v.4.6.3. Для сравнения распределения пациентов по номинальным признакам (пол, возрастные группы, форма ЛП) применялся критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона. В случаях, когда ожидаемые частоты в таблицах сопряженности составляли менее 10, использовался точный критерий Фишера. Статистическая значимость различий в распределении качественных признаков между группами оценивалась при уровне $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ). Различия и связи считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Доля ЛП в структуре впервые выявленных заболеваний кожи и подкожной клетчатки за анализируемый период составила 0,013%, что подтверждает его статус как редкого дерматоза. В 2017 г. на 1436 обращений по поводу кожных заболеваний приходился 1 случай ЛП (0,069% случаев), в 2019 г. это соотношение составило 3716:1 (0,026%), а к 2025 г. — 1823:1 (0,055%). Согласно отчетным формам, в период 2017–2023 гг. количество обращений детей, у которых был установлен диагноз ЛП в г. Москве, увеличилось в 4,6 раза. Наибольшее число впервые установленных диагнозов как острой, так и хронической формы заболевания у детей 0–14 лет

приходилось на 2022-2024 гг. (Рисунки 2, 3). Динамика числа первичных случаев хронического ЛП у детей в 2017–2025 гг. также характеризовалась увеличением числа случаев с максимумом в 2024–2025 гг. (Рисунок 3).

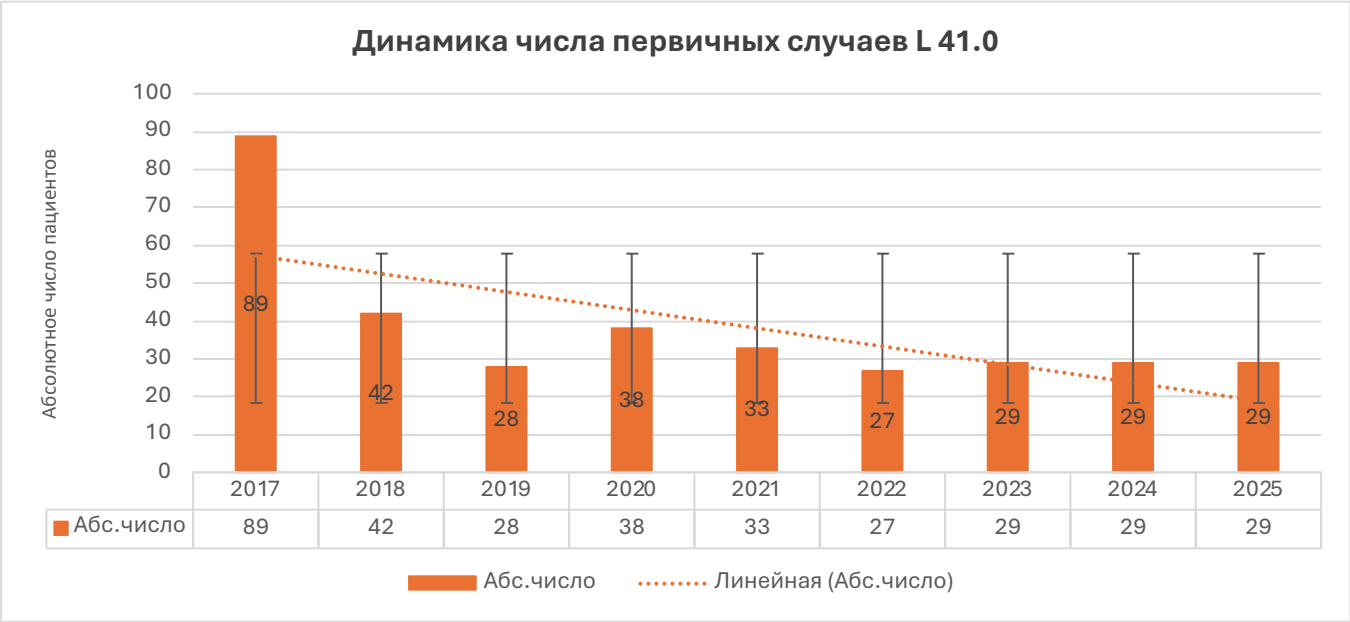


Рисунок 2 – Динамика числа первичных случаев питириаза лихеноидного и оспоподобного острого в 2017–2025 гг. (абсолютные числа)



Рисунок 3 – Динамика числа первичных случаев питириаза лихеноидного хронического в 2017–2025 гг. (абсолютные числа)

В структуре заболевших среди детского населения возрастная группа 0–14 лет составила 63,2%, а группа 15–17 лет — 36,8%. Динамика первичной заболеваемости детского населения г. Москвы показала, что показатель заболеваемости ОЛП вырос с 0,073 на 100 000 детского населения в 2017 г. до 0,34 в 2025 г., а ХЛП - изменялся в пределах от 0,22 до 0,72 на 100 000.

Под наблюдением находилось 130 детей: 60 (46,2%) с ОЛП и 70 (53,8%) — с ХЛП. Медианная продолжительность наблюдения пациентов с острым началом составила Me 2,0 [8 мес; 3,0] года, а при хронической форме – 4,0 [3,0; 6,0] лет; максимальный период наблюдения при хроническом течении достигал 8 лет. Медиана возраста начала заболевания составила 7 лет.

Для изучения комплексного влияния факторов риска, влияющих на дебют, скорость регресса и исход ЛП применялся анализ провоцирующих факторов, сопутствующей патологии, диагностических ошибок. Изучение провоцирующих факторов проведено с помощью анкетирования и анализа медицинской документации на основании оценки связи манифестации и обострений ЛП с перенесенными инфекциями, психоэмоциональным стрессом, сезонностью. Для количественной оценки силы связи рассчитывались показатели отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). У пациентов с ОЛП наиболее значимым фактором риска оказалась резкая смена климата, повышавшая вероятность развития заболевания в 66,25 раза (95% ДИ 3,90–1126,33). Для ХЛП статистически значимым являлся сезонный фактор, для которого ОШ составило 81,14 (95% ДИ 4,82–1366,00).

Поздняя диагностика имела существенное значение, поскольку неправильный диагноз выставлялся в каждом третьем случае (33,1%), а диагностические ошибки были статистически значимым фактором риска хронического течения заболевания с ОШ 56,24 (95% ДИ 5,70–1048,18). Наиболее часто ошибочно диагностировали красный плоский лишай (12,3% случаев) и ветряную оспу (8,5% случаев.

Сопутствующая аллергическая патология в 1,8 раза чаще диагностировалась у пациентов с ХЛП, чем с ОЛП. Анализ сопутствующей аллергической патологии показал, что ее регистрировали у 31 (51,7%) пациента с острой формой и у 57 (81,4%) детей с хронической формой заболевания. Наиболее часто встречались аллергический ринит, атопический дерматит и пищевая аллергия. Атопический дерматит при хронической форме выявлялся в 2 раза чаще, чем при острой — 25,7% против 10,0%, однако статистически значимых различий в спектре аллергической патологии между группами не установлено ($\chi2=6,129$; $p=0,633$). Различия по структуре сопутствующих соматических заболеваний (патология желудочно-кишечного тракта, эндокринные и неврологические заболевания) также не были статистически значимыми ($\chi2=0,234$; $p=0,994$). Герпесвирусные

инфекции при острой форме диагностировали в 1,6 раза чаще, чем при хронической, а их суммарная частота составила 43% и 27% соответственно.

При оценке тяжести кожного процесса установлено, что у большинства детей – 109 (83,8%) – заболевание имело среднетяжелое течение по индексу DIDS. Легкая степень тяжести зарегистрирована у 17 (7,7%) детей, тяжелая – у 4 (3,0%) пациентов обследованной выборки. В группе острой формы легкая степень по DIDS отмечена у 5 (8,3%) детей, средняя – у 51 (85,0%), тяжелая – у 4 (6,7%); при хронической форме легкая степень зарегистрирована у 12 (17,1%) детей, средняя – у 58 (82,9%), тяжелое течение не наблюдалось.

Большинство детей получали лечение амбулаторно – 78 (60,0%) или в условиях дневного стационара – 15 (11,5%). Госпитализация в круглосуточный специализированный стационар потребовалась 37 (28,5%) детям. Интенсивный (выраженный) зуд был обязательным симптомом у 52 (40,0%) детей; непостоянный зуд – у 61 (46,9%) больных ЛП. Таким образом, зуд различной степени выраженности беспокоил 86,9% больных ЛП (113/130).

При дерматоскопическом исследовании у всех пациентов с острой формой выявлялись мишеневидные очаги, коричневые бесструктурные области, точечные сосуды и геморрагические корки. Белые чешуйки определялись в 96,7% случаев, а сосуды в виде клубочков и линейные сосуды — в 60,0%. При давности процесса более 2 месяцев сохранялся мишеневидный рисунок с формирующейся в центре белой бесструктурной областью, периферическими точечными, гломерулярными и единичными линейными сосудами на розово-бордовом фоне. Эти особенности позволяют рассматривать мишеневидный рисунок в сочетании с полиморфным сосудистым паттерном как характерный дерматоскопический признак острого варианта заболевания.

Клинические проявления хронической формы отличались постепенным началом и регрессом высыпаний с развитием поствоспалительной гипо- или гиперпигментации. Для хронической формы были характерны оранжево-желтоватые или светло-коричневые бесструктурные области и розово-фиолетовый фон, выявленные у 100,0% пациентов, рассеянные гипопигментированные участки — у 92,8%, линейные сосуды — у 67,1%, ветвящиеся сосуды — у 33,3%, белые чешуйки — у 60,0% детей. Статистический анализ показал, что появление оранжево-желтоватых и коричнево-желтоватых бесструктурных областей, а также линейных сосудов было достоверно связано с хронической формой, тогда как точечные сосуды и сосуды в виде клубочков — с острой формой заболевания. Таким образом, сосудистый рисунок при дерматоскопии коррелирует с особенностями клинического варианта лихеноидного питириаза и может использоваться для дифференциальной диагностики.

Анализ основных биохимических показателей крови показал, что индивидуальные значения большинства параметров практически у всех детей находились в пределах возрастных референсных значений. Статистически значимые различия между группами были получены только для СРБ в группе острой формы медиана составила 6 [4,9; 9,6] мг/л, тогда как при хронической форме — 3 [1,1; 4,3] мг/л (p=0,041). Повышение СРБ регистрировалось у 25,0% детей с острой формой и лишь у 2,9% при хроническом течении.

Высокий уровень АСЛО определялся 11,5% детей с диагностированным врачом-оториноларингологом хроническим тонзиллитом и хроническим аденоидитом: у 11,6% детей с ОЛП и у 7,1% детей с ХЛП (Таблица 2).

Таблица 2 – Уровень АСЛО у больных с разными нозологическими формами лихеноидного питириаза и хроническими заболеваниями ЛОР-органов, Me [Q_1; Q_3]

Показатель	**ОЛП (n = 7)**	**ХЛП (n = 5)**	**Норма**	**p**
АСЛО, МЕ/мл	281,0 [252,0; 375,0]	305,0 [250,0; 487,8]	0,0-250,0	<0,001

Полученные результаты подтверждают необходимость междисциплинарного ведения детей с ЛП, особенно при наличии сопутствующей ЛОР-патологии. Своевременная санация хронических очагов инфекции может иметь значение для предупреждения хронизации патологического процесса. С учетом иммуновоспалительной природы заболевания была проведена оценка уровней циркулирующих провоспалительных хемокинов MCP-1(CCL2), CXCL8(IL-8) и RANTES(CCL5) (Таблица 3).

Таблица 3 – Показатели хемокинового профиля MCP-1(CCL2), RANTES(CCL5) и CXCL8(IL-8) периферической крови у больных с разными формами лихеноидного питириаза и в контрольной группе, M±σ

Показатель	**ОЛП**	**ХЛП**	**Контроль**	**p***
MCP-1(CCL2)	976,32 ± 397,8	624,45 ±232,1	481,00±121,00	<0,001*
RANTES(CCL5)	2598,0± 1364,5	1787,0± 645,25	1598,0±281,00	< 0,05*
CXCL8(IL-8)	44,5 ± 15,25	15,25± 5,50	0-10,00	<0,001*
Примечание – * помечены статистически значимые различия между группами ОЛП и контрольной группой (p<0,05)				

Установлено, что средняя концентрация MCP-1(CCL2) в группе острой формы составила 976,32±397,8 пг/мл, в группе хронической формы — 624,45±232,1 пг/мл, а в контрольной группе — 481,00±121,00 пг/мл. Значения MCP-1(CCL2) как при острой, так и при хронической форме достоверно превышали показатели контрольной группы. Данные результаты продемонстрировали необходимость проведения системной и топической противовоспалительной терапии в зависимости от степени тяжести кожного процесса. Между тяжестью кожного процесса по DIDS и концентрацией MCP-1(CCL2) установлена сильная прямая корреляционная связь (Рисунок 4, 5) как при ОЛП (r_s=0,994; $p<0,001$), так и при ХЛП (r_s=0,893; $p<0,001$).

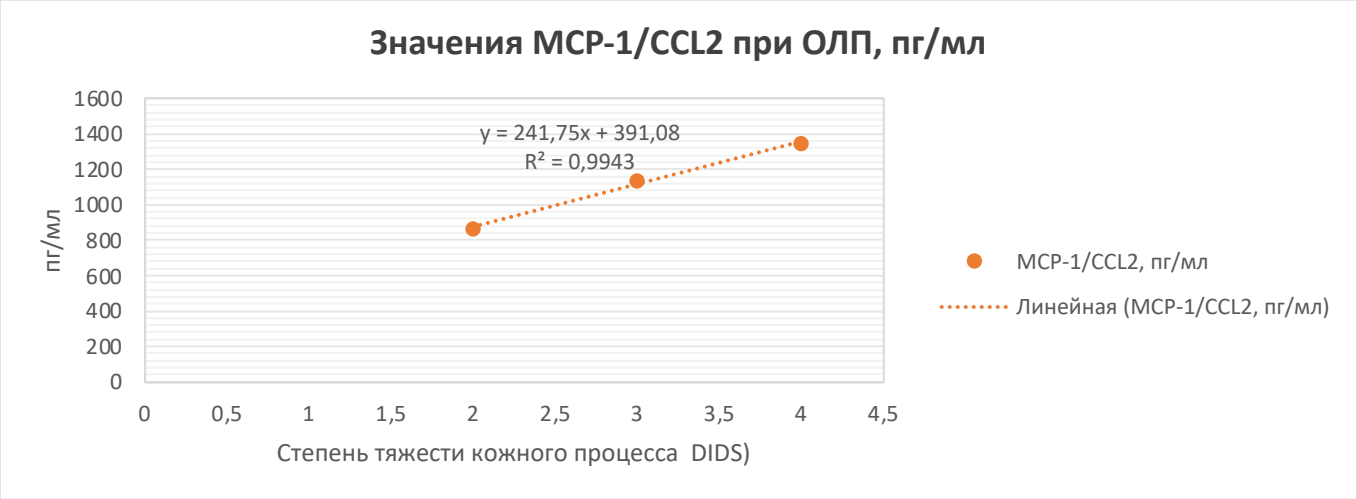


Рисунок 4 – Корреляционная связь между концентрациями хемокина MCP-1(CCL2) у детей, больных питириазом лихеноидным и оспоподобным острым и тяжестью кожного процесса

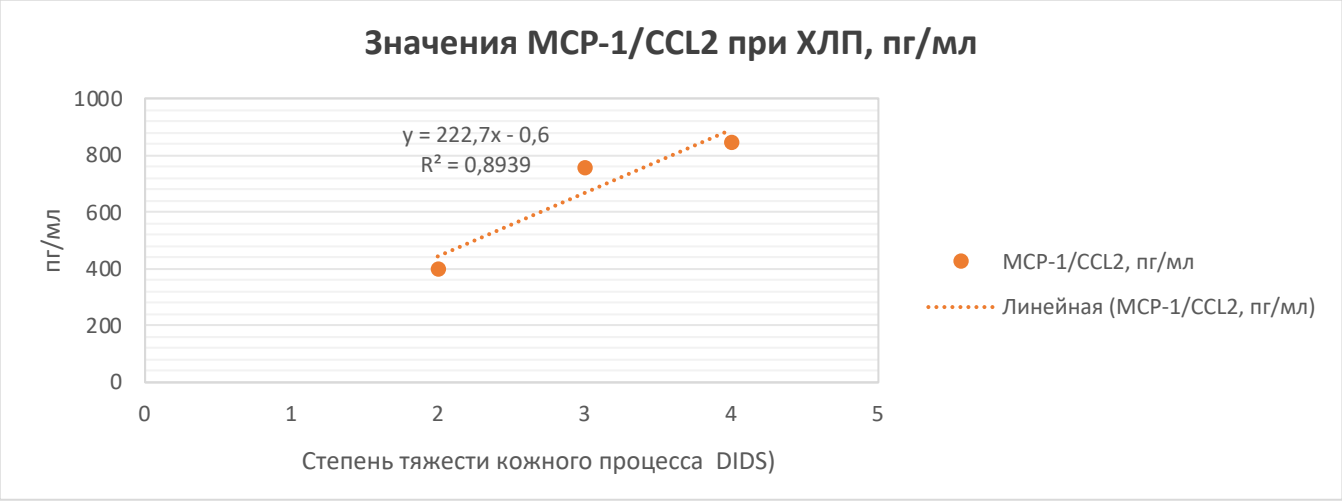


Рисунок 5 – Корреляционная связь между концентрациями хемокина MCP-1(CCL2) у детей, больных питириазом лихеноидным хроническим и тяжестью кожного процесса

Хемокин CXCL8(IL-8), который является наиболее изученным хемокином группы CXC, стимулирует хемотаксис нейтрофилов, Т-лимфоцитов и моноцитов. Значения CXCL8(IL-8) в группе ОЛП достоверно превышали показатели контроля (p<0,001), тогда как при ХЛП статистически значимых различий с контрольной группой не было выявлено (p=0,240). На Рисунке 6 продемонстрирована сильную прямую связь между значениями CXCL8(IL-8) и тяжестью процесса по DIDS при ОЛП (rs=0,99; p<0,001). Между тяжестью клинического процесса при ХЛП и концентрацией хемокина CXCL8(IL-8) в сыворотке крови продемонстрирована слабая корреляционная связь (rs=0,2, p<0,05).

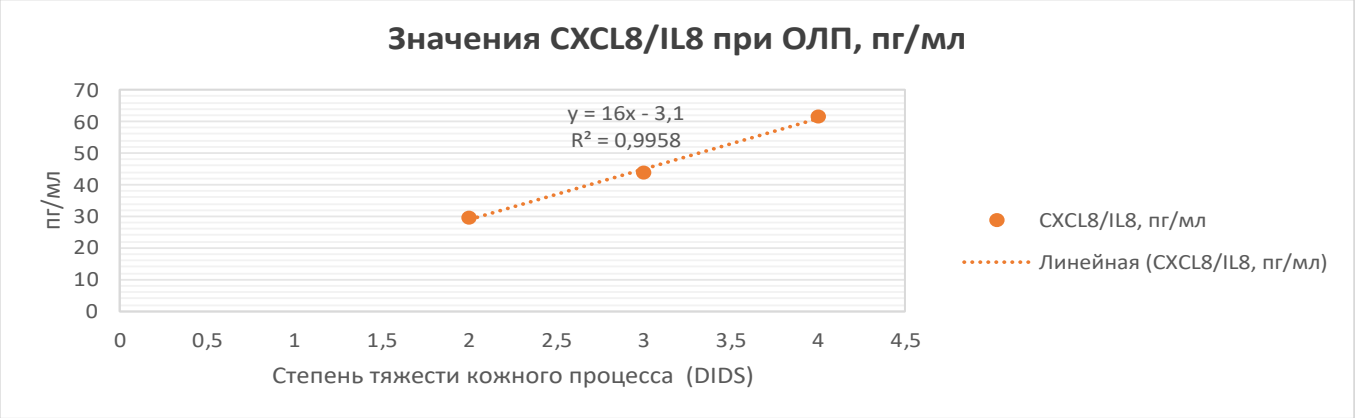


Рисунок 6 – Корреляционная связь между концентрациями хемокина CXCL8(IL-8) у больных питириазом лихеноидным и оспоподобным острым и тяжестью кожного процесса

Средняя концентрация RANTES(CCL5) в группе острой формы составила 2598,0±1364,5 пг/мл (Рисунок 7), а в группе хронической формы — 1787,0±645,25 пг/мл.

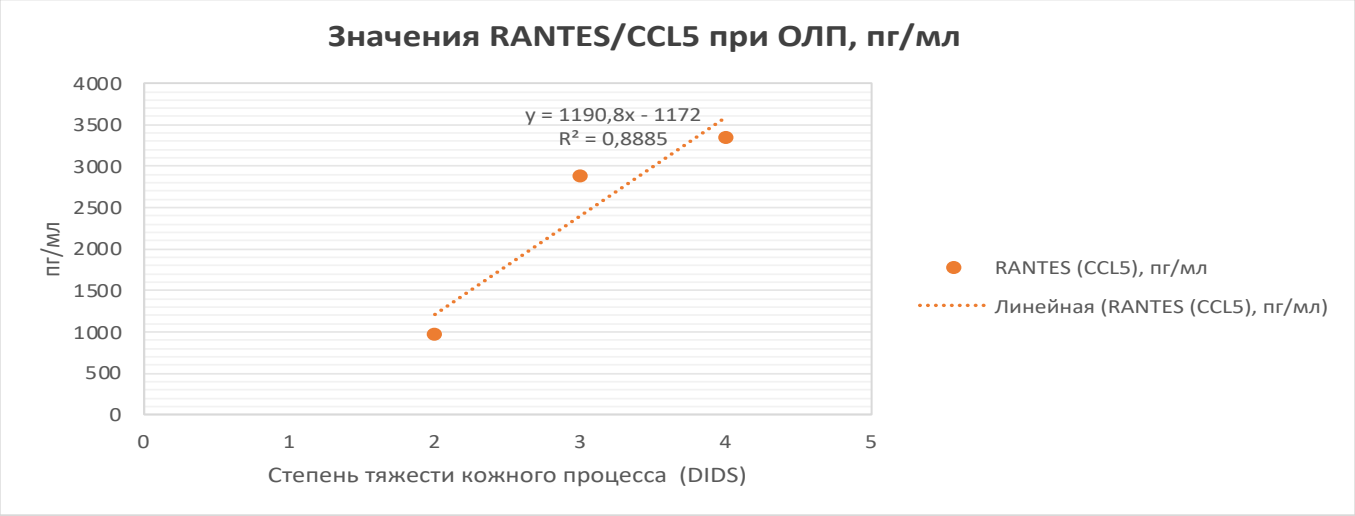


Рисунок 7 – Корреляционная связь между концентрациями хемокина RANTES(CCL5) у детей, больных питириазом лихеноидным и оспоподобным острым, и тяжестью кожного процесса

Достоверное превышение значений по сравнению с контрольной группой выявлено только у пациентов с ОЛП ($p<0,05$), тогда как при ХЛП статистически значимых различий не получено ($p=0,192$). При ОЛП между концентрацией RANTES(CCL5) и степенью тяжести кожного процесса по DIDS продемонстрирована сильная прямая корреляционная связь ($rs=0,888$; $p<0,001$), тогда как при ХЛП - слабая ($rs=0,110$; $p<0,05$).

Роль RANTES (CCL5) в формировании врожденного и адаптивного иммунного ответа объясняет его высокие уровни в группах детей с инфекционными заболеваниями, следовательно в группе ОЛП, характеризующегося более тяжелым течением кожного процесса и развивающегося после инфекционных заболеваний, были определены достоверно более высокие значения этого провоспалительного цитокина. В процессе анализа также была выявлена прямая корреляция ($rs=0,673$, $p<0,05$) между значениями АСЛО и RANTES(CCL5) у пациентов с ОЛП и ХЛП и хроническими заболеваниями ЛОР-органов (хронический тонзиллит и др.) (Рисунок 8).

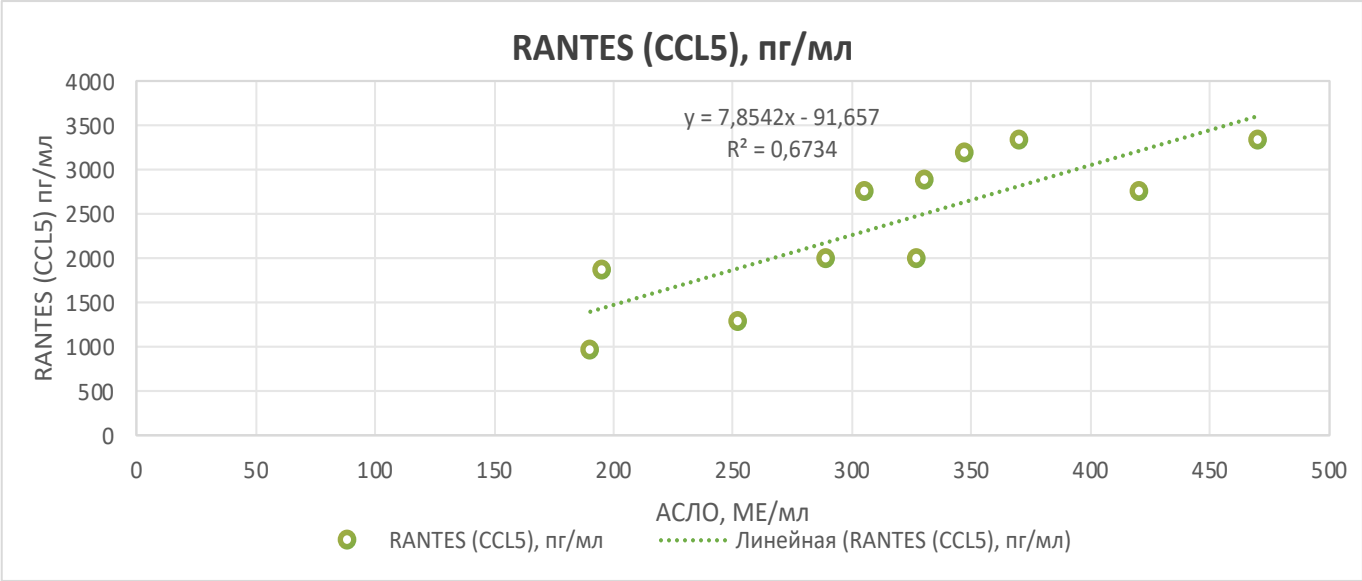


Рисунок 8 – Корреляционная связь между концентрациями хемокина RANTES (CCL5) и АСЛО у больных лихеноидным питириазом и сопутствующей ЛОР-патологией

Полученные эпидемиологические, клинические и лабораторные данные позволили сформулировать дифференцированный подход к ведению детей с ЛП. На первом, клинико-диагностическом этапе, целесообразно уточнение анамнеза, оценка возраста дебюта, предшествующих инфекционных событий, сопутствующей патологии и характера предыдущего лечения, а также физикальное обследование с обязательным расчетом индекса DIDS. Существенное значение имеют дерматоскопическое исследование, патоморфологическая верификация при

диагностических затруднениях, определение СРБ, АСЛО и оценка провоспалительных хемокинов. На втором этапе- этапе персонализированного наблюдения и терапии, длительность диспансерного наблюдения определяется клинической формой заболевания (Таблица 4, 5).

Таблица 4 – Тактика персонализированного наблюдения и терапии детей с питириазом лихеноидным и оспоподобным острым

Параметр	**Детализация**
Предполагаемая длительность наблюдения	От 6 мес. до 2-х лет
Течение процесса	Средней и тяжелой степени тяжести
Лабораторные и иммунологические критерии воспалительного процесса	Повышение СРБ, провоспалительных цитокинов MCP-1(CCL2), CXCL8(IL-8) и RANTES (CCL5)
Лабораторные и иммунологические критерии инфекционного процесса	Повышенные значения АСЛО, CXCL8(IL-8), RANTES (CCL5), положительные результаты вирусологического исследования
Консультации специалистов	Педиатр, оториноларинголог
Терапевтические стратегии	Системные глюкокортикостероиды, антибиотики, фототерапия, противозудные препараты
Профилактика	Избегание резкой смены климата, профилактика ОРВИ

Таблица 5 – Тактика персонализированного наблюдения и терапии детей с питириазом лихеноидным хроническим

Параметр	**Детализация**
Предполагаемая длительность наблюдения	До 7 лет
Течение процесса	Легкая и средняя степень тяжести
Лабораторные критерии воспалительного процесса	Повышенный уровень провоспалительного цитокина MCP-1(CCL2)
Лабораторные и иммунологические критерии инфекционного процесса	Повышенные значения АСЛО, положительные результаты вирусологического исследования
Лабораторный иммунологический критерий рецидивирования	Низкие значения RANTES (CCL5)
Консультации специалистов	Педиатр, оториноларинголог, аллерголог-иммунолог, иммунолог
Терапевтические стратегии	Системные (средней степени тяжести ХЛП) и топические (легкая степень тяжести ХЛП) глюкокортикостероиды, фототерапия, противозудные препараты, антибиотики (по показаниям)
Профилактика	Избегание резкой смены климата, санация очагов хронической инфекции, анализ сопутствующей патологии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследование позволило установить редкую встречаемость заболевания, определить возрастно-половые особенности и спектр факторов риска, определить клинико-лабораторные и дерматоскопические особенности, а также обосновать персонализированный подход к ведению детей с ЛП.

ВЫВОДЫ

1. В анализируемый период 2017–2025 гг. отмечалась тенденция постепенного роста впервые установленных случаев ОЛП среди детей в 4,6 раза. Показатели заболеваемости ХЛП среди детского населения варьировали в диапазоне 0,22–0,44 случаев на 100 тысяч детского населения. Доля ЛП в структуре впервые выявленных заболеваний кожи и подкожной клетчатки за анализируемый период составляла 0,013%. Пациенты с ОЛП и ХЛП в возрастной группе 7–14 лет составили 43,3% и 50,0% , в группе 15–17 лет –36,7 и 32,9% соответственно.

2. Статистическими значимыми факторами риска дебюта ОЛП явились мужской пол, резкая смена климата ($p<0,05$), перенесенные ОРВИ и герпесвирусные инфекции ($p<0,05$), хронические инфекционные болезни ($p<0,05$). Значимыми предикторами дебюта и рецидива ХЛП были мужской пол, сезонность ($p<0,05$), вирусные инфекции ($p<0,05$). Поздняя диагностика являлась статистически значимым фактором риска развития хронического течения ЛП (95%, ДИ 5,70–1048,18). Сопутствующая патология в 1,5 раза чаще диагностировалась у пациентов с ХЛП, чем с ОЛП.

3. У 83,8% детей диагностировался процесс средней степени тяжести, легкой степени – у 7,7%, тяжелое течение – у 4 (3,0%) детей. Зуд различной выраженности был у 86,9% больных. Отмечалось статистически значимое ($p<0,05$) повышение СРБ в группе ОЛП (у 25,0% больных) по сравнению с группой ХЛП (у 2,9% больных). Высокий уровень АСЛО определялся у 11,6% детей с ОЛП и у 7,1% детей с ХЛП.

4. К достоверным дерматоскопическим признакам ХЛП относятся оранжево-желтоватые и коричнево-желтоватые бесструктурные области ($p<0,001$), линейные сосуды ($p<0,01$). Для ОЛП ведущими дерматоскопическими признаками являлись мишеневидные структуры ($p<0,01$), точечные сосуды и сосуды в виде клубочков ($p<0,01$).

5. Определены различия в хемокиновом профиле нозологических форм ЛП. Течение ОЛП сопровождалось достоверно повышенной концентрацией хемокинов MCP-1(CCL2), CXCL8(IL-8) и

RANTES (CCL5) по сравнению со значениями контрольной группы (p<0,001). ХЛП ассоциирован с достоверно повышенной концентрацией хемокина MCP-1(CCL2) (p<0,001), нормальным или статистически незначимым повышением уровней хемокинов CXCL8(IL-8) (p=0,240), RANTES (CCL5) (p=0,192). Выявлена хорошая корреляционная зависимость (rs=0,673, p<0,05) между значениями АСЛО и RANTES (CCL5) у пациентов с ОЛП и ХЛП и хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для снижения сроков постановки окончательного диагноза хронического лихеноидного питириаза у детей при диагностике целесообразно учитывать возраст дебюта (старше 7 лет), пол, данные дерматоскопической картины и результаты патоморфологического исследования.
2. При установленном диагнозе хронический лихеноидный питириаз с целью снижения риска рецидивирования процесса рекомендуется междисциплинарный подход для своевременной диагностики и санации очагов хронической инфекции ЛОР-органов, обследование для исключения носительства герпетической вирусной инфекции, профилактические меры для снижения частоты инфицирования ОРВИ.
3. В лечебную тактику ОЛП и ХЛП должны включаться антигистаминные препараты, фототерапия и глюкокортикостероидные средства для контроля над зудом и профилактики формирования рубцов в области высыпаний.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. Продолжение изучения особенностей эпидемиологии и тенденций заболеваемости ЛП в разных возрастных группах.
2. Существует высокая актуальность продолжения исследования для определения дополнительных прогностических факторов, касающихся развития хронического лихеноидного питириаза, с целью разработки методики междисциплинарного консультирования и наблюдения, тактики терапии и профилактики рецидивирующего течения.
3. Будущие направления исследования касаются перспективы более широкого использования иммуногистохимического исследования у детей с ХЛП.
4. Изучение сравнительной эффективности различных групп лекарственных препаратов при ОЛП и ХЛП у детей и подростков.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дерматоскопические особенности лихеноидного питириаза / **С. Алхаффар,** Е.И. Касихина, М.Н. Острецова [и др.] // Медицинский совет. – 2026. – Т. 20. – № 2. – С. 110–115. [Scopus]

2. Клинико-эпидемиологические особенности лихеноидного питириаза у детей / Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, **С. Алхаффар** [и др.] // Медицинский совет. – 2026. – Т. 20. – № 2. – С. 24–30. [Scopus]

3. Лихеноидный питириаз у детей: современное понимание проблемы / **С. Алхаффар**, О.В. Жукова, Е.И. Касихина [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2026. – Т. 25. – № 1. – С. 7–14. [Scopus]

4. Трудности диагностики питириаза лихеноидного и оспоподобного острого: клинический случай / Е.И. Касихина, М.Н. Острецова, **С. Алхаффар** [и др.]// Кубанский научный медицинский вестник – 2025. – Т.32. - №4. – С. 115-124. [Scopus]

5. **Алхаффар, С.** Особенности клинического течения лихеноидного парапсориаза у детей / **С. Алхаффар,** Е.И. Касихина, И.В. Валитова // 17-й Всероссийский съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы съезда. – 2024. – С. 18.

6. Жукова, О.В. Эпидемиологические аспекты лихеноидного парапсориаза / О.В. Жукова, **С. Алхаффар,** Э.В. Толстогузова // 14-й Всероссийский форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы форума. – 2024. – С. 29.

7. **Алхаффар, С.** Особенности дебюта и клинической диагностики питириаза лихеноидного у детей / **С. Алхаффар,** О.В. Жукова, В.В. Солнцев // 15-й Всероссийский форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы форума. – 2025. – С. 13.

8. **Алхаффар, С.** Клинико-иммунологические особенности питириаза лихеноидного хронического у подростков / **С. Алхаффар,** О.В. Жукова, П.С. Уткин, Е.И. Касихина // 18-й Всероссийский форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы форума. – 2025. – С. 8-9.

9. Бородулина, К.С. Применение узкополосной ультрафиолетовой фототерапии (УФВ 311) в лечении детей с лихеноидным питириазом / К.С. Бородулина, **С. Алхаффар,** Е.Б. Сороченко // 19-й Всероссийский съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы съезда. – 2026. – С. 32-33.

10. **Алхаффар, С.** Клинические, дерматоскопические и патоморфологические параллели при лихеноидном питириазе / **С. Алхаффар,** А.В. Костецкая, О.В. Жукова, Е.И. Касихина //

19-й Всероссийский съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: материалы съезда. – 2026. – С. 12.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АСЛО — антистрептолизин-О

ИФА–иммуноферментный анализ

ЛП — лихеноидный питириаз

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра

ОЛП — питириаз лихеноидный и оспоподобный острый

ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция

ОШ — отношение шансов

ПЦР – полимеразная цепная реакция

СРБ — С-реактивный белок

ХЛП — хронический лихеноидный питириаз

DIDS — дерматологический индекс тяжести заболевания

MCP-1 (CCL2) — моноцитарный хемоаттрактантный белок 1

RANTES (CCL5) — провоспалительный хемокин

CXCL8(IL-8) – ИЛ-8, IL-8, хемокин С-Х-С лиганд 8

АННОТАЦИЯ

Алхаффар С. «Клинические и иммунологические особенности лихеноидного питириаза у детей»

Лихеноидный питириаз является редким дерматологическим заболеванием у детей. Сложность клинической диагностики, ограниченное число научных исследований являются серьезными препятствиями для формирования единой концепции о данном заболевании. Основными ключевыми направлениями данного исследования явились изучение эпидемиологических особенностей заболевания у детей в Московском регионе, анализ предикторов развития и рецидивирования ЛП у детей, исследование клинических и дерматоскопических особенностей. Полученные данные об уровнях провоспалительных хемокинов (MCP-1(CCL2), RANTES (CCL5), CXCL8(IL-8) в периферической крови при различных нозологических формах ЛП расширили представление о ЛП у детей как об иммуновоспалительном дерматозе. На основании комплексного исследования структуры, сопутствующей патологии и клинико-лабораторных показателей. предложен научно-обоснованный подход к ведению детей с различными нозологическими формами ЛП.

ABSTRACT

Alhaffar S. «Clinical and immunological features of Pityriasis Lichenoid in children»

Pityriasis lichenoid is a rare dermatological disease in children. The complexity of clinical diagnosis and the limited number of scientific studies constitute serious obstacles to the formation of a unified concept of this disease. The main key directions of this study were the investigation of the epidemiological characteristics of the disease in children in the Moscow region, the analysis of predictors of the development and recurrence of PL in children, and the study of clinical and dermatoscopic features. The obtained data on the levels of proinflammatory chemokines (MCP-1 (CCL2), RANTES (CCL5), CXCL8(IL-8) in peripheral blood in various nosological forms of PL expanded the understanding of PL in children as an immunoinflammatory dermatosis. Based on a comprehensive study of the structure, concomitant pathology, and clinical and laboratory parameters, a scientifically substantiated approach to the management of children with various nosological forms of PL was proposed.