

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАРАПСОРИАЗАМИ**

**Москва - 2015**

**Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю «Дерматовенерология», раздел «Парапсориазы»:**

1. Самцов Алексей Викторович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова», доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.
2. Белоусова Ирина Эдуардовна – профессор кафедры кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова», доктор медицинских наук, доцент, г. Санкт-Петербург.
3. Хайрутдинов Владислав Ринатович – доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова», доктор медицинских наук, г. Санкт-Петербург.

## МЕТОДОЛОГИЯ

**Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**  
поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:**  
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

Консенсус экспертов.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

**Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

## ПАРАПСОРИАЗЫ

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10:

L41

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Парапсориазы – гетерогенная группа хронических воспалительных дерматозов, клиническими проявлениями которых являются пятна и/или папулы и бляшки, покрытые мелкопластинчатыми чешуйками.

Различия в клинической картине, патогенезе, патоморфологии, лечении и прогнозе – причина отсутствия в настоящее время общепринятого определения и классификации парапсориазов.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

L41.0 Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый

Болезнь Мухи-Хабермана

Хронический лихеноидный питириаз (ХЛП, болезнь Юлиусберга)

L41.1 Питириаз лихеноидный хронический

L41.2 Лимфоматоидный папулез

L41.3 Мелкобляшечный парапсориаз

Вариант: «пальцевидный» дерматит

L41.4 Крупнобляшечный парапсориаз

Варианты: пойкилодермический, сетевидный парапсориаз (L41.5)

L41.8 Другой парапсориаз

## МЕЛКОБЛЯШЕЧНЫЙ ПАРАПСОРИАЗ

### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В патогенезе дерматоза значимую роль играет хроническое Т-клеточно-опосредованное воспаление в коже (формируют CD4+ Т-лимфоциты). Анализ генов  $\gamma$ - и  $\beta$ -цепи Т-клеточного рецептора лимфоцитов в основании высыпаний позволяет выделить несколько доминирующих клонов Т-клеток (поликлональность), что свидетельствует в пользу развития реактивного иммунного ответа на какой-то антиген, исключая злокачественную пролиферацию (когда преобладает моноклональность). Выявляются некоторые признаки, встречающиеся при злокачественных процессах – мутации в гене p53 (контролирует целостность ДНК), высокая активность теломеразы Т-клеток, что не встречается в нормальных лимфоцитах. Заболеваемость выше у мужчин, чем у женщин (3:1).

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание характеризуется постепенным началом и медленным развитием высыпаний. Высыпания представлены пятнами от бледно-красного

до светло-коричневого с желтоватым оттенком цвета, округлой, неправильной или вытянутой формы. Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, часто располагаются вдоль ребер и имеют заостренные концы. Элементы сыпи распределены симметрично, дискретно, не имеют тенденции к слиянию. Размеры элементов составляет менее 6 см в диаметре (за исключением вытянутых).

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика МБП основывается на характерной клинической картине и патоморфологических изменениях. Гистологическая картина кожи при МБП не имеет специфических изменений («хроническое воспаление»): незначительный гиперкератоз с очаговым паракератозом, м.б. спонгиоз, периваскулярные, преимущественно поверхностные, лимфоцитарные инфильтраты (CD4+ и CD8+-клетки), без атипии лимфоцитов.

Диспансерное динамическое наблюдение дерматовенерологом проводится 1 раз в год, при значительном увеличении площади высыпаний, появлении инфильтратов рекомендуется повторная диагностическая биопсия.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальный диагноз МБП проводится с розовым и разноцветным лишаем, микозом кожи, токсикодермией, нумулярной экземой, хроническим лихеноидным педикулезом, вторичными пятнистыми сифилидами, пятнистой стадией грибовидного микоза.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Цель лечения**

- достижение ремиссии заболевания.

### **Показания к госпитализации**

- распространенные высыпания;
- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

### **Схемы терапии**

#### Медикаментозная терапия

##### *1. Эмоленты*

назначаются с целью восстановления водно-липидного баланса кожи, удержания влаги, обогащения кожи липидами и, как следствие, уменьшения субъективных ощущений.

## 2. Глюкокортикостероидные препараты

Рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты умеренной и высокой степени активности 2-3 раза в год:

– алклометазона дипропионат, крем 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

– бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

– мометазона фууроат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

– метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель.

### Физиотерапия

при распространенных высыпаниях эффективна широкополосная и узкополосная УФ-Б фототерапия (311 нм).

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Методов профилактики не существует.

## **КРУПНОБЛЯШЕЧНЫЙ ПАРАПСОРИАЗ**

### **ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Заболевание рассматривается многими авторами, как ранняя форма грибовидного микоза, при этом частота дальнейшей злокачественной трансформации значительно варьирует - от 0 до 40% (в среднем – около 10%). При исследовании генов  $\gamma$ - и  $\beta$ -цепи Т-клеточного рецептора лимфоцитов в области высыпаний доминирующий клон Т-клеток составляет более 50% лимфоцитарного инфильтрата. В 87% случаев в пораженной коже идентифицируют вирус герпеса VIII типа. Заболеваемость КБП одинаковая у представителей различных рас и географических регионов, мужчины болеют значительно чаще женщин (8:1).

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Обычно наблюдается медленное развитие заболевания. Первичные морфологические элементы сыпи представлены округлыми или неправильной формы пятнами и незначительно инфильтрированными бляшками краснокоричневой окраски, с малозаметными или четкими границами, наличием

мелкопластинчатого шелушения на поверхности. В области высыпаний может наблюдаться незначительная атрофия кожи, проявляющаяся в виде морщинистости («папиросная бумага»). Размеры отдельных пятен превышают 6 см. Высыпания локализуются на симметричных участках проксимальных отделов конечностей, боковых поверхностях груди и живота, спине. Поражаются преимущественно закрытые от солнца участки кожи. Высыпания часто спонтанно бесследно разрешаются.

При физическом или химическом воздействии на высыпания в результате трения грубой одеждой, после посещения бани или сауны, на фоне нерациональной наружной терапии наблюдается усиление яркости окраски и инфильтрации элементов – развитие «раздраженного» парапсориаза.

Для пойкилодермического варианта характерно поражение крупных складок (паховых, аксиллярных) и наличие триады симптомов: атрофия кожи, участки гипер- и гипопигментации («пестрая кожа»), формирование телеангиэктазий.

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика КБП основана на клинической картине заболевания и результатах гистологического исследования биоптатов кожи. При гистологическом исследовании отмечается незначительный гиперкератоз с очаговым паракератозом, возможна гиперплазия эпидермиса за счет шиповатого слоя (акантоз) или его атрофия, незначительный спонгиоз. В сосочковом слое дермы наблюдаются рассеянные неплотные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты с редкими гистиоцитами.

Диспансерное динамическое наблюдение дерматовенерологом проводится не менее 2 раз в год, при значительном увеличении площади высыпаний, усилении инфильтрации элементов, развитии атрофии кожи рекомендуется повторная диагностическая биопсия.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальный диагноз КБП проводят со следующими дерматозами: микоз кожи, бляшечная экзема, розовый лишай, псориаз, хронический лихеноидный педириаз, распространенная кольцевидная гранулема, грибковидный микоз.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Цель лечения**

– достижение ремиссии заболевания.

### **Показания к госпитализации**

– распространенные высыпания;

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

## **Схемы терапии**

### Медикаментозная терапия

#### 1. Эмоленты

назначаются с целью восстановления водно-липидного баланса кожи, удержания влаги, обогащения кожи липидами и, как следствие, уменьшения субъективных ощущений.

#### 2. Глюкокортикостероидные препараты

Рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты умеренной и высокой степени активности повторными курсами через 2-3 месяца:

- алклометазона дипропионат, крем 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- мометазона фуруат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель.

### Физиотерапия

- при распространенных высыпаниях эффективна широкополосная и узкополосная УФ-Б фототерапия (311 нм);
- при PUVA-терапии достигается быстрый терапевтический эффект, однако существует потенциальный риск трансформации в лимфому кожи.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Методов профилактики не существует.

## **ЛИХЕНОИДНЫЙ ПИТИРИАЗ**

### **ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Этиология заболевания неизвестна. Предполагается, что в развитии лихеноидного пситириазы значимую роль играет формирование реакции гиперчувствительности на различные инфекционные агенты. Обнаружена ассоциация дерматоза со следующими инфекциями: *Toxoplasma gondii*, *Epstein-*

*Barr virus, Cytomegalovirus, HIV, Parvovirus, Staphylococcus aureus, Group A beta-haemolytic streptococci.* В коже развивается Т-клеточно-опосредованное иммунное воспаление, при остром течении отмечаются проявления васкулита кожи (в стенках сосудов обнаруживаются фрагменты IgM, фиксированные циркулирующие иммунные комплексы, фракция комплемента С3, фибрин). При остром лихеноидном вариолиформном педириазе в коже на лимфоцитах в области высыпаний обнаружена экспрессия маркера CD30<sup>+</sup>, при хроническом течении наблюдается частичная потеря маркера CD7<sup>+</sup>, что характерно для лимфом кожи.

Лихеноидный педириаз одинаково часто встречается у представителей всех рас, этнических групп и географических регионов. Заболеваемость выше у мужчин, чем у женщин (1,5-3,0:1,0). Лихеноидный педириаз развивается преимущественно у людей в возрасте 15-30 лет, редко у детей и пожилых лиц. Частота выявления хронических форм заболевания в 3 раза выше, чем острых. У одного пациента могут отмечаться клинические проявления острого и хронического лихеноидного педириаза.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

### **Хронический лихеноидный педириаз**

Заболевание характеризуется медленным началом (недели, месяцы), длительным течением (несколько лет) и чередованием периодов обострений и ремиссий. Субъективные ощущения обычно отсутствуют, иногда больных беспокоит незначительный зуд. Первичным морфологическим элементом сыпи является плоская округлая папула, размерами 4-10 мм, имеющая вначале розовый или красный цвет, затем желтовато-коричневый; инфильтрат в основании папулы незначительный, высыпания не сливаются и не группируются. При поскобливании поверхности папул могут определяться симптомы скрытого шелушения и точечного кровоизлияния. Через 1-2 недели на поверхности папул появляется похожая на слюду чешуйка (симптом коллоидной пленки), которая со временем отторгается по периферии, оставаясь прикрепленной к коже только в центре (симптом «облатки»). Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов конечностей, очень характерно поражение внутренней поверхности плеч. Элементы не наблюдаются в области лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Через несколько недель папулы самостоятельно разрешаются с формированием вторичных гиперпигментных пятен.

### **Острый лихеноидный вариолиформный педириаз.**

Заболевание развивается остро (в течение нескольких дней или 1-2 недель). Характерен истинный полиморфизм сыпи – одновременно появляются папулы, пустулы, папуло-везикулы, геморрагические пятна. В результате волнообразного появления высыпаний наблюдается эволюционный

полиморфизм элементов: пустула или папула – эрозия или язва – корка – вторичное пятно. Для острой формы пситириаза патогномичны папулы с геморрагической корочкой в центре, после разрешения которых остаются небольшие рубчики, а также вариолиформные элементы – пустулизированные везикулы с пупкообразным вдавлением в центре. Поражение кожи носит распространенный и симметричный характер. Наиболее часто высыпания локализируются в области груди, спины, живота, сгибательных поверхностях проксимальных отделов конечностей. Кожа в области ладоней, подошв, волосистой части головы и лица остается интактной.

Выделяют *фебрильный язвенно-некротический вариант* ОЛВП, который характеризуется острым началом, развитием фебрильной температуры (38-39°С), ознобами, общей слабостью и недомоганием, возможны боли в животе, головная боль, лимфаденопатия. На коже появляются единичные или множественные папулы, размерами 5-15 мм в диаметре, в их центре быстро развивается некроз с последующим формированием болезненных язв. Грануляция язв приводит к формированию «штампованных» рубцов.

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз лихеноидного пситириаза устанавливается на основании клинических данных и результатов гистологического исследования. Для ХЛП характерны следующие патоморфологические изменения: гиперкератоз с очаговым паракератозом, акантоз, возможен спонгиоз, отек сосочковой дермы, наличие поверхностных периваскулярных и диффузных, преимущественно лимфоцитарных, инфильтратов с примесью единичных нейтрофилов и гистиоцитов; возможно проникновение отдельных лимфоцитов в эпидермис (экзоцитоз). При ОЛВП наблюдается выраженные изменения в эпидермисе (очаговый паракератоз, скопления нейтрофилов, вакуольная дистрофия и некроз базальных кератиноцитов, экзоцитоз лимфоцитов) и дерме (поверхностные и глубокие периваскулярные и диффузные лимфоцитарные инфильтраты, отек и некроз эндотелия сосудов, экстравазаты эритроцитов).

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику ХЛП необходимо проводить с каплевидным псориазом, отрубевидным лишаем, токсикодермией, актиническим порокератозом, папулезными сифилидами, красным плоским лишаем; ОЛВП дифференцируют с токсикодермией, геморрагическим васкулитом, лимфоматоидным папулезом.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Цель лечения**

- достижение ремиссии заболевания.

## **Показания к госпитализации**

- распространенные высыпания;
- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

## **Схемы терапии**

### Медикаментозная терапия

#### Наружная терапия

##### 1. Эмоленты

назначаются с целью восстановления водно-липидного баланса кожи, удержания влаги, обогащения кожи липидами и, как следствие, уменьшения субъективных ощущений.

##### 2. Глюкокортикостероидные препараты

Рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты умеренной и высокой степени активности повторными курсами через 2-3 месяца:

- алклометазона дипропионат, крем 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- мометазона фураат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель;

или

- метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель.

#### Системная терапия

##### Хронический лихеноидный петириаз

В случаях торпидного течения назначают *ретиноиды*:

- ацитретин 25-50 мг в сутки перорально в течение 6-8 недель.

##### Острый лихеноидный вариолиформный петириаз

###### 1. Антибактериальные препараты:

- кларитромицин 0,5 г перорально 2 раза в сутки в течение 10-14 дней

или

- доксициклин 0,1 г перорально 2 раза в сутки в течение 10-14 дней.

2. *Глюкокортикостероидные препараты*

- преднизолон 20-60 мг в сутки перорально (2/3 суточной дозы после завтрака, 1/3 – после обеда), с постепенным снижением до полной отмены, в течение 6-8 недель.

3. *Метотрексат* 10-25 мг в неделю перорально в течение 6-8 недель.

4. *Циклоспорин А* 2,5-4,0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 6-8 недель.

5. *Дансон* 50-100 мг в сутки перорально в течение 4-6 недель.

6. *Ретиноиды:*

- ацитретин 25-50 мг в сутки в течение 6-8 недель.

Физиотерапия

при хронической и острой форме лихеноидного петириаза эффективна неселективная УФ-терапия (УФ-А + УФ-Б), селективная УФ-терапия (УФ-Б), узкополосная УФ-Б (311 нм).

**ПРОФИЛАКТИКА**

Методов профилактики не существует.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Хамаганова И.В. и др. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани. В: Клиническая дерматовенерология. / под ред. Ю.К Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т.II. – С.234—277.
2. Самцов А.В., Белоусова Н.Э. Об отношении бляшечного парапсориаза к грибовидному микозу. вносят ли ясность новые данные? Вестник дерматологии и венерологии. 2007. № 6. С. 14-18.
3. Vakeva L, Sarna S, Vaalasti A et al. A retrospective study of the probability of the evolution of parapsoriasis en plaques into mycosis fungoides. *Acta Derm Venereol* 2005;85:318-323.
4. Yamada K, Motegi S, Matsushima Y. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease in a young boy: a case report and review of the literature. *Acta Derm Venereol*. 2014 Sep;94(5):603-4.
5. Goldberg I. Parapsoriasis--to be or not be (mycosis fungoides). *Harefuah*. 2012 Oct;151(10):581-4, 604.
6. Fernandes NF, Rozdeba PJ, Schwartz RA et al. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol*. 2010 Mar;49(3):257-61.
7. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2007;8(1):29-36.
8. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Oct;55(4):557-72; quiz 573-6.
9. Farnaghi F, Seirafi H, Ehsani AH et al. Comparison of the therapeutic effects of narrow band UVB vs. PUVA in patients with pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Aug;25(8):913-6.
10. Duarte IA, Korkes KL, Amorim VA et al. An evaluation of the treatment of parapsoriasis with phototherapy. *An Bras Dermatol*. 2013 Mar-Apr;88(2):306-8.
11. Lewin J, Latkowski JA. Digitate dermatosis (small-plaque parapsoriasis). *Dermatol Online J*. 2012 Dec 15;18(12):3.