

Т.О. Литинська, С.М. Раздайбєдін, С.В. Іванов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Використання вузькосмугової фототерапії з довжиною хвилі 311 нм у лікуванні хворих на парапсоріаз

Парапсоріаз — гетерогенна група хронічних захворювань шкіри, клінічними виявами яких є запальні плями та/або папули та бляшки, вкриті дрібнопластинчастими лусочками. Актуальність та медико-соціальне значення парапсоріазу зумовлені не лише перманентним збільшенням кількості хворих з цією патологією, а й різноманітністю клінічних виявів захворювання, зростанням частоти випадків його тяжкого агресивного перебігу, помилками у діагностиці та відсутністю ефективних методів лікування.

Мета роботи — вивчити ефективність та безпеку вузькосмугової фототерапії з довжиною хвилі 311 нм у лікуванні хворих на парапсоріаз.

Матеріали та методи. Обстежено і проліковано 16 хворих на парапсоріаз, серед яких великобляшковий був діагностований у 4 (25 %), дрібнобляшковий — у 4 (25 %), ліхеноїдний хронічний — у 5 (31,25 %), парапсоріаз ліхеноїдний і віспоподібний гострий — у 3 (18,75 %). Вік хворих коливався від 19 до 53 років, жінок було 5 (31,25 %), чоловіків — 11 (68,75 %), тривалість захворювання становила від 6 міс до 5 років. Лікування передбачало призначення хворим вузькосмугової фототерапії з довжиною хвилі 311 нм із використанням фототерапевтичного апарата Dermalight 3000 (компанія Dr. K. Hönle Medizintechnik GmbH, Німеччина).

Результати та обговорення. Терапевтичну ефективність оцінювали за динамікою і ступенем усунення об'єктивних клінічних проявів та суб'єктивних ознак захворювання, а також за віддаленими результатами лікування та стабільністю ремісії. По закінченні курсу лікування клінічне одужання спостерігали у 12 (75 %) хворих, значне поліпшення — у 4 (25 %). Усі пацієнти перенесли лікування без ускладнень, побічних реакцій та небажаних ефектів не зареєстровано.

Висновки. Вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм є ефективним та безпечним методом лікування хворих на парапсоріаз, застосування якого можливе як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

Ключові слова

Парапсоріаз, вузькосмугова фототерапія, довжина хвилі 311 нм, NB UVB-therapy, ефективність, безпека, лікування.

Парапсоріаз (пітиріаз) — гетерогенна група хронічних захворювань шкіри, клінічними виявами яких є запальні плями і/або папули та бляшки, вкриті дрібнопластинчастими лусочками. У 1902 р. видатний французький дерматолог L. Brocq під цією назвою, вважаючи її попередньою, згрупував різні дерматологічні типи рідкісних і таких, що не відповідали класифікації захворювань, які характеризувалися наявністю лускатих плям, що були надзвичайно стійкими та резистентними до лікування. Історія вивчення цих дерматозів почалась у 1890 р., коли Paul

Unna, Santi та S. Pollizer опублікували випадок *parakeratosis variegata*, який, як здавалося цим авторам, був схожий на «...суміш частково лускатого лишая, плескатоного лишая, екземи та рожевого лишая». Ці риси, як зазначив F. Martinotti у 1921 р. у своїй монографії з цього питання, відповідали усім ознакам парапсоріазу [13].

Актуальність та медико-соціальне значення парапсоріазу зумовлено не лише перманентним збільшенням кількості хворих з цією патологією, а й різноманітністю клінічних виявів захворювання, зростанням частоти випадків його тяжкого

агресивного перебігу, помилками у діагностиці та відсутністю ефективних методів лікування.

Незважаючи на гетерогенність захворювань [13, 21], що відносять до парасоріазу, спільними для них є остаточна невизначеність причин виникнення та механізмів розвитку, патоморфоз клінічної картини, наявність супутніх захворювань, рецидивний і довготривалий перебіг, а також рефрактерність до лікування [6, 20, 21]. Тригерні фактори розвитку парасоріазу, до яких відносять гострий та хронічний стрес, інфекційні захворювання, інтоксикації, травми тощо, можуть провокувати розвиток запальної реакції та активувати імунну систему [4, 10, 13]. Крім того, спільною рисою цих дерматозів є те, що всі вони є шкірними Т-клітинними лімфопроліферативними захворюваннями, за яких у шкірі розвивається Т-клітинноопосередковане імунне запалення. У разі гострого перебігу захворювання виникають вияви васкуліту шкіри (у стінках судин виявляють фрагменти IgM, фіксовані циркулюючі імунні комплекси, С3-фракцію комплементу, фібрин). Зокрема, за гострого ліхеноїдного варіоліформного парасоріазу в шкірі на лімфоцитах у ділянці висипань виявляли експресію маркера CD30⁺, у разі хронічного перебігу відбувається часткова втрата маркера CD7⁺, що характерно для лімфом шкіри [13].

На сьогодні єдиної загальноприйнятої класифікації парасоріазу немає. Це пов'язано насамперед з невизначеністю патогенезу захворювання, а також різноманітністю його клінічних форм та особливостями перебігу [5, 11]. Переважна більшість дерматологів використовують класифікацію парасоріазу, яка включає ліхеноїдний і бляшковий парасоріаз з підтипами:

1. Парасоріаз бляшковий:
 - а) великобляшковий парасоріаз (пойкілодермічний, сітчастий);
 - б) дрібнобляшковий парасоріаз (дигітальний).
2. Парасоріаз ліхеноїдний:
 - а) парасоріаз ліхеноїдний хронічний (Юліусберга);
 - б) парасоріаз ліхеноїдний і віспоподібний гострий (Мухи—Габермана).

Згідно з МКБ-10 виділяють:

L41.0 Пітиріаз ліхеноїдний та віспоподібний гострий:

Хвороба Мухи—Габермана;

Хронічний ліхеноїдний пітиріаз (ХЛП, хвороба Юліусберга).

L41.1 Пітиріаз ліхеноїдний хронічний.

L41.2 Лімфоматоїдний папульоз виключено: січень 2013 р.

L41.3 Дрібнобляшковий парасоріаз:

Варіант: «пальцеподібний» дерматит.

L41.4 Великобляшковий парасоріаз:

Варіанти: пойкилодермічний, сіткоподібний парасоріаз (L41.5).

L41.8 Інший парасоріаз.

Бляшковий парасоріаз (рис. 1–3) частіше виникає у чоловіків середнього та похилого віку (40–60 років). Жінки хворіють рідко. Співвідношення чоловіків та жінок становить 8 : 1. На ліхеноїдний парасоріаз здебільшого хворіють діти та пацієнти молодого віку (рис. 4), але захворювання може виникнути у будь-який період життя. Серед хворих переважають особи чоловічої статі. Частота виявлення хронічних форм захворювання втричі вища, ніж гострих. У одного пацієнта можуть поєднуватися клінічні вияви гострого та хронічного ліхеноїдного парасоріазу. Обидві форми однаково часто виникають у представників усіх рас, етнічних груп та географічних регіонів.

Існують певні відмінності у клінічному перебігу різних варіантів бляшкового парасоріазу. Дрібнобляшковий парасоріаз триває протягом кількох місяців/років з можливістю спонтанного регресу, тоді як крупнобляшковий має хронічний рецидивний або безперервно рецидивний перебіг.

На сьогодні результати наукових досліджень щодо вивчення особливостей клінічного перебігу та прогнозу великобляшкового парасоріазу, а також висновки фахівців мають суперечливий, а іноді взаємовиключний характер [7, 16, 19]. Одні автори вважають, що ця нозологія еквівалентна еритематозній стадії грибоподібного мікозу, інші дотримуються точки зору, що трансформація великобляшкового парасоріазу в грибоподібний мікоз можлива лише через 6–10 років від початку захворювання. Також, незважаючи на багаторічну історію вивчення, фахівці-дерматологи мають протилежні погляди і на патогенез та клінічний перебіг дрібнобляшкового парасоріазу. Одні вважають, що дрібнобляшковий парасоріаз є доброякісним дерматозом з низькою ймовірністю прогресування у Т-клітинну лімфому шкіри, інші висловлюють думку, що дрібнобляшковий парасоріаз є абортивною формою Т-клітинної лімфоми. Ці протиріччя зумовлені невеликою кількістю клінічно-гістологічних досліджень, що ускладнює диференціальну діагностику парасоріазу та ранньої еритематозної стадії грибоподібного мікозу [6, 12, 14].

Парасоріаз посідає особливе місце в практиці лікаря-дерматолога, що пов'язано з помилками в діагностиці захворювання та відсутністю ефективних методів його лікування. Достовірним підтвердженням діагнозу парасоріазу є патогістологічне дослідження, проте іноді воно не дає



Рис. 1. Хворий Д., 70 років. Діагноз: великопляшковий парапсоріаз



Рис. 2. Хворий П., 67 років. Діагноз: великопляшковий парапсоріаз (пойкілодермічний варіант)



Рис. 3. Хвора Е., 47 років. Діагноз: дрібнопляшковий парапсоріаз



Рис. 4. Хвора С., 5 років. Діагноз: парапсоріаз ліхеноїдний хронічний

100 % результату та вимагає повторного забору матеріалу в пацієнта.

Наразі відсутній єдиний патогенетично обґрунтований підхід до терапії цих захворювань, більше того, лікування окремих нозологій, що об'єднані у цю групу, суттєво відрізняється [4, 22]. Останнім часом з'явилась низка робіт, в яких автори доводять ефективність фототерапії у лікуванні пацієнтів із ліхеноїдними дерматозами

(псоріазом, червоним плескатим лишаям), склеродермією, а також парапсоріазом [1, 3, 8, 15, 23].

Особливе місце серед різних методів світлолікування посідає вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм (Narrowband/NB UVB-therapy), яка характеризується обмеженою глибиною проникнення в шкіру (епідерміс і сосочковий шар дерми) та впливом переважно на клітини Лангерганса і Т-лімфоцити. Доведено,

що механізм лікувальної дії NB UVB-therapy пов'язаний з прямим впливом на клітини епідермісу та сосочкового шару дерми, здатністю спричинити імунорегуляторну дію та нормалізувати баланс про- і протизапальних цитокінів [1, 17, 18]. Вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм має низький кумулятивний ефект на відміну від широкосмугової (селективної фототерапії з довжиною хвилі 280–320 нм) та ПУВА-терапії (довжина хвилі 320–400 нм). На відміну від останньої NB UVB-therapy не потребує призначення фотосенсибілізуючих препаратів, завдяки чому знижується ризик розвитку системних впливів та зменшується перелік протипоказань [7, 9]. Крім того, важливими особливостями застосування ультрафіолету зазначеного діапазону є можливість поєднувати таку терапію з іншими видами лікування, а також призначати її дітям (для досягнення клінічної ремісії потрібна менша кількість процедур, до того ж практично відсутні побічні реакції). Крім того, канцерогенність NB UVB-therapy визнана мінімальною порівняно з іншими видами фототерапії.

Отже, NB UVB-therapy має перевагу над іншими методами світлолікування завдяки високій ефективності та безпеці [2, 7, 17].

Щодо застосування NB UVB-therapy у хворих на парасоріаз, переконливих доказових даних відносно ефективності та безпеки такого методу лікування у хворих цієї категорії недостатньо, адже досліджень, присвячених його вивченню, замало і до того ж вони носять поодинокий характер [4, 7, 9]. Цим пояснюється необхідність проведення наукових досліджень у даному напрямі, зокрема щодо вивчення клінічної ефективності та безпеки вузькополосної фототерапії з довжиною хвилі 311 нм у лікуванні хворих на парасоріаз.

Мета роботи — вивчити ефективність та безпеку вузькополосної фототерапії з довжиною хвилі 311 нм у лікуванні хворих на парасоріаз.

Матеріали та методи

На кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця в період з 2019 по 2023 р. було обстежено і проліковано 16 хворих на парасоріаз.

Анамнестично уточнювали дані стосовно тривалості захворювання, можливих причин і обставин, які передували його виникненню і розвитку, перенесених і супутніх захворювань, а також щодо наявності чи відсутності ремісій. Крім того, приділяли увагу побутовим умовам життя і праці хворих.

Вік хворих коливався від 19 до 53 років, жінок було 5 (31,25 %), чоловіків — 11 (68,75 %), термін захворювання становив від 6 міс до 5 років.

Пацієнтам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало загальноклінічні аналізи, біохімічне дослідження крові, консультації суміжних фахівців. Крім того, з метою підтвердження діагнозу та визначення активності патологічного процесу проводили патогістологічне дослідження шкіри.

Великобляшковий парасоріаз був діагностований у 4 (25 %), дрібнобляшковий — у 4 (25 %), ліхеноїдний хронічний — у 5 (31,25 %), парасоріаз ліхеноїдний і віспоподібний гострий — у 3 (18,75 %) хворих. Діагноз парасоріазу був підтверджений патогістологічно.

Усім обстеженим призначали вузькосмугову фототерапію (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм. Фотолікування проводили на кафедрі дерматології та венерології з курсом косметології НМУ імені О.О. Богомольця з використанням фототерапевтичного апарату Dermalight 3000 (компанія Dr. K. Hönle Medizintechnik GmbH, Німеччина).

Терапевтичну ефективність оцінювали за динамікою і ступенем усунення об'єктивних клінічних виявів та суб'єктивних ознак захворювання, а також за віддаленими результатами лікування та стабільністю ремісії.

Результати та обговорення

Обстежено і проліковано 16 хворих на парасоріаз, серед яких великобляшковий парасоріаз був діагностований у 4 (25 %), дрібнобляшковий — у 4 (25 %), ліхеноїдний хронічний — у 5 (31,25 %), парасоріаз ліхеноїдний і віспоподібний гострий — у 3 (18,75 %). Діагноз парасоріазу був підтверджений патогістологічно.

У 4 (25 %) хворих із дрібнобляшковим парасоріазом (small-plaque parapsoriasis — SPP) патологічний процес мав поширений характер із локалізацією на шкірі кінцівок, передньобокових поверхнях тулуба, в епігастральній ділянці. Висип був розташований симетрично, представлений жовтуватим-рожевими та/або яскраво-рожевими плямами та бляшками округлої, подовжено-овальної та смугоподібної (у вигляді пальців) із загостреними кінцями формою, діаметром приблизно 1–2 см (округлі плями), 5–7 × 2–3 см (подовжено-овальні, смугоподібні).

У 4 (25 %) хворих із великобляшковим парасоріазом (large-plaque parapsoriasis — LPP) висип у вигляді інфільтрованих бляшок яскраво-рожевого та рожевого з жовтуватим відтінком забарвлення діаметром від 3–4 до 10 см локалізувався на шкірі живота, бокових поверхнях тулуба, верхніх кінцівок, стегнах. Бляшки мали нечіткі межі, неправильні обриси, спостерігалось незначне дрібнопластинчасте лущення на поверх-



Рис. 5. Хвора Н., 21 рік. Діагноз: параспоріаз ліхеноїдний



Рис. 6. Хворий Н., 35 років. Діагноз: параспоріаз Мухи—Габермана

ні елементів, в окремих вогнищах були явища атрофії та зморщування шкіри на кшталт цигаркового паперу.

Тенденції до периферичного росту та злиття елементів висипу у хворих як із велико-, так і з дрібнобляшковим параспоріазом не спостерігали. Суб'єктивні відчуття у хворих із цима підтипами бляшкового параспоріазу були відсутні або проявлялися незначним свербіжем.

Параспоріаз ліхеноїдний хронічний (*pityriasis lichenoides chronica* (PLC), Юліусберга) у 5 (31,25 %) пацієнтів характеризувався наявністю на шкірі грудей, живота, спини, проксимальних відділів кінцівок, зокрема внутрішньої поверхні плечей, плоских рожевих та червоних, дещо ущільнених, не схильних до злиття папул. Після зішкрябування на їхніх поверхнях спостерігали висівкоподібне лущення (симптом прихованого лущення), у разі більш інтенсивного зішкрябування — точкові крововиливи (симптом пурпури). На поверхні деяких папул були розташовані схожі на слюду лусочки, окремі з яких були прикріплені до папули лише по центру (симптом колоїдної плівки). Також спостерігали симптом

облатки, коли лусочка з поверхні папули знімалася цілком (рис. 5). Захворювання характеризувалось хронічно-рецидивним перебігом із чередуванням періодів загострень та ремісій. Суб'єктивні відчуття у хворих були відсутні або проявлялися нерізким свербіжем.

Параспоріаз ліхеноїдний та віспоподібний гострий (*pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA), Мухи—Габермана), який був діагностований у 3 (18,75 %) хворих, характеризувався гострим початком із характерними продромальними явищами (підвищення температури тіла, загальна слабкість, збільшення периферичних лімфатичних вузлів), поліморфізмом висипу, поширеністю (ураження шкіри тулуба та кінцівок, обличчя, кистей), швидкою генералізацією процесу на значні ділянки шкірного покриву; у двох хворих висип був на волосистій частині голови. Висип носив поліморфний характер та був представлений папулами, зокрема з геморагічною скоринкою в центрі, пустулами, варіоліформними елементами (везикули з пупкоподібним вдавленням у центрі), геморагічними плямами, буро-чорними некротичними скоринками,

рубчиками. Поява нових елементів висипу зазвичай супроводжувалась печінням та болем.

Усім хворим призначили вузькополосну фототерапію з довжиною хвилі 311 нм. Опромінення осередків ураження проводили 2–3 рази на тиждень починаючи з дози 0,1–0,2 Дж/см². Під час кожного наступного сеансу дозу опромінення збільшували на 10 % до появи незначної еритеми за умови відсутності суб'єктивних відчуттів (транзиторна еритема забезпечує оптимальні результати лікування). Дозу опромінення пацієнту не збільшували, якщо зберігалась еритема, проте після її зникнення дозу знову збільшували на 10 %.

Для зменшення сухості шкіри хворим під час лікування рекомендували використовувати емолієнти з метою пом'якшення та зволоження шкіри.

На тлі призначеної фототерапії вже після 5–6-го сеансу УФ-опромінення у хворих спостерігали позитивну клінічну динаміку, що проявлялась відсутністю нових висипань та регресом існуючих, зокрема зменшенням яскравості забарвлення, інфільтрації та лущення. Після 8–10-го сеансу фототерапії відзначали подальший регрес висипань з тенденцією до зменшення площі ураження від 30 до 50 % у хворих із дрібно- та великобляшковим парасоріазом. Після закінчення курсу терапії з 16 сеансів УФ-терапії у всіх пацієнтів відмічено подальше поліпшення стану. У 2 (12,5 %) обстежених із великобляшковим парасоріазом висипання у вигляді бляшок зберігалися на тулубі та нижніх кінцівках, тому їм було рекомендовано продовжити амбулаторно

сеанси фототерапії до 25 процедур за тією самою методикою, що сприяло повному регресу висипу.

У хворих із парасоріазом Мухи–Габермана елементи висипу регресували, скоринки відторглися, виразки перебували у стадії рубцювання із формуванням рубців (рис. 6).

Переносність вузькосмугової фототерапії у всіх хворих була задовільною. У 3 (18,75 %) осіб через кілька годин після процедури виникла незначна еритема, яка зникла після застосування емолієнтів та не вимагала переривання лікування. Всі пацієнти перенесли лікування без ускладнень, побічних реакцій та небажаних ефектів не зареєстровано.

Після закінчення курсу лікування клінічне одужання спостерігали у 12 (75 %) хворих, значне поліпшення (зменшення кількості елементів висипу або площі ураження на 50–90 %, зникнення негативних суб'єктивних відчуттів) – у 4 (25 %).

Під час подальшого спостереження протягом 1 року лише в одного хворого із великобляшковим парасоріазом зареєстровано рецидив захворювання, який було купіровано завдяки призначенню повторного курсу вузькосмугової фототерапії.

Висновки

Вузькосмугова фототерапія з довжиною хвилі 311 нм є ефективним та безпечним методом лікування хворих на парасоріаз, застосування якого можливо як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

Список літератури

1. Степаненко ВІ, Шупенько ММ, Недобой ПМ та ін. Дерматологія, венерологія: підручник. К.: КІМ; 2012. 846 с.
2. Aydogan K, Saricaoglu H, Turan H. Narrowband UVB (311 nm, TL01) phototherapy for pityriasis lichenoides. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008;24(3):128-133. doi: 10.1111/j.1600-0781.2008.00350.x.
3. Aydogan K, Yazici S, Balaban Adim S, Tilki Gunay I, Budak F, Saricaoglu H, et al. Efficacy of low-dose ultraviolet a-1 phototherapy for parapsoriasis/early-stage mycosis fungoides. *Photochem Photobiol*. 2014;90(4):873-877. doi: 10.1111/php.12253.
4. 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. doi: 10.1111/jdv.15813.
5. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(4):557-572. doi: 10.1016/j.jaad.2005.07.058.
6. Clarey DD, Lauer SR, Trowbridge RM. Clinical, dermatoscopic, and histological findings in a diagnosis of pityriasis lichenoides. *Cureus*. 2020;12(6):e8725. doi: 10.7759/cureus.8725.
7. Duarte IA, Korkeas KL, Amorim VA, Kobata C, Buense R, Lazzarini R. An evaluation of the treatment of parapsoriasis with phototherapy. *An Bras Dermatol*. 2013;88(2):306-308. doi: 10.1590/S0365-05962013000200028.
8. Englert K, Klosowicz A, Pelc P, Pastuszczak M, Wojas-Pelc A. The impact of therapeutic modalities on patients with atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo treated with phototherapy in the Jagiellonian University Outpatient Clinic. *Pol Merkur Lekarski*. 2019;46(273):125-129.
9. Farnaghi F, Seirafi H, Ehsani AH, Agdari ME, Noormohammadpour P. Comparison of the therapeutic effects of narrow band UVB vs. PUVA in patients with pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(8):913-916. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03879.x.
10. Fernandes NE, Rozdeba PJ, Schwartz RA, Kihiczak G, Lambert WC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol*. 2010;49(3):257-261. doi: 10.1111/j.1365-4632.2008.03915.x.
11. Fernandez-Guarino M, Aboin-Gonzalez S, Ciudad Blanco C, Velazquez Tarjuelo D, Lazaro Ochayta P. Treatment of adult diffuse pityriasis lichenoides chronica with narrowband ultraviolet B: experience and literature review. *Clin Exp Dermatol*. 2017;42(3):303-305. doi: 10.1111/ced.13035.
12. Goldberg I. [Parapsoriasis – to be or not be (mycosis fungoides)]. *Harefuah*. 2012;151(10):581-584, 604. Hebrew.
13. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 8th ed. McGraw-Hill Education; 2012:3076.
14. Jang MS, Kang DY, Park JB, Kim JH, Park KA, Rim H, et al. Pityriasis lichenoides-like mycosis fungoides: clinical and histologic features and response to phototherapy. *Ann Dermatol*. 2016;28(5):540-547. doi: 10.5021/ad.2016.28.5.540.

15. Kanwar AJ, Dogra S. Narrow-band UVB for the treatment of generalized vitiligo in children. *Clin Exp Dermatol*. 2005;30(4):332-336. doi: 10.1111/j.1365-2230.2005.01837.x.
16. Miyagaki T. Diagnosis of early mycosis fungoides. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(9):1721. doi: 10.3390/diagnostics11091721.
17. Myers E, Kheradmand S, Miller R. An update on narrowband ultraviolet B therapy for the treatment of skin diseases. *Cureus*. 2021;13(11):e19182. doi: 10.7759/cureus.19182.
18. Reich A, Medrek K. Effects of narrow band UVB (311 nm) irradiation on epidermal cells. *Int J Mol Sci*. 2013;14(4):8456-8466. doi: 10.3390/ijms14048456.
19. Sibbald C, Pope E. Systematic review of cases of cutaneous T-cell lymphoma transformation in pityriasis lichenoides and small plaque parapsoriasis. *Br J Dermatol*. 2016;175(4):807-809. doi: 10.1111/bjd.14605.
20. Teklehaimanot F, Gade A, Rubenstein R. Pityriasis Lichenoides Et Varioliformis Acuta (PLEVA). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
21. Xavier JCC Jr, Ocanha-Xavier JP, Marques MEA. Shall we exclude parapsoriasis from the medical vocabulary? *J Cutan Pathol*. 2021;48(7):833-836. doi: 10.1111/cup.13990.
22. 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;94(5):603-604. doi: 10.2340/00015555-1791.
23. Yones SS, Palmer RA, Garibaldinos TT, Hawk JL. Randomized double-blind trial of the treatment of chronic plaque psoriasis: efficacy of psoralen-UV-A therapy vs narrowband UV-B therapy. *Arch Dermatol*. 2006;142(7):836-842. doi: 10.1001/archderm.142.7.836.

T.O. Lytynska, S.M. Razdaibiedin, S.V. Ivanov

Bogomolets National Medical University, Kyiv

The use of narrow-band phototherapy with a wavelength of 311 nm in the treatment of patients with parapsoriasis

Parapsoriasis is a heterogeneous group of chronic skin diseases, the clinical manifestations of which are inflammatory spots and/or papules and plaques covered with small lamellar scales. The relevance and medical and social importance of parapsoriasis is due not only to the permanent increase in the number of patients with this pathology, but also to the variety of clinical manifestations of the disease, the increase in severe aggressive course, errors in diagnosis and the lack of effective treatment methods.

Objective – to study the effectiveness and safety of narrow-band phototherapy with a wavelength of 311 nm in the treatment of patients with parapsoriasis.

Materials and methods. 16 patients with parapsoriasis were examined and treated, among whom large plaque was diagnosed in 4 (25 %), small plaque in 4 (25 %), lichenoid chronic in 5 (31.25 %), lichenoid and pustular acute parapsoriasis in 3 (18.75 %) patients. The age of the patients ranged from 19 to 53 years, there were 5 women (31.25 %), 11 men (68.75 %), the duration of the disease was from 6 months to 5 years. The treatment involved the appointment of patients with narrow-band phototherapy with a wavelength of 311 nm using the Dermalight 3000 phototherapy device (Dr. K. Hönle Medizintechnik GmbH, Germany).

Results and discussion. The therapeutic effectiveness of the treatment was evaluated by the dynamics and degree of elimination of objective clinical manifestations and subjective signs of the disease, as well as by the long-term results of the treatment and the stability of remission. At the end of the course of treatment, clinical recovery was observed in 12 (75 %) patients, significant improvement in – 4 (25 %) patients. All patients underwent treatment without complications, side reactions and unwanted effects were not registered.

Conclusions. Narrowband phototherapy with a wavelength of 311 nm is an effective and safe method of treating patients with parapsoriasis. Its use is possible both in inpatient and outpatient settings.

Keywords: parapsoriasis, narrow-band phototherapy, wavelength 311 nm, NB (311 nm) UVB-therapy, effectiveness, safety, treatment.

Дані про авторів:

Литинська Тетяна Олександрівна, д. мед. н., проф. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, Олександрівська клінічна лікарня, корп. 2

E-mail: t.litinska@gmail.com

Раздайбедін Сергій Миколайович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

E-mail: doctor.rsn@gmail.com

Іванов Сергій Володимирович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології

E-mail: ivas5828@gmail.com