

**РОЛЬ РАННЕЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ПОЗДНИХ ГЛАЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Белоусова Н. Ю. ORCID ID 0000-0001-6370-6017, Полтанова Т. И.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Приволжский государственный медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород,  
Российская Федерация, e-mail: Susan29@yandex.ru*

**Цель исследования:** описание клинического наблюдения глазных осложнений синдрома Лайелла и обсуждение роли ранней местной иммуносупрессивной терапии в профилактике позднего рубцевания глазной поверхности. Проведено клиническое наблюдение и лечение пациентки, у которой на фоне лечения коронавирусной пневмонии цефтриаксоном развился синдром Лайелла тяжелого течения, осложненный острым блефароконъюнктивитом обоих глаз, заворотом нижнего века правого глаза. Офтальмологическая помощь в данный период включала назначение стероидных препаратов, противоаллергических средств, антисептиков и слезозаменителей. 1 месяц спустя пациентке проведено стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию с максимальной коррекцией, биомикроофтальмоскопию, оценку состояния глазной поверхности с помощью витальных красителей, тонометрию. На основании проведенного обследования диагностирован хронический блефароконъюнктивит, трихиаз, дисфункция мейбомиевых желез 3 степени, синдром сухого глаза 2 степени, сложный миопический астигматизм, миопия высокой степени обоих глаз, заворот нижнего века правого глаза. В связи с наличием выраженного воспаления глазной поверхности и сухого кератоконъюнктивита к лечению добавлен топический циклоспорин 0,05% в сочетании с кортикостероидной, репаративной и слезозаместительной терапией. В течение 1,5 лет наблюдения и лечения данной пациентки удалось компенсировать симптомы сухого кератоконъюнктивита и восстановить корригированную остроту зрения левого глаза до максимальных значений. Однако отмечено развитие симблефарона и формирования васкуляризированного помутнения роговой оболочки правого глаза, несмотря на проводимое лечение. Раннее использование топической иммуносупрессивной терапии в комбинации с противовоспалительными, репаративными лекарственными препаратами и слезозаменителями по поводу острых глазных осложнений синдрома Лайелла помогает уменьшить степень поражения глазной поверхности в хроническую стадию. Тяжесть офтальмологических нарушений остро периода может служить индикатором поздних рубцовых осложнений.

**Ключевые слова:** синдром Лайелла, токсический эпидермальный некролиз, блефароконъюнктивит, симблефарон, трихиаз, циклоспорин, васкуляризированное помутнение роговицы.

**THE ROLE OF EARLY IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN PROPHYLAXIS OF  
LATE OCULAR COMPLICATIONS OF LYELL'S SYNDROME  
(CLINICAL OBSERVATION)**

**Belousova N. Yu. ORCID ID 0000-0001-6370-6017, Poltanova T. I.**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Privolzhsky State Medical University of the  
Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: Susan29@yandex.ru*

**The purpose of the work:** clinical observation of Lyell's syndrome ocular complications with an assessment of the role of early immunosuppressive therapy in prophylaxis of ocular scarring. Clinical observation and treatment of the patient who had had severe Lyell's syndrome on the background of ceftriaxone therapy of coronavirus pneumonia were performed. It was complicated by acute bilateral blepharconjunctivitis, entropion of the lower eyelid of the right eye. Ophthalmologic medication included corticosteroids, antiallergic drugs, antiseptics, and artificial tears. A month later a standard ophthalmology examination was done including best-corrected visual acuity test, biomicroscopy with vital stains, biomicrophthalmoscopy, tonometry. Bilateral chronic blapharconjunctivitis, trichiasis, meibomian gland dysfunction, dry eye syndrome, compound myopic astigmatism, high degree myopia, and lower eyelid entropion of the right eye were revealed. Topical cyclosporin in combination with corticosteroids, corneal protectors and artificial tears were added to the treatment because of significant inflammation of the eye surface. During 18 months of the observation, we managed to compensate the symptoms of dry keratoconjunctivitis in the left eye and restore best-corrected visual acuity up to maximum values. However, symblepharon and vascularized corneal opacity were found in the right eye despite on ongoing therapy.

**Early immunosuppressive therapy in combination with corticosteroids, corneal protectors and artificial tears for acute ocular complications of Lyell's syndrome can help to reduce the degree of the eye surface damage in chronic stage. Severity of acute ophthalmological disturbances can serve as an indicator of late ocular scarring.**

Keywords: Lyell's syndrome, toxic epidermal necrolysis, blepharconjunctivitis, dry eye syndrome, cyclosporin, vascularized corneal opacity.

## **Введение**

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз (ТЭН)) является тяжелой формой эпидермолитических лекарственных реакций организма и характеризуется тотальным эритематозно-буллезным поражением кожи и слизистых, захватывающим более 30% поверхности тела [1-3].

Несмотря на низкий показатель частоты встречаемости, при данной патологии регистрируется высокий процент летальности – до 95% при молниеносной форме и до 60% при острой за счет развития полиорганной недостаточности и сепсиса [4; 5]. Этиопатогенез ТЭН заключается в наследственной предрасположенности к развитию иммунологически опосредованной реакции гиперчувствительности к лекарственным препаратам на фоне бактериальной сенсibilизации [6]. При этом происходит резкая активизация апоптоза с гибелью кератиноцитов кожи и эпителиальных клеток слизистых оболочек, формированием пузырей с последующим нарушением их целостности и образованием в дальнейшем эрозированных некротических мокнущих поверхностей [1; 7].

Поражение органа зрения при синдроме Лайелла встречается в 50-98% случаев, проходя острую и хроническую стадии, причем процент тяжелых осложнений достигает 50 [2; 8; 9]. Клиническими проявлениями острого периода являются слизисто-гнойный мембранозный блефароконъюнктивит, эрозивно-язвенное поражение роговицы, увеиты, что в дальнейшем может привести к развитию таких осложнений отдаленного периода, как хронический псевдомембранозный блефароконъюнктивит, энтропион, трихиаз, симблефарон, анкилоблефарон, синдром сухого глаза, конъюнктивализация роговицы, лимбальная недостаточность с формированием васкуляризированного помутнения роговой оболочки [1; 9; 10].

В связи с тем, что терапия острого периода ТЭН направлена прежде всего на спасение жизни пациента, находящегося в реанимационном отделении, лечение глазных проявлений на данном этапе заболевания обычно включает применение топических противоаллергических препаратов, антисептиков, средств для репарации на фоне мощной системной кортикостероидной и десенсибилизирующей терапии [11]. При длительном пребывании таких пациентов в реанимации офтальмологическая помощь часто бывает несвоевременной и неадекватной, что значительно повышает риск хронических осложнений, с которыми и приходится чаще всего сталкиваться врачу-офтальмологу при обращении таких пациентов за

помощью спустя месяцы после перенесенного токсического эпидермального некролиза [1; 2; 9].

**Цель исследования.** Описание клинического наблюдения глазных осложнений синдрома Лайелла и обсуждение роли ранней местной иммуносупрессивной терапии в профилактике позднего рубцевания глазной поверхности.

#### **Материал и методы исследования**

Пациентка К., 29 лет, в конце февраля 2024 г. обратилась к офтальмологу ОКП ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко» г. Нижнего Новгорода с жалобами на покраснение, отек век, слезотечение, чувство инородного тела в обоих глазах (больше в правом), снижение зрения. По данным амбулаторной карты, заболела остро 27.12.2023 г., когда появился кашель с фебрильной температурой, сильная боль в горле. Проходила амбулаторное лечение по месту жительства по поводу ОРВИ, 29.12.23 с помощью рентгенографии грудной клетки была диагностирована внебольничная левосторонняя сегментарная нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, ДН0, в связи с чем был назначен цефтриаксон в виде внутримышечных инъекций 1 г 2 раза в сутки 7 дней. 08.01.24 после двухдневной нормализации состояния появился отек горла, белый налет на слизистой ротовой полости, повторное повышение температуры, сильно зудящая сыпь на туловище с распространением на конечности. 12.01.24 в связи с появлением отека головы и верхней части туловища, спутанности сознания пациентка по СМП была доставлена в городскую больницу, где находилась в отделении анестезиологии и реанимации до 30.01.24 с диагнозом «синдром Лайелла, тяжелого течения, площадь поражения 66%, острая почечная недостаточность». Получала системно пульс-терапию метилпреднизолоном 1000 мг в сутки 3 дня, плазмаферез, антигистаминные, амикацин, местно: слезозаменители, гель для гигиены век, миристоиламино[пропил]аммония хлорид 0,01%, олопатадин 0,1%. Переведена для дальнейшего долечивания в инфекционную больницу из-за положительного анализа на COVID-19, где проходила лечение в течение 3 недель с диагнозом: «Коронавирусная инфекция (COVID-19), средней степени тяжести, осложненная внебольничной двусторонней полисегментарной вирусной пневмонией, КТ-1 (5%), ДН 0 ст. Синдром Лайелла тяжелого течения, осложненный сепсисом (посев крови от 31.01. – *Staphylococcus aureus*), эндогенной интоксикацией тяжелой степени, острым почечным повреждением, острым блефароконъюнктивитом обоих глаз, заворотом нижнего века правого глаза» (рис. 1).



*Рис. 1. Фото пациентки в реанимационном отделении (январь 2024 года):  
некроз кожных покровов на площади 66% поверхности тела.*

*Примечание: сделано авторами в ходе данного исследования*

Во время стационарного лечения в инфекционной больнице пациентка была консультирована офтальмологом, к местному лечению добавлен фторметолон 0,1%, тобрамицин 0,3% с дексаметазоном 0,1% 4 раза в сутки 14 дней, гидрокортизоновая мазь 1% 2 раза в сутки 10 дней.

При обращении пациентки в ОКП ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко» авторами проведено стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию с определением некорригированной и максимально корригированной остроты зрения (МКОЗ) с помощью проектора знаков и набора пробных очковых линз; авторефрактометрию (авторефрактометр Huvitz HRK-1, Южная Корея), биомикроскопию (БМС) переднего отрезка глаза с помощью щелевой лампы SL-P-00 (Россия) с применением витальных красителей (тест-полосок с флюоресцеином (Doctor Klaus, Беларусь), биомикроофтальмоскопию с асферическими высокодиоптрийными линзами (Volk Wide Field, +90дптр, США), тонометрию на бесконтактном пневмотонометре Huvitz HNT-7000 (Южная Корея).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При первичном осмотре пациентки получены следующие объективные данные:

острота зрения правого глаза (visus OD) = 0,05 с кор sph -7,0 Д cyl -1,25Д axis 170=0,5;

острота зрения левого глаза (visus OS) = 0,05 с кор sph -7,5 Д cyl -1,25Д axis 157=0,6.

БМС ОУТ: блефароспазм, отсутствие слезного мениска, отек, остаточная гиперемия, шелушение кожи век, резкое утолщение ресничного края век, ресницы редкие, растут в сторону глазного яблока (больше справа), край нижнего века правого глаза завернут в сторону

глазного яблока, выводные протоки мейбомиевых желез полностью закрыты, слизистая век гиперемирована с псевдомембранами, единичные эрозии у края века, мейбомиевы железы не визуализируются, глазное яблоко инъецировано, роговица прозрачная, множественные участки прокрашивания эпителия роговицы (рис. 2). Пневмотонометрия - 14/15 мм рт. ст.



*Рис. 2. Фото пациентки при первичном осмотре (конец февраля 2024 г.): остаточный отек, гиперемия, шелушение кожи век, утолщение краев век, выраженный блефароспазм.*

*Примечание: сделано авторами в ходе данного исследования*

На основании полученных данных был установлен клинический диагноз: «Последствие синдрома Лайелла (январь 2024 г.): хронический блефароконъюнктивит, трихиаз, дисфункция мейбомиевых желез 3 степени, синдром сухого глаза 2 степени, сложный миопический астигматизм, миопия высокой степени обоих глаз. Заворот нижнего века правого глаза». В связи с наличием выраженного воспаления глазной поверхности и сухого кератоконъюнктивита назначен циклоспорин 0,05% 2 раза в сутки, дексаметазон 0,1% 2 раза в сутки с переходом на 1 раз в сутки, гиалуронат натрия 0,16% с D-пантенолом 1% и хондроитин сульфатом натрия 0,05% 6 раз в сутки, офтальмологическое смазывающее средство с витамином А на ночь на 1 месяц, выполнена эпиляция неправильно растущих ресниц. Ответ на проводимую терапию оценивался в динамике путем оценки МКОЗ, состояния глазной поверхности методом биомикроскопии с использованием флюоресцеинового теста.

При осмотре пациентки через 2 месяца выявлено повышение МКОЗ правого глаза до 0,9, левого - до 0,6, роговица прозрачная без участков прокрашивания. В схеме лечения были отменены местные кортикостероидные препараты.

В августе 2024 года усилилось чувство инородного тела в обоих глазах, слезотечение, острота зрения правого глаза снизилась до 0,4, левого – оставалась стабильной. При осмотре – гиперемия слизистой век, выводные протоки мейбомиевых желез полностью закрыты, на

роговице правого глаза - множество участков эпителия, прокрашивающихся флюоресцеином, левого глаза - единичные. К лечению добавлены глазные капли с сульфатированными гликозаминогликанами 0,01% 5 раз в сутки, дексаметазон 0,01% в 6% растворе поливинилпирилоидона 3 раза в сутки 3 недели. На контрольных осмотрах пациентки 1 раз в 2-3 месяца с октября 2024 по май 2025 г. обнаружено, что МКОЗ правого глаза повысилась до 0,7, левого – до 1,0, данные авторефрактометрии оставались без существенных изменений. Состояние глазной поверхности обоих глаз оставалось без существенной динамики. Консервативное лечение проводилось в прежнем объеме – циклоsporин 0,05%, глазные капли с сульфатированными гликозаминогликанами 0,01%, гиалуронат натрия 0,16% с D-пантенолом 1% и хондроитин сульфатом натрия 0,05%, офтальмологическое смазывающее средство с витамином А на ночь постоянно, дексаметазон 0,01% в 6% растворе поливинилпирилоидона курсами.

Пациентка пришла на динамический осмотр в августе 2025 года с жалобами на снижение зрения правого глаза. При исследовании МКОЗ правого глаза выявлено ослабление рефракции в вертикальном меридиане с увеличением степени астигматизма: visus OD= 0,05 с кор sph -7,25Д cyl +4,25Д axis 167=0,6, visus OS=0,16 с кор sph-7,5Д cyl -1,25Д axis 157=1,0. БМС: отсутствие слезного мениска, края век утолщены, на правом глазу завернуты в сторону глазного яблока, ресницы редкие, растут в сторону глазного яблока (больше справа), выводные протоки мейбомиевых желез полностью закрыты, мейбомиевы железы не визуализируются, конъюнктив век и глазного яблока частично сращена в медиальной трети с укорочением сводов на правом глазу, гиперемирована, на правом глазу – в верхней половине глазного яблока множество участков эпителия, прокрашивающихся флюоресцеином, поверхностная васкуляризация по периферии преимущественно в нижних отделах (рис. 3), на левом глазу роговица содержит единичные зоны аномального эпителия. Тонометрия: 13/14 мм рт. ст. К лечению добавлен дексаметазон 0,02% с сульфатированными гликозаминогликанами 0,01% на 2 месяца и комбинированный слезозаменитель с более высокой концентрацией активных веществ (гиалуронат натрия 0,18% с D-пантенолом 5% и хондроитин сульфатом натрия 0,07%).



*Рис. 3. Фото пациентки в августе 2025 года. Симблефарон правого глаза с укорочением нижнего конъюнктивального свода.*

*Примечание: сделано авторами в ходе данного исследования*

В ноябре 2025 года диагностировано дальнейшее усиление степени роговичного астигматизма на правом глазу ( $\text{visus OD}=0,06$  с кор  $\text{sph } -7,0\text{Д cyl } +5,5\text{Д axis } 168=0,5$ ). Пациентка консультирована в офтальмологическом центре федерального значения, где в ноябре 2025 г. выполнено оперативное рассечение симблефарона правого глаза с пластикой конъюнктивальных сводов аутослизистой губы.

В январе 2026 года острота зрения правого глаза снизилась до 0,07, что сопровождалось невозможностью выполнения авторефрактометрии и неэффективностью оптической коррекции, что было связано с формированием васкуляризированного помутнения роговой оболочки (рис. 4), при этом своды конъюнктивы были свободными с умеренной гиперемией слизистой век и глазного яблока. Показатели авторефрактометрии и визометрии с максимальной коррекцией на левом глазу оставались стабильными ( $\text{МКОЗ}=1,0$ ), роговица прозрачная без участков прокрашивания.



*Рис. 4. Фото пациентки в январе 2026 года.*

*Формирование васкуляризированного помутнения роговицы правого глаза.*

*Примечание: сделано авторами в ходе данного исследования*

Пациентка имела высокий уровень приверженности лекарственной терапии - 4 балла по шкале комплаентности Мориски - Грин (1986).

Таким образом, проведенное авторами клиническое наблюдение подтверждает литературные данные о том, что ТЭН чаще возникает у пациенток молодого возраста (наблюдаемая пациентка 1991 г. р.), а цефалоспориновые антибиотики, наряду с бактериальной сенсibilизацией, являются частым этиологическим фактором в развитии данного заболевания (синдром Лайелла в данном случае был вызван введением цефтриаксона с последующим развитием септицемии золотистым стафилококком) [1; 3; 10]. Ранняя иммуносупрессивная местная терапия, назначенная данной пациентке в кратчайшие сроки после выписки из инфекционного отделения, ассоциировалась с более благоприятным исходом на левом глазу, что проявлялось купированием симптомов тяжелого сухого кератоконъюнктивита и отсутствием рубцовых изменений глазной поверхности в отдаленном периоде. Развитие симблефарона и васкуляризированного помутнения роговой оболочки правого глаза подтверждает данные литературных источников по этой теме о том, что глазные осложнения данного синдрома могут в ряде случаев персистировать, несмотря на проводимую местную терапию, что в перспективе после стабилизации фиброваскулярного процесса потребует выполнения пересадки роговой оболочки на правом глазу с оптической целью [12; 13]. Это может быть объяснено тем, что чем тяжелее офтальмологические проявления острого периода при синдроме Лайелла (наличие тяжелого конъюнктивита с эрозиями глазной поверхности, псевдомембранами), тем чаще возникают осложнения в хроническую стадию [10; 14; 15], что мы и видим у данной пациентки на правом глазу, где изначально степень нарушений была больше по сравнению с левым глазом.

### **Заключение**

Так как в большинстве случаев синдром Лайелла приводит к серьезным глазным осложнениям, необходима своевременная и адекватная офтальмологическая помощь на ранних сроках, включающая назначение патогенетической топической комбинированной противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии наряду с репаративными лекарственными средствами и слезозаменителями. Тяжесть поражения глазной поверхности в острую стадию ТЭН может служить индикатором рубцовых осложнений отдаленного периода.

## Список литературы

1. Черныш В. Ф., Харитонов Н. Н., Куликов А. Н., Качерович П. А., Кольбин А. А. Современные возможности хирургического лечения при глазных осложнениях синдромов Стивенса -Джонсона и Лайелла // Клиническая офтальмология. 2023. № 23. Т. 2. С. 99-106. DOI: 10.32364/2311-7729-2023-23-2-99-106.
2. Армеев С. А., Сальникова В. Д. Клинические случаи офтальмологических проявлений синдрома Лайелла // Точка зрения. Восток-Запад. 2017. № 3. С. 119-121. URL: <https://eyeexpress.ru/article/klinicheskie-sluchai-oftal-mologicheskikh-proyavleniy-sindroma-layella>
3. Хохлова З. А., Гилёва Р. А., Коняхина И. Г., Тишкина А. П. Синдром Лайелла. Случай из практики // Архив внутренней медицины. 2018. № 8. Т. 3. С. 231-236. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-3-231-236.
4. Харченко Г. А., Кимирилова О. Г. Синдром Лайелла у детей – клиника, лечение // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. № 64 (1). С. 99–102. DOI: 10.21508/1027–4065–2019–64–1–99–102.
5. Алеманова Г. Д., Попова Л. Ю., Кириченко О. В., Погребнова Е. И. Клинический случай токсического эпидермального некролиза (синдром Лайелла) в практике педиатра // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2025. № 40 (2). С. 176–182. DOI: 10.29001/2073-8552-2025-40-2-176-182.
6. Killik P., Kostyál E., Tóth G., Szentmáry N., Nagy Z. Z., Maneschg O. A. [Ocular aspects of toxic epidermal necrolysis] // Orv Hetil. 2024. Vol. 165. Is. 31. P. 1206-1212. DOI: 10.1556/650.2024.33096.
7. Shanbhag S. S., Chodosh J., Fathy C., Goverman J., Mitchell C., Saeed H. N. Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome // Ther Adv Chronic Dis. 2020. Vol. 11. P. 2040622319894469. DOI: 10.1177/2040622319894469.
8. Ueta M. Pathogenesis of Stevens-Johnson/Toxic Epidermal Necrolysis With Severe Ocular Complications // Front Med (Lausanne). 2021. Vol. 8. P. 651247. DOI: 10.3389/fmed.2021.651247.
9. Аржиматова Г. Ш., Салихов Э. А., Шевченко Н. А., Ибраимов А. И., Слонимская А. С., Володко А. Ф. Проведение повторной сквозной кератопластики у пациентки с синдромом Лайелла (клинический случай) // Научный аспект. 2024.. Т. 21. № 7. С. 2570-2584. EDN: GOVNQC.
10. Ueta M., Inoue C., Nakata M., Sotozono C., Kim M. K., Wakamatsu T., Jongkhajornpong P., Saeed H., Rauz S., Ma D. H., Yoon K. C., Puangsricharern V., Bouchard C., Ahmad S., Seo K. Y., Joo C., Gomes J. A. P., Chodosh J., Kinoshita S., Teramukai S. Severe ocular complications of SJS/TEN and associations among pre-onset, acute, and chronic factors: a report

from the international ophthalmology collaborative group // *Front Med (Lausanne)*. 2023. Vol. 10. P. 1189140. DOI: 10.3389/fmed.2023.1189140.

11. Thorel D., Ingen-Housz-Oro S., Benaïm D., Daien V., Gabison E., Saunier V., Béral L., Touboul D., Brémond-Gignac D., Robert M., Vasseur R., Royer G., Dereure O., Milpied B., Bernier C., Welfringer-Morin A., Bodemer C., Cordel N., Tauber M., Burillon C., Servant M., Couret C., Vabres B., Tétart F., Cassagne M., Kuoch M., Muraine M., Delcampe A., Gueudry J. Ocular sequelae of epidermal necrolysis: French national audit of practices, literature review and proposed management // *Orphanet J. Rare Dis*. 2023. Vol. 18. Is. 1. P. 51. DOI: 10.1186/s13023-023-02616-6.

12. Chang V. S., Chodosh J., Papaliadis G. N. Chronic Ocular Complications of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: The Role of Systemic Immunomodulatory Therapy // *Semin Ophthalmol*. 2016. Vol. 31. Is. 1-2. P. 178-87. DOI: 10.3109/08820538.2015.1114841.

13. Kim M. K., Yoon K. C., Yoon S. H., Seo K. Y. Clinical Aspects of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis With Severe Ocular Complications in South Korea // *Front Med (Lausanne)*. 2021. Vol. 8. P. 640360. DOI: 10.3389/fmed.2021.640360.

14. Gueudry J., Roujeau J., Binaghi M., Soubrane G., Muraine M. Risk factors for the development of ocular complications of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis // *Arch Dermatol*. 2009. Vol. 145. Is. 2. P. 157-62. DOI: 10.1001/archdermatol.2009.540.

15. Ma D. H., Tsai T., Pan L., Chen S., Hsiao C., Yeh L., Tan H., Lu C., Chen C., Chung W. Clinical Aspects of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis With Severe Ocular Complications in Taiwan // *Front Med (Lausanne)*. 2021. Vol. 8. P.661891. DOI: 10.3389/fmed.2021.661891.

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

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Финансирование:** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования.

**Financing:** The research was performed without external funding.