

**Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И  
КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»**

**ТАШКЕНТ 2025**



**“УТВЕРЖДАЮ”**  
**И.о. директора ГУ**  
**“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз**  
**Сабилов У.Ю.**

**«27» марта 2025 год**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»**

**ТАШКЕНТ 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»**

**Ташкент 2025**

**Вводная часть**  
**Коды по МКБ-10/11:**

L51	Многоформная экссудативная эритема	ЕВ12	Эритема многоформная
L51.0	Небуллезная эритема многоформная	ЕВ12.0	Многоформная экссудативная эритема с поражением кожи
L51.1	Буллезная эритема многоформная (Синдром Стивенса-Джонсона)	ЕВ12.1	Многоформная экссудативная эритема с поражением кожи и слизистых оболочек
L51.2	Токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла)	ЕВ12.Y	Другая уточнённая многоформная эритема
L51.8	Другая эритема многоформная	ЕВ13	Синдром Стивенса-Джонсона или токсический эпидермальный некролиз
L51.9	Эритема многоформная неуточненная	ЕВ13.0	Синдром Стивенса-Джонсона
		ЕВ13.1	Токсический эпидермальный некролиз или синдром Лайелла
		ЕВ13.2	Сочетанный синдром Стивенса-Джонсона и токсического эпидермального некролиза
		ЕН63	Синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз вследствие лекарственного воздействия
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>		<a href="https://icd11.ru/">https://icd11.ru/</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:**  
**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии**

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Алимова С.М.	Врач дерматовенеролог, дерматокосметолог	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Акромов А.Р.	Сотрудник научной лаборатории по изучению проблем микозов	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Боходирова А.А.	Учёный секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

**Рецензенты:**

1. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии с курсом иммунологии АО «Медицинский Университет Астана», президент объединения «Казахстанская Ассоциация дерматовенерологов и дерматокосметологов»

2. Иноятлов Дилшод Анварович – PhD, дерматовенеролог консультативной поликлиники РСНПМЦДВиК

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятлов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Дата и номер выписки из протокола обсуждения:** Выписка из протокола № 3 от 27.03.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

## Список сокращений

МЭЭ	Многоформная экссудативная эритема
МКБ	Международная классификация болезней
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный анализ
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РМП	Реакция микропреципитации
RPR	Rapid Plasma Reagin
КСР	Комплексная серологическая реакция
РИФ	Реакция ИммуноФлуоресценции
РИБТ	Реакция Иммобилизации Бледных Трепонем
РПГА	Реакция Пассивной Гемагглютинации
ИХА	ИммуноХроматографический Анализ
IgG IgM	Иммуноглобулины G и M
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДНК	Дезоксирибо нуклеиновая кислота
НЛОК	Надвенное лазерное облучение крови
КОЕ	Колониеобразующая единица

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА» .....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА».....	22
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА».....	29

## Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения многоформной экссудативной эритемы в практику здравоохранения повсеместно.

**Категория пациентов в данной нозологии:** обследованию подлежат пациенты, подозреваемые на многоформную экссудативную эритему и лица с подтверждённым диагнозом.

### **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины. Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### **Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### **Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Основная часть

### Введение

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — это острое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся появлением разнообразных высыпаний, включая пятна, папулы, везикулы и буллы. Точная причина МЭЭ до конца не установлена, но известно, что заболевание может быть спровоцировано инфекциями (например, вирусом простого герпеса) или приёмом некоторых лекарственных препаратов [1, 2, 4].

### Определение

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – острая иммуноопосредованная воспалительная реакция кожи и, в ряде случаев, слизистых оболочек на различные стимулы, характеризующаяся мишеневидными очагами поражения с периферической локализацией, склонная к рецидивированию и саморазрешению [5].

### Этиология и патогенез заболевания

На сегодняшний день причины и механизмы развития многоформной эритемы окончательно не изучены. В большинстве случаев развитие многоформной эритемы связано с герпетической инфекцией; также возможна манифестация заболевания под влиянием вирусов гепатитов В и С, Эпштейна-Барра, аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, бактериальных и грибковых инфекционных агентов. ДНК вируса простого герпеса обнаруживают в коже в области высыпаний у 60–90% больных. Причинами заболевания могут являться: прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, пенициллины, барбитураты, аллопуринол, фенилбутазон), системные заболевания (саркоидоз, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, лимфома, лейкоз). Воспалительный процесс при многоформной эритеме обусловлен сенсibilизированными Т-хелперами (CD4+ Т-лимфоцитами) [3, 6].

### Эпидемиология

Многоформная эритема наблюдается у пациентов всех возрастов, но чаще – у подростков и молодых людей. Среди больных преобладают мужчины (соотношение мужчин и женщин составляет 3:2). Примерно в 30% случаев заболевание рецидивирует. В детском возрасте встречается нечасто (20% случаев) [7].

## Классификация

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

### По причине возникновения:

Инфекционная форма – возникает в ответ на инфекционные агенты, чаще всего на вирус герпеса. Может развиваться на фоне микоплазменной инфекции, стрептококка и других бактериальных инфекций.

Токсико-аллергическая форма – возникает как реакция на приём лекарственных препаратов (антибиотики, НПВС, сульфаниламиды и др.). Может быть связана с воздействием химических веществ или продуктов питания.

### По характеру течения:

Острая форма – развивается внезапно и длится 2–4 недели. После выздоровления следов на коже обычно не остаётся.

Рецидивирующая форма – характеризуется периодическими обострениями, часто связанными с инфекцией герпеса. Высыпания возникают в тех же местах.

### По клиническому проявлению:

Легкую (малую) форму, при которой отсутствует поражение слизистых оболочек, общее состояние больного не нарушено;

Тяжелую (большую) форму, характеризующуюся распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, общим недомоганием.

### В зависимости от преобладания первичных морфологических элементов на коже:

Пятнистая;

Папулезная;

Пятнисто-папулезная;

Везикулезная;

Буллезная;

Везикуло-буллезная [8, 10].

## Клиническая картина заболевания

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Многоформная эритема характеризуется острым началом. Заболевание часто начинается с продромальных явлений (повышение температуры тела, недомогание, боли в мышцах и суставах, боль в горле).

После продромального периода толчкообразно (в течение 10–15 суток и более) появляются полиморфные высыпания на коже – эритемы, папулы, везикулы.

Для многоморфной эритемы характерно наличие мишеневидных очагов менее 3 см в диаметре с четко очерченными краями, в структуре которых выделяют три различные зоны: центральный диск темной

эритемы или пурпуры, который может стать некротическим или трансформироваться в плотную везикулу; кольцо пальпируемого бледного отечного участка; наружное кольцо эритемы. Встречаются и атипичные очаги поражения [12, 13].

Первичными морфологическими элементами при многоформной эритемы являются гиперемические пятна (эритемы), папулы и пузыри. Папулы округлой формы с четкими границами, величиной от 0,3 до 1,5 см, красно-синюшного цвета, плоские, плотные при пальпации, склонные к центробежному росту с западением центральной части. По периферии папул образуется отечный валик, а центр элемента, постепенно западая, приобретает цианотичный оттенок (симптом «мишени», или «радужной оболочки», или «бычьего глаза») [3]. Субъективно высыпания сопровождаются зудом. Пузыри округлой формы, небольшие, плоские, имеют толстую покрывку, наполнены опалесцирующей жидкостью, расположены, как правило, в центре папул. Патологические элементы склонны к слиянию с образованием гирлянд и дуг.

Вторичными морфологическими элементами при многоформной эритеме являются эрозии, корки, чешуйки, гиперпигментные пятна, не имеющие клинических особенностей.

На слизистых оболочках могут образовываться пузыри, которые вскрываются с образованием болезненных эрозий.

Высыпания обычно появляются внезапно, располагаются чаще по периферии, симметрично на коже тыльной поверхности стоп и кистей, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, красной кайме губ с образованием корочек, слизистой оболочке полости рта. Поражение глаз и гениталий наблюдается реже.

Разрешение высыпаний продолжается в течение 2–3 недель, не оставляя рубцов. Пигментные пятна, появляющиеся на месте бывших папул, отличаются желтовато-коричневой окраской [9].

### **Жалобы:**

Общая слабость, головная боль, недомогание, повышение температуры, боли в мышцах и суставах.

Боли в горле и в полости рта.

### **Анамнез:**

- При инфекционно-аллергической форме имеются очаги хронической инфекции в организме, указания на сезонность рецидивов.
- При токсико-аллергической форме имеются обязательные указания на прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, антибиотики). Течение заболевания рецидивирующее, провоцирующие факторы – переохлаждение, острые респираторные заболевания, обострение хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, погрешности питания.

### **Физикальное обследование:**

При визуальном осмотре на коже ладоней, предплечий, голеней, стоп определяются «кокарды» - сложный элемент, состоящий из синюшно-багрового пятна, пузырька или папулы, корки в центре.

На красной кайме губ определяются геморрагические корки. На слизистой оболочке полости рта на фоне эритемы определяются резко болезненные эрозии, язвы, афты, субэпителиальные пузыри и

волдыри. При истинном полиморфизме отмечается ложный мономорфизм (эрозирование всех элементов поражения). Симптом Никольского отрицательный. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

### Диагностические симптомы при многоформной экссудативной эритеме.

По периферии папул образуется отечный валик, а центр элемента, постепенно западая, приобретает цианотичный оттенок (симптом «мишени», или «радужной оболочки», или «бычьего глаза») [3].

### Методы, подходы и процедуры диагностики

Диагноз многоформной экссудативной эритемы устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями.

### Лабораторные исследования

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

<https://diseases.medelement.com/disease/многоформная-экссудативная-эритема/14952>

<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Общий анализ крови</li><li>• Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР</li><li>• ИФА на общий IgE</li></ul>
<b>С 5</b>	Прямая РИФ для дифференциальной диагностики с аутоиммунными дерматозами (вульгарной пузырчаткой, паранеопластической пузырчаткой, IgA-пузырчаткой, буллезным пемфигоидом)
<b>С 5</b>	При рецидивирующем течении определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus), Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus), простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2), ДНК вируса герпеса 6 типа (HHV6) методом ПЦР с целью установления этиологического фактора. Материал – содержимое пузыря, слюна, соскоб со слизистой оболочки полости рта. Заболевание часто ассоциировано с вирусами Эпштейн-Барр, цитомегаловирус, герпес 1, 2, 6 типов
<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM</li><li>• Общий анализ мочи</li><li>• Общий анализ кала</li><li>• Биохимические исследования крови</li><li>• Иммунологические исследования</li><li>• Иммуногистохимическое исследование</li><li>• Гистологические исследования</li><li>• Цитологическое исследование из очагов поражения на наличие клеток Тцанка и эозинофилов</li><li>• Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА</li><li>• Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика</li><li>• Микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибиотикам</li></ul>

- Микологическое исследование
- Исследование крови и биосубстратов на инфекции (ИФА, ПЦР)
- Молекулярно-генетические исследования
- Аллерготесты

#### Инструментальные исследования:

- |        |                              |
|--------|------------------------------|
| С<br>5 | • Диагностика состояния кожи |
|        | • УЗИ внутренних органов     |

#### Показания для консультации специалистов

- |        |  |
|--------|--|
| С<br>5 | • Консультация офтальмолога (при поражении слизистых оболочек глаза)                       |
|        | • Консультация оториноларинголога (при поражении слизистых оболочек полости рта и носа)    |
|        | • Консультация стоматолога (при поражении слизистой полости рта) с целью коррекции терапии |
|        | • Консультация терапевта/педиатра (при наличии сопутствующих заболеваний)                  |
|        | • Консультация аллерголога   |

#### Дифференциальный диагноз:

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

Дифференциальную диагностику МЭЭ необходимо проводить с узловатой эритемой, кольцевидной эритемой Дарье, токсидермиями, вторичным сифилисом, синдромом Свита, пузырьными дерматозами, системной красной волчанкой, герпетическим стоматитом, болезнью Кавасаки, уртикарным васкулитом, эрозивной формой красного плоского лишая [11].

**Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

**Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях:** Лечение направлено на клиническое выздоровление, уменьшение тяжести симптомов [9, 11].

#### Немедикаментозное лечение:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

#### Физиотерапевтические процедуры:

Пациентам с многоформной эритемой рекомендуется комбинирование физиотерапевтических процедур с целью повышения эффективности лечения:

- |        |   |
|--------|---|
| С<br>5 | Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (UVB- 311)         |
|        | Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения<br>Инфракрасный лазер |

	Низкоуровневая светотерапия LLLT Поляризованный полихроматический луч
--	--

**Дополнительные методы лечения:**

С 5	Плазмаферез Озонотерапия НИЛИ
--------	-------------------------------------

**Медикаментозное лечение.**

**Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

**Таблица-1**

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Цетиризин	таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Мебгидролин	Внутрь (после еды). Взрослым и детям старше 10 лет — по 50–200 мг 1–2 раза в сутки; максимальные дозы: разовая — 300 мг, суточная — 600 мг; детям от 5 до 10 лет — 100–200 мг/сут, от 2 до 5 лет — 50–150 мг/сут, до 2 лет — по 50–100 мг/сут.	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Кетотифен	Внутрь, во время еды, взрослым - по 1 мг 2 раза/сут утром и	А

	вечером. При необходимости дозу увеличивают до 2 мг 2 раза/сут.  Детям от 3 лет и старше - 1 мг 2 раза/сут.	<a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	A <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	A <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Преднизолон	внутрь, в/в 0,5 – 1,5 мг/кг/день по схеме на длительный срок	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Метилпреднизолон	внутрь, в/в, наружно 0,5-1,5 мг/кг/день по схеме на длительный срок	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Дексаметазон	внутрь, в/м, в/в 0,075- 0,225 мг/кг/день по схеме на длительный срок	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Бетаметазон	в/м 0,075-0,225 мг/кг/день по схеме на длительный срок	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Меглюмина натрия сукцинат	В/в капельно, со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин) до 400 мл/сут. Курс лечения - 7-11 дней.	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>
Тиосульфат натрия	В/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно, через день или через 2 дня. Детям — внутривенно медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Калия хлорид	40 мг/мл. Вводят внутривенно струйно или капельно. 50 мл 40 мг/мл раствора калия хлорида разводят водой для инъекций в 10 раз (до 500 мл) для получения изотонического раствора и вводят внутривенно, капельно (20-30 капель в минуту).	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

Калия аспарагинат + Магния аспарагинат	Таблетки. Внутрь, препарат следует применять после еды, т.к. кислая среда желудка снижает его эффективность.  Раствор 5 мл. Препарат вводят внутривенно (капельно или струйно). Доза препарата определяется индивидуально в зависимости от показаний к применению.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Метиленовый синий	1–3% наружно, обрабатывают очаги поражения 2–3 раза в день	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Калия перманганат	0,01–0,1% наружно, обрабатывают очаги поражения 2–3 раза в день	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Хлоргексидин	0,5% или 1%  наружно, обрабатывают очаги поражения 2–3 раза в день	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1 раз в сутки; в течение 2–4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Метилпреднизолона ацепонат	крем 0,1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Гидрокортизона бутират	0,1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

Бетаметазона дипропионат	спрей 0,05%, 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 10-14 дней	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Бетаметазона дипропионат + Гентамицина сульфат	2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Лидокаина гидрохлорид + экстракт цветков ромашки	Местно. Полоску препарата длиной 0.5 см наносят на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки полости рта и губ 3 раза/сут, втирая легкими массирующими движениями.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленды), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

**Таблица-2**

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Эритромицин	0,5–1,0 г перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [3].	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Кларитромицин	0,25–0,5 г перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [2-3].	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Азитромицин	0,5 г перорально 1 раза в сутки в течение 3 дней [2-3].	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Цефтриаксон	1-2 г в день или 20 - 80 мг/кг в день, внутримышечно или внутривенно в течение 10 дней	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Левифлоксацин	Таб 250-500 мг перорально, ежедневно в течение 2 недель	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Амоксициллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки,	В

	покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Ацикловир	200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5–7 дней [5-7].	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/</a>
Валацикловир	500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5–10 дней [6-8].	A <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.</a>
Фамцикловир	250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней [6-8].	A <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.</a>
Лактат натрия+ сорбитол+ хлорид калия+ MgCl <sub>2</sub> , NaCl, CaCl <sub>2</sub>	Взрослым в/в капельно со скоростью 40–60 капель в минуту. 6-7 мл/кг массы тела в течение 3-5 дней	C <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Нандролон деканоат (анаболик)	50 мг/мл. Препарат вводят глубоко в/м. Средняя разовая доза для взрослых составляет 25-50 мг	C <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	C <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>

	таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл;</li> <li>• внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида.</li> </ul> Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Маннитол (15% раствор)	с фуросемидом (5-10 мл).	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>
Фуросемид	20-80 мг/сут. Необходимая доза подбирается в зависимости от диуретического ответа.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>
Ибупрофен	Капсулы принимают внутрь, запивая водой. Нельзя разжевывать. Только для кратковременного применения. Рекомендуемая доза для взрослых пациентов и детей старше 12 лет: по 1 капсуле 3-4 раза в сутки. Интервал между приемами — 6-8 часов. Для более быстрого достижения терапевтического эффекта разовую дозу можно повысить до 400 мг. Дети от 6 до 12 лет при массе тела более 20 кг: 200 мг до 3-4 раза в сутки. Интервал между приемами не менее 6 часов.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>
Парацетамол	Принимают внутрь, запивая необходимым количеством воды, длительность терапии — 3-7 дней, в зависимости от показаний: взрослым и детям старше 12 лет допустимо принимать до 4 г в сутки, по 500 мг за один прием; детский парацетамол в таблетках с дозировкой 200 мг назначают с 2 лет по 0,5 таблетки через каждые 4-6 ч, с 6 лет — по 1	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>

	таблетке целиком за раз (по 200 мг);	
Дапсон	100–150 мг в сутки в течение 10-14 дней [2,8].	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Гидроксихлорохин	200- 400 мг в сутки в течение 10-14 дней [2,8].	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Азатиоприн	таблетки 50 мг  начальные дозы 0,5–1 мг/кг/день можно увеличить до 2–3 мг/кг/день в зависимости от переносимости пациентом.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Циклоспорин	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Метотрексат	У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь;  у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Фолиевая кислота (при применении метотрексата)	внутри после еды  взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг (5 таблеток)  Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки Максимальная суточная доза — 2 мг (2 таблетки)  Курс лечения составляет 20–30 дней	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Микофенолата мофетил	Внутри, начинают часто с 500-750 мг два раза в день, затем увеличивают дозу до 1,0-1,5г два раза в день	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>

Тофацитиниб	5–10 мг 2 раза в сутки перорально.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Ритуксимаб	в/в 375 мг/м <sup>2</sup> ППТ по схеме	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Иммуноглобулины (очищенный препарат IgG)	в/в 2 г/кг массы тела, вводимых в течение 3-5 дней.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Рекомбинантный интерферон гамма человека	Для взрослых суточная доза составляет 100000 МЕ; препарат вводится подкожно один раз в сутки через день	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Апремиласт	По 30 мг 2 раза в день. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Адалимумаб	Взрослым и детям с 4–х лет, пациентам с бляшечным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени, подкожно в область бедра или живота в начальной дозе 80 мг, поддерживающая доза – по 40 мг 1 раз в 2 недели, начиная через неделю после начальной дозы.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Левамизол	В качестве иммуномодулятора левамизол обычно принимают по 150 мг в сутки ежедневно в течение 3 дней каждые 2 нед или по 150 мг/сут 1 раз в неделю.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии.  Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1.  При необходимости разведения препарата используется только	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

	<p>5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения</p> <p>Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.</p>	
Антраль	<p>внутри после еды 3 раза в сутки</p> <p>взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием</p> <p>детям 4-10 лет - по 100 мг на прием</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>
Оксиматрин	<p>в/м по 600 мг , один раз в день</p> <p>в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день</p> <p>внутри, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>
Глутатион	<p>Глутатион в/м, в/в медленно (2-3 минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день.</p> <p>Внутри. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком.</p> <p>Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>
Адеметионин	<p>Рекомендуемая доза составляет 10-25 мг адеметионина на 1 кг массы тела в сутки. Обычно суточная доза составляет 1-2 таблетки в сутки (от 400-800 мг адеметионина в сутки) и может быть увеличена до 4 таблеток в сутки (до 1600 мг адеметионина в сутки). Эффект обычно</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>

	проявляется через 7-14 дней лечения и сохраняется при дальнейшем применении препарата.	
Цианокобаламин (Витамин В12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.  В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	в/м (глубоко)  Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы  Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки.  Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут.  Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>

Альфа-токоферола ацетат (Витамин Е)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Витамин А + Е	внутри после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ  33 000–100 000 МЕ/сут	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутрь, в/м, в/в  Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(ОН)D <20 нг/мл)  - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь  - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь  - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь  - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь  Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(ОН)D ≥20 и <30 нг/мл)  - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь  - 200 000 МЕ однократно внутрь  - 150 000 МЕ однократно внутрь  - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь  Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл	В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>

	- 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутри  - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутри	
Валерианы экстракт	Внутри. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Адонис-бром	Внутри, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

**Показания для госпитализации в медицинскую организацию:** дневной и круглосуточный стационар:

- тяжелое течение МЭЭ;
- неэффективность проводимого ранее лечения;
- пациенты с психическими, неврологическими или иными заболеваниями, при которых пациент при отсутствии ухаживающего за ним лица не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения;

**Показания для выписки:**

Устранение клинических проявлений заболевания.

**Индикаторы эффективности лечения:**

Критериями излеченности являются исчезновение клинических проявлений заболевания.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»**

## ТАШКЕНТ – 2025

### Коды по МКБ-10/11:

L51	Многоформная экссудативная эритема
L51.0	Небуллезная эритема многоформная
L51.1	Буллезная эритема многоформная (Синдром Стивенса-Джонсона)
L51.2	Токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла)
L51.8	Другая эритема многоформная
L51.9	Эритема многоформная неуточненная
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11185">https://mkb-10.com/index.php?pid=11185</a>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>

### Введение

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — это острое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся появлением разнообразных высыпаний, включая пятна, папулы, везикулы и буллы. Точная причина МЭЭ до конца не установлена, но известно, что заболевание может быть спровоцировано инфекциями (например, вирусом простого герпеса) или приёмом некоторых лекарственных препаратов [1, 2, 4].

Медицинские вмешательства при многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ) направлены на лечение самой болезни, устранение причин, симптомов и предотвращение возможных осложнений. Вмешательства могут быть различными, в зависимости от формы и тяжести заболевания [5, 8].

### 1. Медикаментозное лечение:

#### а) Противовирусные препараты

Если причиной МЭЭ является вирусная инфекция (например, вирус герпеса), то применяются противовирусные средства [12, 13]:

Ацикловир (внутривенно или перорально).

Валацикловир или фамцикловир — в случае, если заболевание связано с вирусом герпеса.

#### б) Кортикостероиды

Применяются при тяжелых формах заболевания для уменьшения воспаления:

Системные кортикостероиды (например, преднизолон) могут быть назначены в случае распространенной или тяжелой формы МЭЭ с вовлечением слизистых оболочек (например, язвы на губах, слизистой рта).

Местные стероидные препараты (например, гидрокортизон) могут использоваться для уменьшения воспаления и зуда на пораженных участках кожи [6, 7].

#### в) Антигистамины

Для снятия зуда, покраснения и отека могут быть назначены:

Цетиризин, лоратадин или другие антигистаминные препараты второго поколения.

#### г) Противовоспалительные препараты

При наличии болевого синдрома или воспаления могут использоваться:

Ибупрофен или парацетамол для контроля боли и воспаления (если нет противопоказаний).

#### д) Иммунодепрессанты

Если МЭЭ вызвана аутоиммунной причиной или не поддается лечению другими методами, могут быть назначены иммунодепрессанты:

Метотрексат или циклоспорин — в случае необходимости контроля воспаления в более тяжелых или рецидивирующих формах болезни.

#### 2. Лечение сопутствующих инфекций:

Если МЭЭ вызвана бактериальной инфекцией, могут быть назначены:

Антибиотики (например, пенициллин или цефалоспорины), если имеется вторичная бактериальная инфекция на местах повреждений кожи.

#### 3. Плазмаферез и иммуноглобулин:

Плазмаферез помогает удалить из организма токсичные вещества и антитела, которые могут способствовать воспалению.

Введение внутривенных иммуноглобулинов (IVIg) может быть использовано для подавления иммунного ответа, если заболевание связано с аутоиммунными процессами.

#### 4. Поддерживающие мероприятия:

Увлажнение кожи: Регулярное применение увлажняющих кремов и мазей, чтобы поддерживать гидратацию кожи и ускорять заживление повреждений.

Местные средства: Местные препараты с антибиотиками или антисептиками (например, мази с сульфадиазином серебра или кремы с декспантенолом) могут использоваться для лечения кожных язв и предотвращения вторичных инфекций.

Обезболивание: Применение местных анестезирующих препаратов (например, кремы с лидокаином) для уменьшения болевого синдрома в местах язв и повреждений.

#### 5. Госпитализация и наблюдение:

В случае тяжелой формы заболевания с вовлечением слизистых оболочек (например, язвы в ротовой полости, глазах или гениталиях) может потребоваться госпитализация.

Важно регулярно контролировать состояние пациента, следить за возможными осложнениями, такими как инфицирование кожных повреждений, или развитие системы нарушений со стороны органов (например, нарушение функции почек или печени при тяжелых формах).

#### 6. Коррекция факторов, способствующих рецидивам:

В случае рецидивирующей МЭЭ важно контролировать провоцирующие факторы, такие как стресс, инфекции, определенные медикаменты или аллергены, и избегать их по возможности.

Итог: Лечение многоформной экссудативной эритемы должно быть комплексным и индивидуализированным, включать в себя как терапию основной причины заболевания, так и симптоматическое лечение для облегчения состояния пациента.

#### **Особые ситуации**

##### Лечение детей

У детей раннего детского возраста с обширными поражениями слизистой полости рта необходимо обеспечить достаточное поступление жидкости в организм, проводить инфузионную терапию.

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»**

## ТАШКЕНТ – 2025

### Коды по МКБ-10/11:

L51	Многоформная экссудативная эритема
L51.0	Небуллезная эритема многоформная
L51.1	Буллезная эритема многоформная (Синдром Стивенса-Джонсона)
L51.2	Токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла)
L51.8	Другая эритема многоформная
L51.9	Эритема многоформная неуточненная
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11185">https://mkb-10.com/index.php?pid=11185</a>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment?form=fpf>

### Введение

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — это острое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся появлением разнообразных высыпаний, включая пятна, папулы, везикулы и буллы. Точная причина МЭЭ до конца не установлена, но известно, что заболевание может быть спровоцировано инфекциями (например, вирусом простого герпеса) или приёмом некоторых лекарственных препаратов [1, 2, 4].

В качестве первичной профилактики рекомендуется минимизировать риск заражения герпетической инфекцией: соблюдать нормы личной гигиены, избегать случайных половых связей, практиковать защищённый половой контакт [9].

Чтобы сохранить сопротивляемость организма инфекциям в норме, нужно рационально питаться, соблюдать оптимальный режим труда и отдыха, полноценно спать, регулярно закаляться, отказаться от вредных пристрастий.

Меры неспецифической вторичной профилактики формируются с учётом возможных триггерных факторов. Целесообразно обратить внимание на следующие моменты:

регулярное прохождение профилактических осмотров и своевременная санация (очищение) хронических очагов инфекции, при ассоциации с герпесвирусной инфекцией — противовирусная терапия;

защита от избыточного облучения солнечным светом и ультрафиолетового облучения;

уменьшение вероятности переохлаждения;

исключение стрессовых воздействий и т. п.

Курсовой прием противовирусных препаратов, особенно в весенний период, снижает вероятность рецидивов МЭЭ, обусловленных вирусом простого герпеса.

Сокращению числа рецидивов также способствует длительный превентивный приём синтетических ациклических нуклеозидов, препаратов интерферона, его индукторов и целого ряда неспецифических иммуномодуляторов.

## Список литературы

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология.
2. В.П. Адашкевич, В.М. Козин. Кожные и венерические болезни 2006 г. С. 362
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд. Дерматология атлас-справочник 2007 г. С. 209
4. Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванова. Дерматовенерология национальное руководство 2011 г. С. 942
5. А.А. Кубанова, В.И. Кисина. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём 2005 г. С. 433
6. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы. М.: ГОЭТАР. 2011. С. 414-442.
7. МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА. Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель. Л.А Порошина Л.Г. Байбурина А.А. Шумак
8. МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ТРИАДА СИМПТОМОВ. ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21» г. Уфа. ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа. А.М. Сулейманов, М.Б. Убайдуллаев.
9. Булгакова, А.И. Результаты исследования многоформной экссудативной эритемы полости рта в Республике Башкортостан / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, М.В. Зацепина // Материалы V Приволжского стоматологического форума «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа, 2019. – С. 116-119
10. Зацепина, М.В. Диагностическая топография при многоформной экссудативной эритеме / М.В. Зацепина, А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина // Материалы Республиканской научно-практической конференции стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа, 2018. – С. 137-139.
11. Дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы как способ идентификации диагноза. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Маркова Г.Б., Журавлева Е.Г., Кудина М.О. Журнал: Российская стоматология. 2020;13(4): 3-5
12. Dermatology. Fourth edition. 2018. Jean L. Bologna, Julie V. Schaffer, Lorenzo Cerroni.
13. HAVIF'S CLINICAL DERMATOLOGY. SEVENTH EDITION. 2021

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>  
<https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment?form=fpf>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/>  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D>  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/>  
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>  
<https://diseases.medelement.com/disease/многоформная-экссудативная-эритема/14952>  
[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)  
<https://belova.uz/mnogofornnaya-ekssudativnaya-eritema>  
<https://idoctor.kz/illness/1574-mnogofornnaya-ekssudativnaya-eritema-mee>

**Компетенции практических навыков по менеджменту многоформной экссудативной эритемы**  
**(task shifting)**

	<b>Практическая медсестра</b>	<b>БМСП Семейный врач (бакалавр)</b>	<b>Узкий специалист</b>
<b>Жалобы и анамнез</b>			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах многоформной экссудативной эритемы (симптом "мишени" или "радуги" или "бычьего глаза") при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
<b>Физикальный осмотр</b>			

При объективном осмотре на коже пациента обнаруживаются "кокарды" (кокарды - сложный элемент, состоящий из синевато-красного пятна, пузырька или папулы с коркой в центре). На красной кайме губ обнаруживаются геморрагические мембраны. На фоне эритемы в слизистой оболочке полости рта обнаруживаются резко болезненные эрозии, язвы, афты, субэпителиальные пузырьки и пузырьки. При истинном полиморфизме наблюдается ложный монорморфизм (эрозия всех элементов повреждения). Симптом Никольского отрицательный. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, не соединены между собой и с окружающими тканями.			+
<b>Постановка диагноза</b>			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований			+
<b>Основная лабораторная диагностика</b>			
Назначение основных лабораторных анализов:			+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)			+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса один из: РМП, RPR, КСР (старше 14 лет)			+
ИФА на общий IgE			+
<b>Дополнительная лабораторная диагностика</b>			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование в крови гамма глобулина			+
Исследование в крови С реактивного белка			+
Исследование в крови антинуклеарных антител			+
Гистологическое исследование			+
Иммунологические исследования			+
Иммуногистохимическое исследование			+
Цитологическое исследование из очагов поражения на наличие клеток Тцанка и эозинофилов			+
Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА			+

Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Микологическое исследование			+
Исследование крови и биосубстратов на инфекции (ИФА, ПЦР)			+
Молекулярно-генетические исследования			+
Аллерготесты			+
<b>Дополнительные инструментальные исследования</b>			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
УЗИ внутренних органов			+
<b>Лечение многоформной экссудативной эритемы</b>			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения многоформной экссудативной эритемы (стр. 13)			+
Компетенция назначения медикаментозного лечения многоформной экссудативной эритемы (стр. 14-25)			+

<b>Профилактика многоформной экссудативной эритемы</b>			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни			+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения			+

# Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

\*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

**Компетенции по управлению многоформной экссудативной эритемой**

	<b>Практическая медсестра</b>	<b>БМСП Семейный врач (бакалавр)</b>	<b>Узкий специалист</b>
Описание многоформной экссудативной эритемы			+
Симптоматическое описание жалоб на многоформную экссудативную эритему			+
Описание патофизиологических механизмов многоформной экссудативной эритемы			+
Создание подхода к диагностике многоформной экссудативной эритемы на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов			+
Формирование подхода к лечению многоформной экссудативной эритемы			+
Опишите немедикаментозную терапию многоформной экссудативной эритемы.			+
Опишите медикаментозную терапию многоформной экссудативной эритемы.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при многоформной экссудативной эритеме.			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития экссудативной многоформной эритемы в рамках лечения.			+

# Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.