

Клинические рекомендации

Многоформная эритема: проявления в полости рта

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **L51.0, L51.1, L51.2, L51.8, L51.9**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2022**

Профессиональные медицинские некоммерческие организации-разработчики:

- Ассоциация общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России».

Оглавление

Оглавление.....	2
-----------------	---

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	9
2.1 Жалобы и анамнез.....	10
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	14
2.5 Иные диагностические исследования	15
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	17
3.1 Консервативное лечение.....	17
3.2 Хирургическое лечение.....	23
3.3 Иное лечение.....	24
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации,.....	24

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи.....	26
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	26
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	27
Список литературы.....	29
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	36
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	37
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	39
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	40
Приложение В. Информация для пациента.....	41
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	42

Список сокращений

АТХ	– анатомо-терапевтическо-химическая классификация ВОЗ
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГКС	– глюкокортикостероиды
ГПР	– гигиена полости рта
ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
ККГ	– красная кайма губ
КЖ	– качество жизни
МЗ РФ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
РФ	– Российская Федерация
МКБ 10	– международная классификация болезней 10-го пересмотра
МЭ	– многоформная эритема
ПР	– полость рта
РКИ	– рандомизированное контролируемое исследование
СОР	– слизистая оболочка рта
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
ТЭН	– токсический эпидермальный некролиз
**	– международное непатентованное, или группировочное, или химическое, а в случаях их отсутствия – торговое наименование лекарственного препарата, лекарственный препарат входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

Термины и определения

Многоформная эритема – острая иммуноопосредованная воспалительная реакция слизистой оболочки рта и, в ряде случаев, кожи на различные стимулы, характеризующаяся мишеневидными очагами поражения с периферической локализацией на коже, склонная к рецидивированию и саморазрешению.

Многоформная эритема слизистой оболочки рта (син. «Проявления МЭ в полости рта»; проявление кожно-слизистого дерматоза в полости рта) – острое воспаление слизистой оболочки рта (СОР) и красной каймы губ (ККГ), сопровождающееся образованием полиморфных (эритематозных, буллезных, уртикарных, папулезных) первичных элементов поражения, проявляющееся однотипной клинической симптоматикой, склонное к рецидивированию [1-8].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Многоформная эритема (МЭ) слизистой оболочки рта (СОР) – острое воспаление слизистой оболочки рта и красной каймы губ (ККГ), развивающееся у больных кожно-слизистым дерматозом, сопровождающееся образованием полиморфных (эритематозных, буллезных, уртикарных, папулезных) первичных элементов поражения, проявляющееся однотипной клинической симптоматикой, склонное к рецидивированию [1-8].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

На сегодняшний день причины и механизмы развития многоформной эритемы окончательно не изучены. В большинстве случаев развитие МЭ связано с герпетической инфекцией (вирус простого герпеса как 1, так и 2 типов); также возможна манифестация заболевания под влиянием вирусов гепатитов В и С, Эпштейна-Барра, аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, бактериальных (стафилококковых) 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 (ацетилсалициловая кислота**, феноксиметилпенициллин**, цефалоспорины**), системные заболевания (саркоидоз, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, лимфома, лейкоз). Воспалительный процесс при МЭ обусловлен сенсibilизированными Т-хелперами (CD4+ Т-лимфоцитами) [1-20].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

МЭ наблюдается у пациентов всех возрастов, но чаще – у подростков и молодых взрослых людей (до 30 лет). Среди них преобладают мужчины (соотношение мужчин к женщинам составляет 3:2). Рецидивы МЭ отмечаются у 30% пациентов. В детском возрасте встречается нечасто (20% случаев). МЭ может возникать в виде вспышек, особенно в закрытых коллективах (воинские части, школы)[1, 4, 9, 14, 21].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

L51.0 – Небуллезная эритема многоформная

L51.1 – Буллезная эритема многоформная

Синдром Стивенса-Джонсона

L51.2 – Токсический эпидермальный некролиз [Лайелла]

L51.8 – Другая эритема многоформная

L51.9 – Эритема многоформная неуточненная

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации МЭ СОР не существует.

В зависимости от этиологического фактора, локализации элементов поражения и выраженности клинических проявлений выделяют формы МЭ СОР (см. табл. 1) [1, 2, 4, 7]:

Таблица 1. Классификация многоформной эритемы слизистой оболочки рта

По этиологическому фактору:	По клинической картине:	По степени тяжести:
1. Инфекционно-аллергическая форма 2. Токсико-аллергическая форма.	1. Изолированное поражение слизистой оболочки рта и/или красной каймы губ 2. Поражение кожных покровов 3. Распространенные кожные высыпания и поражение слизистых оболочек (гениталий, носа, конъюнктивы глаз).	1. Легкая (малая) форма, при которой отсутствует поражение слизистых оболочек, общее состояние больного не нарушено 2. Тяжелая (большая) форма, характеризующаяся распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, общим недомоганием.

Тяжелой формой проявления инфекционной аллергии в полости рта является синдром Стивенса-Джонсона. Крайне тяжелой формой токсикоаллергии в полости рта – синдром Лайелла [7, 10, 17].

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

МЭ СОР 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, волдыри.

Первичными морфологическими элементами при МЭ являются гиперемические пятна (эритемы), папулы и пузыри небольших размеров. 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», «кокарды» или «радужной оболочки», или «бычьего глаза»). Субъективно высыпания сопровождаются зудом. Везикулы округлой формы, небольшие, плоские, имеют толстую крышку, наполнены опалесцирующей жидкостью, расположены, как правило, в центре папул. Патологические элементы склонны к слиянию с образованием гирлянд и дуг.

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

Высыпания обычно появляются внезапно, располагаются чаще по периферии, симметрично на коже тыльной поверхности стоп и кистей, разгибательных поверхностях предплечий и голеней. 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 [4, 9, 22, 23].

Частая локализация проявлений МЭ СОР на красной кайме губ (как правило, нижняя губа); в полости рта – чаще слизистая оболочка преддверия полости рта и твердого нёба (возможно изолированное поражение только полости рта). На красной кайме губ: отек, гиперемия, кровянистые корки (покрывают эрозии). На слизистой оболочке рта: появляются пятна (эритема), затем пузыри, которые быстро вскрываются, образуя болезненные эрозии, покрытые сероватым фибринозным налетом; эрозии могут сливаться, образуя обширные участки поражения; характерно волнообразное, циклическое появление морфологических элементов (можно наблюдать элементы поражения на разных этапах развития). При этом отмечается реакция регионарных лимфатических узлов

(увеличенные, болезненные). Сезонность заболевания (весна, осень – чаще на фоне переохлаждения) характерна только для инфекционно-аллергической формы.

Синдром Стивенса-Джонсона включает в себя выраженные клинические проявления МЭ на коже туловища и слизистых оболочках, сочетающиеся с общими симптомами в виде лихорадки, слабости, миалгий и артралгий. Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН, TEN, синдром Лайелла) характеризуется отслойкой эпидермиса с образованием обширных эрозий, наличием распространенных пурпурозных пятен и плоских атипичных пятен-мишеней. Для ТЭН характерно тяжелое поражение слизистых оболочек конъюнктивы, роговицы, радужки, полости рта, губ и гениталий. При синдроме Стивенса-Джонсона, синдроме Лайелла – обширные площади поражения с переходом на слизистую оболочку гортани, глотки [1, 4, 10, 17, 24-27].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагностика МЭ СОР основана на данных клинического (стоматологического, общеклинического, дерматологического) обследования и результатах лабораторных исследований; направлена на установление клинической формы и течения заболевания СОР, нуждаемости в проведении дополнительных исследований, определении показаний к лечению с использованием тех или иных методов, а также на выбор подходов к стоматологической реабилитации пациента.

К клиническим диагностическим критериям МЭ СОР относится наличие полиморфных первичных элементов поражения – гиперемических пятен, папул, волдырей и пузырей небольших размеров, а также вторичных морфологических элементов – эрозий, корок, чешуек, гиперпигментации в сочетании с симметричными периферийными высыпаниями на коже. Элементы поражения чаще расположены в преддверии ПР и твердом нёбе; излюбленная локализация – ККГ, слизистая оболочка губ, щёк, боковых поверхностей языка. Дёсны, вентральная часть языка не поражаются. Облегчает постановку диагноза заболевания обнаружение типичных элементов МЭ на коже.

В большинстве случаев диагноз МЭ СОР ставится на основании данных клинического обследования (выяснение жалоб, сбор анамнеза, проведение объективного обследования). Для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики рекомендуются дополнительные методы: гистологическое исследование, иммунологическое исследование, аллергические пробы (см. разделы 2.3., 2.4., 2.5),

основополагающим из которых является метод гистологического исследования очагов поражения.

Критерии установления диагноза:

- Рекомендуется диагноз инфекционно-аллергической формы МЭ СОР ставить при наличии сенсибилизации к антигенам стафилококка, вируса герпеса, присутствующих в очагах хронической инфекции с целью коррекции терапии [1, 2, 4, 7, 10, 25, 28-38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется диагноз токсико-аллергической формы МЭ СОР ставить при наличии сенсибилизации к сульфаниламидам, ацетилсалициловой кислоте**, НПВС для системного применения (анальгину, бутадииону), прогестерону**, антибактериальным препаратам для системного использования – тетрациклину**, феноксиметилпенициллину**, хинолонам/фторхинолонам, цефалоспорином** с целью коррекции терапии [1, 2, 4, 7, 39-42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Диагноз МЭ сравнительно легко устанавливается клинически при наличии пятен-мишеней. МЭ необходимо дифференцировать с крапивницей, пятнисто-папулезной лекарственной токсидермией, вирусными стоматитами, синдромом Стивенса-Джонсона, токсическим эпидермальным некролизом.*

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы на общую слабость, головную боль, недомогание, повышение температуры тела, боли в мышцах и суставах. Боли в горле и в полости рта. Анамнез: при инфекционно-аллергической форме МЭ СОР имеются очаги хронической инфекции в организме, указания на сезонность рецидивов. При токсико-аллергической форме МЭ СОР имеются указания на прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, антибиотики). Течение МЭ СОР рецидивирующее, провоцирующие факторы – переохлаждение, острые респираторные заболевания, обострение хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, погрешности питания.

- Рекомендуется выяснить основные жалобы пациента, уточнить длительность, характер течения и возможные причины (местные или общие) появления первых симптомов МЭ СОР, их связь с появлением кожных высыпаний, а также оценить эффективность проводимой ранее терапии [1-8, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: клинически значимыми жалобами для постановки диагноза является повышенная чувствительность к инъекционным, энтеральным, ингаляционным антигенам, при контакте с ними: зуд, сыпь, отек, эритема.

- Рекомендуется при сборе стоматологического анамнеза обращать особое внимание на наличие провоцирующих местных факторов: курения, злоупотребления алкоголем, разнородных металлов, пломб из серебряной амальгамы, конструкций из кобальто-хромового/серебряно-палладиевого сплавов, особенно низкого качества, способных оказывать травмирующее, раздражающее, алергизирующее действие на СОР / ККГ [2, 7, 8, 44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: клинически значимыми для постановки диагноза являются корреляция анамнеза с этиологической ролью общеизвестных аллергенов (бактериальные, бытовые, пыльцевые, пищевые); наличие положительных результатов тестирования, подтверждающих предварительный диагноз (кожное и провокационное тестирование, анализ крови); обострение симптомов аллергии при повторной провокации аллергеном, а при устранении аллергена симптомы аллергии исчезают или облегчается их интенсивность; патогенетически обоснованное лечение должно облегчать симптомы заболевания.

- Рекомендуется оценить влияние стоматологических заболеваний на функциональное и социально-психологическое благополучие пациентов, исходя из результатов самооценки пациентом уровня КЖ по валидированному русскоязычному опроснику ОНПР-14 (Oral Health Impact Profile – профиль влияния стоматологического здоровья). (Приложение Г) [45-47].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: при сборе анамнеза и жалоб пациента уделить особое внимание оценке психо-эмоционального состояния пациента, наличию канцеро-, венеро- и/или спидофобии; получить информированное согласие на обследование и медицинское вмешательство у врача-стоматолога.

2.2 Физикальное обследование

При визуальном осмотре на коже кистей, предплечий, голеней, стоп определяются «кокарды» – типичные элементы, состоящие из синюшно-багрового пятна, пузыря небольших размеров или папулы, корки в центре. На красной кайме губ определяются геморрагические корки. На слизистой оболочке полости рта на фоне эритемы визуализируются папулы, субэпителиальные пузыри и волдыри, что определяет истинный полиморфизм первичных элементов. Через несколько дней от начала заболевания отмечается эрозивное поражение всех элементов поражения, пальпация эрозий, язв, афт резко болезненная. Симптом Никольского отрицательный. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны.

- Рекомендуется физикальное обследование проводить по стандартной схеме, которая включает осмотр пациента, пальпацию, перкуссию, зондирование, позволяющие оценить состояние больного и степень поражения различных органов и тканей полости рта с целью обоснования диагноза и проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями со сходной клинической симптоматикой. Ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь, предполагает заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой, и наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство [2, 4, 8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выполнен первичный осмотр пациента: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте, установлен предварительный диагноз в ходе первичного приема пациента.

- Рекомендуется формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза [1-4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *основные этапы диагностики МЭ СОР включают использование неспецифических общеклинических (физикальных) и специфических методов обследования.*

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- При тяжелом течении заболевания рекомендуется проведение общего клинического анализа крови с определением лейкоцитарной формулы крови (показателей лейкоцитограммы) [1, 3, 4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при тяжелом течении заболевания отмечается повышение СОЭ, умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышенное количество эозинофилов, моноцитов.*

- В случае затруднений в диагностике МЭ рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта, или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта с применением гистобактериоскопических методов, или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта с применением иммуногистохимических методов СОР [1, 4, 7, 48, 49].

Показания к проведению: обследование с целью установления причин формирования воспаления СОР, исключения опухолевой патологии и сосудистой мальформации.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при патолого-анатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала тканей полости рта в эпителии СОР отмечаются спонгиоз, внутриклеточный отек, особенно в сосочковом слое, периваскулярный отек и периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов с примесью эозинофилов; подэпителиальное расположение пузырей.*

- В случае хронического, резистентного к терапии течения МЭ рекомендуется иммунологическое исследование очагов поражения СОР [1, 4, 7, 30-32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

***Комментарии:** при иммунологическом исследовании в эпителии СОР отмечается массивный апоптоз клеток эпителия, развивающийся под воздействием CD8+ Т-клеток-киллеров. Эти CD8+ Т-клетки экспрессируют альфа-бета Т-клеточные рецепторы, которые убивают клетки при посредничестве перфорина и гранзима В. Установлено, что эта олигоклональная экспансия CD8+ Т имеет отношение к специфической лекарственной цитотоксичности против эпителиоцитов, связанной с главным комплексом гистосовместимости. В очагах поражения выявляются также важные цитокины, такие как фактор некроза опухоли-альфа (TNF-α), интерлейкин-6 и Fas-лиганд. В поздних стадиях в зоне воспаления преобладают моноциты.*

- Рекомендуется проведение бактериологического (посев) исследования очагов поражения СОР для установления этиологии МЭ (наличие в анамнезе рецидивирующего герпеса, исключения инфекции, вызываемой *Mycoplasma pneumoniae*, при наличии резистентных к терапии форм МЭ СОР; для исключения присоединения грибковой или анаэробной инфекции (фузоспирохетоза); для мониторинга микробиоценоза ПР при кортикостероидной терапии МЭ СОР. Дисбиоз обусловлен также *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa* [1, 4, 7].

Показания к проведению: установление этиологии МЭ, для исключения присоединения грибковой или анаэробной инфекции, при наличии устойчивой к терапии МЭ, осложнений консервативной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

***Комментарии:** при подозрении на инфекционную этиологию заболевания прибегают к бактериологическому исследованию патологического материала с очагов поражения.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется проведение люминесцентной и транслюминесцентной стоматоскопии (простой и расширенной, т.е. сочетанной с прижизненным окрашиванием СОР ядерными красителями), позволяющей при 8–10-ти кратном увеличении получить

представление об истинных размерах очага поражения, состоянии перифокальных тканей, степени кумуляции красителя поврежденными клетками, при необходимости – уточнить место предполагаемой биопсии, а также осуществить динамический мониторинг состояния СОР в процессе лечения. Одной из перспективных технологий является флуоресцентная стоматоскопия, обладающая диагностическими возможностями визуализации изменений СОР на доклиническом этапе [50].

Показания к проведению: онкоскрининг с использованием аутофлуоресцентной стоматоскопии с помощью отечественного аппарата АФС, ведение фотопротокола пациента с целью мониторинга проводимого лечения.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *простая и расширенная люминесцентная стоматоскопия позволяет установить клинический диагноз с элементами микроскопической характеристики патологических изменений эпителиального покрова слизистой оболочки рта. Флуоресцентная стоматоскопия – современная технология с высокой степенью чувствительности (98%), специфичности (75%), прогностичности отрицательного (96,15%) и положительного результатов (100%).*

- Рекомендуется проведение электрометрического исследования для оценки разницы потенциалов между металлами зубных протезов, пломб и слизистой оболочкой в условиях полости рта [2, 8].

Показания к проведению: наличие разнородных металлов в полости рта.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Величина электропотенциалов в полости рта, где нет металлических включений, равняется 2–5 мкВ; при наличии золота 20–50 мкВ; нержавеющей стали 20–120 мкВ; золота – стали – амальгамы 500 мкВ.*

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендуются консультации врача-офтальмолога (при поражении слизистых оболочек глаза), врача-отоларинголога (при поражении слизистых оболочек носа),

врача-аллерголога-иммунолога (при хроническом, резистентном к терапии течении МЭ), врача-инфекциониста, врача-дерматовенеролога с целью коррекции лечения [1, 3, 4].

Показания к проведению консультаций: наличие сочетанной патологии: поражение ЛОР органов, кожи, вирус ассоциированной МЭ, токсико-аллергической формы заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *необходима консультация врача-инфекциониста при наличии вирус ассоциированной инфекции, врача-акушера-гинеколога при заболевании у беременных, врача-дерматовенеролога при поражении кожи.*

- Рекомендуются для выявления сенсibilизации к лекарственным и химическим веществам, стоматологическим конструкционным / реставрационным материалам, средствам ГПР, пищевым продуктам, бактериальным аллергенам и т.д. проведение кожных проб (эпимукозных тестов) с интерпретацией полученных результатов врачом-аллергологом / врачом-иммунологом [1, 3, 4].

Показания к проведению: токсико-аллергическая форма МЭ для последующего проведения специфической десенсibilизации организма.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *чувствительность метода – 68%.*

- Рекомендуются проведение дополнительных лабораторных методов исследования пациента (общий клинический анализ крови с определением лейкоцитарной формулы крови (показателей лейкоцитограммы) и биохимический анализы крови, мочи, с определением уровня общего белка, глюкозы, мочевины, аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, бикарбонатов) с последующей интерпретацией результатов врачами соответствующего профиля [1, 3, 4, 51].

Показания к проведению: при наличии сочетанной патологии ЛОР органов, кожи, вирус ассоциированной МЭ, токсико-аллергической формы заболевания как диагностические, дифференциально-диагностические и мониторинговые тесты с целью коррекции лечения.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в зависимости от тяжести симптомов заболевания увеличиваются показатели мочевины, глюкозы, общего белка, снижается уровень сывороточных бикарбонатов.

- Рекомендуются постановка окончательного стоматологического / клинического диагноза и оформление его обоснования в медицинской карте [1-6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выполнено установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения, формирование плана лечения с учетом окончательного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания и состояния пациента.

- Рекомендуется коррекция плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций [1-6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- *Комментарии: на основании основных и дополнительных методов исследования, заключения врачей других специальностей на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций выставляется окончательный стоматологический / клинический диагноз.*

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

Целью лечения МЭ СОР являются уменьшение тяжести лихорадки и высыпаний, клиническое выздоровление, стабилизация клинико-функционального состояния СОР (полное купирование болевого симптома, заживление эрозивно-язвенных элементов, отека и гиперемии СОР), достижение стойкой ремиссии, сокращение срока госпитализации и возможных осложнений.

3.1 Консервативное лечение

Местная терапия:

- Рекомендуется местная терапия фармакотерапевтической группой лекарственных препаратов Глюкокортикостероиды (в соответствии с АТХ-классификацией) наружно [1-4, 52-54]:

метилпреднизолона ацепонат** 0,1%, крем 1 раз в сутки на очаги поражения кожи тонким слоем. Продолжительность применения у взрослых не должна превышать 6 недель [53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

гидрокортизон** 0,1%, мазь 2 – 3 раза в день наносят тонким слоем на очаги поражения кожи в течение 6-14 дней.

или

дексаметазон** (фторированный гомолог гидрокортизона) внутрь, однократно, утром (маленькая доза) или в 2 – 3 приема (большая доза): от 2 – 3 мг до 4 – 6 мг (10 – 15 мг) в сутки, после достижения эффекта дозу постепенно снижают до поддерживающей – 0,5 – 1 мг (2 – 4,5 мг и более) в сутки; лечение прекращают постепенно.

или

в комбинациях с другими препаратами (фармакотерапевтическая группа лекарственных препаратов АТХ-классификации – кортикостероиды умеренно-активные в комбинациях с другими препаратами – Дексаметазон** + Гентамицин**).

Полоска мази длиной 1 см закладывается 2-3 раза в день. Длительность лечения Декса-Гентамицином обычно не превышает 2-3 недель.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

дипропионат бетаметазона** (международное непатентованное название: бетамезон). Крем (0,05 г бетаметазона** на 100 г) наносится тонким слоем на пораженный участок кожи 2 раза в день – утром и вечером, слегка втирая. Длительность терапии не превышает 4 недель.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *подавляют функции лейкоцитов и тканевых макрофагов. Способствуют стабилизации лизосомальных мембран, снижая тем самым концентрацию протеолитических ферментов в области воспаления. Уменьшают проницаемость капилляров, обусловленную высвобождением гистамина. Ингибируют активность фосфолипазы A₂, что приводит к подавлению синтеза простагландинов и лейкотриенов. Подавляют высвобождение ЦОГ (главным образом ЦОГ-2), что также способствует уменьшению выработки простагландинов.*

- Рекомендуется назначение комбинированных препаратов (кортикостероиды в комбинациях), (кортикостероид для местного применения + противомикробное средство), бетаметазон** в комбинации с другими препаратами (АТК-классификация)[1, 2, 3, 4, 13, 17, 55-61]:

бетаметазон** + гентамицин** + клотримазол** (международное непатентованное название). Небольшое количество крема наносят на пораженные участки кожи, слегка втирая, 2 раза в сутки в течение 2-4 недель.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *действие препарата обусловлено антибактериальным эффектом на Streptococcus spp., Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter aerogenes и местным противовоспалительным, сосудосуживающим, противоаллергическим действием кортикостероидов.*

- Рекомендуется назначение комбинированных препаратов (кортикостероиды для местного лечения заболеваний полости рта, преднизолон в комбинациях с другими препаратами + антикоагулянты в комбинациях) [1, 2, 3, 4, 55, 57, 60]:

мометазон**+ [гепарин натрия**] [Скинлайт], крем (100 мкг+60 МЕ/г) для наружного местного применения 1 раз в сутки, курс лечения составляет от 7 до 28 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *действие препарата обусловлено противовоспалительным, противоаллергическим, антиэкссудативным и обезболивающим эффектом за счет кортикостероида и прямого антикоагулянта для местного применения.*

- Рекомендуется местная терапия растворами группы антисептиков и дезинфицирующих препаратов [1, 2, 3, 4, 55, 57, 60]:

бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммоний хлорид моногидрат (мирамистин) 0,01% раствор для местного применения – полоскания ротовой полости 10-15 мл препарата 3 – 4 раза в сутки в течение 7-10 дней.

или

хлоргексидин** 0,05% раствор для полоскания полости рта 2-3 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *предотвращение присоединения вторичной инфекции, мирамистин имеет бактерицидное действие в отношении различных видов аэробных и анаэробных бактерий, как в виде монокультур, так и микробных ассоциаций. Хлоргексидин оказывает антибактериальное действие путем неспецифического связывания с фосфолипидами клеточной мембраны бактерий, тормозит активность дегидрогеназы и АТФ-азы и нарушает проницаемость мембраны для калия, нуклеотидов и аминокислот.*

Общее лечение включает назначение антигистаминных препаратов системного действия, проведения противовоспалительной терапии, использование производных салициловой кислоты.

- Рекомендуется системная терапия антигистаминными препаратами системного действия [1-4]:

хлоропирамин** 20 мг перорально или 2 мл 2% раствора хлоропирамина подкожно 2-3 раза в сутки в течение 7-10 дней

или

лоратадин** 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней

или

цетиризин** 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7–10 дней

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *H1-антигистаминные средства. Обладают противоаллергическим, противозудным, противоэкссудативным действием.*

При тяжелой форме МЭ рекомендуется терапия кортикостероидами для системного применения (глюкокортикоидами) [1-4, 52-54]:

преднизолон** при острых состояниях и в качестве заместительной терапии взрослым назначают в начальной дозе 20-30 мг в сутки, поддерживающая доза составляет 5-10 мг в сутки. При необходимости начальная доза может составить 15-100 мг в сутки – или 0,5-1 мг на кг массы тела – поддерживающая – 5-15 мг в сутки перорально с постепенным снижением дозы в течение 2 недель

или

дексаметазон** внутрь, однократно, утром (маленькая доза) или в 2-3 приема (большая доза): от 2-3 мг до 4-6 мг (10-15 мг) в сутки, после достижения эффекта дозу постепенно снижают до поддерживающей – 0,5-1 мг (2-4,5 мг и более) в сутки; лечение прекращают постепенно.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при регрессе высыпаний дозу кортикостероидов для системного применения (глюкокортикоидов) постепенно снижают до полной отмены.*

- При подозрении на инфекционную этиологию заболевания и для предотвращения вторичного инфицирования очагов поражения показаны антибактериальные препараты для системного использования (например, макролиды (эритромицин), тетрациклины** в виде монотерапии или с противогрибковыми препаратами для системного применения (нистатином**) с целью профилактики кандидоза слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта при длительном лечении антибактериальными средствами (особенно у истощенных и ослабленных больных) [1-4, 62]:

эритромицин 250 мг перорально 4 раза в сутки за 1-2 часа до еды или через 2-3 часа после еды, интервал между приемами – 6 часов, в течение 5-14 дней

или

тетрациклин** по 0,3-0,5 г перорально каждые 6 часов (4 раза в сутки) или по 0,5-1 г каждые 12 часов (2 раза в сутки). Максимальная суточная доза – 4 г. Курс лечения 5-10 дней.

нистатин** 500 000 ЕД перорально независимо от приема пищи 4-8 раз в сутки в течение 10-14 дней. При необходимости через неделю курс может быть повторен.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *макролиды оказывают бактериостатическое действие на Staphylococcus spp., Streptococcus spp., грамотрицательных бактерий. Полиены*

(нистатин) активны в отношении аспергиллы и дрожжеподобных грибов рода Candida. В структуре полиенового противогрибкового антибиотика (нистатина) имеются двойные связи, обладающие высокой тропностью к стероловым структурам клеточной мембраны грибов, что способствует встраиванию молекулы препарата в мембрану клетки и образованию большого количества каналов, через которые осуществляется бесконтрольный транспорт электролитов; повышение осмолярности внутри клетки приводит к её гибели.

- При ассоциации МЭ с вирусом простого герпеса рекомендуется терапия противовирусными препаратами системного применения / противовирусными препаратами прямого действия / нуклеозидами и нуклеотидами [1, 3, 4, 63, 64, 65]: ацикловир** 200 мг перорально 5 раз в сутки (каждые 4 часа, за исключением периода ночного сна). Курс лечения составляет 5-7 дней, но может быть продлен при тяжелых первичных инфекциях

или

валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки, независимо от приема пищи, таблетки следует запивать водой. Курс лечения составляет 5-10 дней

или

фамцикловир внутрь при опоясывающем герпесе – по 500 мг каждые 8 часов в течение 7 дней, при генитальном герпесе (рецидивы) – по 125 мг каждые 12 часов в течение 5 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в случае торпидного течения МЭ рекомендуется профилактическое, противорецидивное, превентивное лечение ацикловиром 400 мг перорально 2 раза в сутки длительными курсами (6-12 месяцев).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- У больных МЭ без ассоциации с инфекцией простого герпеса рекомендуется назначение одного из следующих средств, способных оказывать противовоспалительное и иммунодепрессивное действие, а именно противолепрозных препаратов (дапсон**) и противомаларийных средств (гидроксихлорохин**): [1, 3, 66]:

дапсон** прием перорально. Режим дозирования подбирается индивидуально лечащим врачом. Может применяться также в комбинированной терапии в дозе 50-

100 мг в сутки или 1-2 мг на килограмм в сутки. Максимальная суточная доза – 300 мг

или

гидроксихлорохин** внутрь, во время еды или запивая стаканом молока, 200-400 мг в 1 или 2 раза в сутки, дозы не должны превышать 6,5 мг/кг/сут, в течение нескольких недель или месяцев.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: лекарственные средства обладают иммунодепрессивной и некоторой противовоспалительной активностью. Дапсон ингибирует миграцию нейтрофилов в участки воспаления, блокируя хемотаксис нейтрофилов к сигналам хемоаттрактантов F-Met-Leu-Phe и лейкотриена B4 (LTB4). Было показано, что дапсон блокирует высвобождение медиаторов воспаления, в том числе интерлейкина-8 (ИЛ-8), PGD2 и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α). Дапсон** ингибирует цитотоксическую систему миелопероксидаза-H2O2-галогенид, блокируя, вероятно, приток кальция, необходимый для происходящих процессов. Миелопероксидаза, фермент, присутствующий в азурофильных гранулах нейтрофилов и лизосомах моноцитов, катализирует конверсию перекиси водорода и ионов хлорида в гипохлорную кислоту, мощный оксидант, который вызывает повреждение клеток. Гидроксихлорохин** обладает свойствами умеренного иммуносупрессора, накапливается в лейкоцитах, стабилизируя лизосомальные мембраны, и подавляет активность многих ферментов, в т.ч. коллагеназы и протеаз, снижает концентрации цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6, что ведет к уменьшению клинических и лабораторных показателей аутоиммунного ответа.

- Рекомендуется проведение полного комплекса лечебных мероприятий, согласно клинических рекомендаций [1-5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: достигнута стабилизация клиничко-функционального состояния СОР: полное купирование болевого симптома /заживление эрозивно-язвенных элементов / отека и гиперемии СОР.

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Не применяется.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендуется пациентам с МЭ СОР после стабилизации воспалительного процесса проведение санации рта: снятие зубных отложений, оптимизация ГПР, полирование шероховатых поверхностей пломб, восстановление контактных пунктов, замена некачественных пломб, амальгамы на биологически инертные реставрационные материалы, исключающие аллергизирующее и механически-травмирующее действие на СОР, выявление и лечение очагов хронической инфекции (деструктивные формы периодонтита, пародонтит, хронический гайморит, отит, тонзиллит) [2, 7, 55, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *выявление и лечение очагов хронической инфекции.*

- Рекомендуется пациентам с МЭ СОР после стабилизации воспалительного процесса выявление и исключение из употребления причинного лекарственного препарата [2, 7, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *устранение провоцирующих факторов.*

- Рекомендуется пациентам с МЭ СОР по достижению стойкой ремиссии /стабилизации устранение участков ретенции зубного налета (замена широких и глубоко расположенных искусственных коронок, нерационально изготовленных протезов), проведение рационального протезирования дефектов зубных рядов, с учетом конструкционных материалов, исключающих раздражающее /аллергизирующее и механически-травмирующее действие на СОР, такие, как коронки стоматологические, металлические, индивидуально изготовленные, коронки стоматологические, металлокерамические, индивидуально изготовленные, в случае протезирования протезом зубным частичным съемным, протезом верхней челюсти полным съемным или протезом нижней челюсти полным съемным обширных дефектов зубных рядов или полного отсутствия зубов необходимо

использовать двухслойные базисы из бесцветной пластмассы с эластичной подкладкой, исключаящие аллергизирующее и механически-травмирующее действие на СОР [2, 7, 8, 55, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *устранение провоцирующих факторов.*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

В большинстве случаев МЭ СОР прогноз для жизни и здоровья благоприятный. Профилактические мероприятия включают санацию полости рта; ликвидацию очагов хронической инфекции в организме; режим труда и отдыха; лечение хронических общесоматических заболеваний.

- Рекомендуется курсовой прием противовирусных препаратов, особенно в весенний период, что снижает вероятность рецидивов МЭ, обусловленных вирусом простого герпеса. [1, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *минимизирован риск заражения / персистенции герпетической инфекции.*

- Рекомендуется мониторинг состояния пациента: индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий. [1-4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление), увеличен период ремиссии заболевания.

- Рекомендуется постановка на диспансерный учет согласно приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- 1) наличие медицинских показаний для направления пациента с целью оказания специализированной медицинской помощи;
- 2) хроническое, резистентное к терапии течение МЭ;
- 3) риск прогрессирования болезни в ТЭН;
- 4) необходимость отмены медикамента или медикаментов, являющихся возможной причиной болезни.

Показания для экстренной госпитализации:

- 1) тяжелое течение МЭ СОР;
- 2) отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- 3) при подозрении на синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз Лайелла (ожоговый центр, отделение реанимации);
- 4) наличие тяжелых общих симптомов.

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) клиническое выздоровление;
- 2) отсутствие осложнений заболевания.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Оказание плановой терапевтической (эндодонтической, пародонтологической и др.), ортопедической и хирургической стоматологической помощи пациентам с МЭ СОР проводится в период достижения стойкой ремиссии, с использованием максимально атравматичных лечебно-профилактических и диагностических технологий (материалов и методик).

Индивидуальная настроенность (комплаентность) пациента к проводимому лечению МЭ СОР во многом определяет эффективность лечения и исход заболевания [2, 7, 8].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности и доказательств	Уровень убедительности и рекомендаций
1.	Ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь: - заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой; - наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.	GPP	
2.	Выполнен первичный осмотр пациента: - оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте.	GPP	
3.	Установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента	GPP	
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	5	C
5.	Выполнен анализ крови биохимический (исследование уровня общего белка, глюкозы, мочевины, аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, бикарбонатов) (по показаниям)	5	C
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	GPP	
7.	Выполнена оценка влияния стоматологических заболеваний на функциональное и социально-психологическое благополучие пациентов по показателям «Профиля влияния стоматологического здоровья» (ОНП-14)	2	B
8.	Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза	GPP	
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта, биоптатов СОР (по показаниям)	5	C
10.	Выполнено микробиологическое исследование (по показаниям)	5	C
11.	Выполнена люминесцентная и транслюминесцентная простая и/или расширенная стоматоскопия (по показаниям)	5	C
12.	Выполнено электрометрическое исследование разницы потенциалов в ПР (по показаниям)	5	C
13.	Проведены кожные пробы / эпимукозные тесты (по	5	C

№	Критерии качества	Уровень достоверности и доказательств	Уровень убедительности и рекомендаций
	показаниям)		
14	Дано направление на консультацию врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, врача-инфекциониста, врача-аллерголога-иммунолога (по показаниям)	5	C
15	Получено заключение врача-дерматовенеролога для постановки развернутого диагноза МЭ СОР	GPP	
16	Выполнена постановка окончательного стоматологического / клинического диагноза и оформление его обоснования в амбулаторной карте	5	C
17	Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения	5	C
18	Выполнено формирование плана лечения с учетом окончательного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания и состояния пациента	5	C
19	Проведена терапия лекарственными препаратами первой линии: антигистаминными, топическими глюкокортикостероидами, противовирусными, антибактериальными; и/или препаратами второй линии: системными глюкокортикостероидами с учетом показаний и противопоказаний	5	C
20	Проведена коррекция плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (по показаниям)	5	C
21	Достигнута стабилизация клинико-функционального состояния СОР: полное купирование болевого симптома /заживление эрозивно-язвенных элементов / отека и гиперемии СОР	5	C

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
2. Терапевтическая стоматология: нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского; Ассоц. мед. о-в по качеству, Стомат. ассоц. Москвы. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 881 с.
3. Клинические рекомендации. Эритема многоформная / И.А. Горланов, А.В. Самцов, В.Р. Хайрутдинов. – М, 2016. – 19 с.
4. Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. – СПб : Наука и Техника, 2014. – 1200 с.
5. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
6. Скрипкин, Юрий Константинович. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 538 с.
7. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Многоформная экссудативная эритема, как проявление токсико-аллергической реакции на лекарственные препараты / Л.А. Аксамит, А.А. Цветкова // Фарматека. – 2015. – № 6 (299). – С. 76-79.
8. Заболевания слизистой оболочки полости рта (Oralmucosaldiseases): учебное пособие для студентов пятого курса стоматологического факультета / Ф.Ю. Даурова, И.М. Макеева, О.С. Гилева, М.К. Макеева, З.С. Хабадзе, Э.С. Кодзаева. – Москва: РУДН, 2019. – 144 с.
9. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В., Кудрявцева Ю.А. О клиническом течении многоформной экссудативной эритемы полости рта (обзор литературы) / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, М.В. Зацепина, Ю.А. Кудрявцева // Пародонтология. – 2020. – Т. 25, № 1. – С. 71-74.
10. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 22. – С. 1073-1083.
11. Запольский М.Э. Особенности иммуноцитокринового статуса у пациентов с герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемой // Дерматология та венерология. – 2013. – № 4 (62). – С. 25-33.

12. Иванов О.Л., Халдина М.В. Многоформная экссудативная эритема клинические, иммунологические и терапевтические особенности // Лечащий врач. – 2009. – № 3. – С. 14-17.
13. Мазур М.А. Патогенетическое обоснование дифференцированного лечения многоформной экссудативной эритемы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 25 с.
14. Почтарь В.Н. Взаимосвязь показателей иммунограммы и полиморфизма гена 17A G-197A у больных с многоформной экссудативной эритемой слизистой оболочки полости рта // Вестник стоматологии. – 2015. – № 2 (91). – С. 38-42.
15. Почтарь В.Н. Диагностическое значение содержания тромбоцитов у больных с многоформной экссудативной эритемой слизистой оболочки полости рта // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 93-99.
16. Почтарь В.Н., Шнайдер С.А., Левицкий А.П. Биохимические исследования ротовой жидкости у пациентов с многоформной экссудативной эритемой // Клиническая стоматология. – 2016. – № 2 (78). – С. 28-33.
17. Резниченко Н.Ю. Многоформная экссудативная эритема: современные взгляды на этиологию, классификацию и лечение (обзор литературных источников) // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2016. – Т. 1-4. – С 78-81.
18. Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Ахматов Э.А. Изучение экспрессии толл-подобных рецепторов у больных инфекционно-аллергической формой многоформной экссудативной эритемы // Инфекция и иммунитет. – 2012. – № 1-2. – С. 323.
19. Сорокина Е.В., Ахматова Н.К. Изучение динамики сывороточных цитокинов у больных многоформной экссудативной эритемой // Российский иммунологический журнал. – 2013. – Т. 7 (16), № 1. – С. 70-76.
20. Сорокина Е.В., Ахматова Н.К., Сходова С.А., Масюкова С.А., Чалая Е.Л. Эффекторы врожденного иммунитета в патогенезе и дифференциальной диагностике эритем // Клиническая дерматология и венерология. – 2017. – Т. 16, № 2. – С. 24-32.
21. Купцова Ю.С., Дибцева Т.С., Старикова И.В., Кремнева Д.С. Встречаемость многоформной экссудативной эритемы в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта // Colloquium-journal. – 2018. – № 5 (16). – С. 17-19.
22. Сулейманов А.М., Убайдуллаев М.Б. Многоформная экссудативная эритема: триада симптомов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2019. – № 6 (84). – С. 45-47.

23. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Сысоева О.В., Улько Т.Н. Клинический случай проявления многоформной экссудативной эритемы // Проблемы стоматологии. – 2012. – № 1. – С. 29-31.
24. Бузаева Н.С., Хазова Е.Ю. Случай многоформной экссудативной эритемы (клиническое наблюдение) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – № 5. – С. 388.
25. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Маркова Г.Б., Журавлева Е.Г., Кудина М.О. Дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы как способ идентификации диагноза // Российская стоматология. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 3-5.
26. Порошина Л.А., Байбурина Л.Г., Шумак А.А. Многоформная экссудативная эритема // Научные стремления. – 2012. – № 4. – С. 111-120.
27. Талалайко О.С., Власова Д.В. Особенности течения многоформной экссудативной эритемы в старческом возрасте // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – № 4. – С. 277.
28. Мавров Г.И., Запольский М.Э. Герпес-ассоциированная многоформная экссудативная эритема – клинические, анамнестические и лабораторные особенности // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2013. – № 1-4. – С. 7-12.
29. Халдина М.В. Герпес-ассоциированная многоформная экссудативная эритема. Клиника, иммунология, диагностика, терапия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 21 с.
30. Шнайдер С.А., Денисова М.Т. Роль и место детерминант гуморального иммунитета в патогенезе герпесассоциированной многоформной эритемы // Вестник стоматологии. – 2017. – № 3 (100). – С. 26-30.
31. Шнайдер С.А., Денисова М.Т. Герпес-ассоциированная многоформная экссудативная эритема: клинические особенности развития и течения // Вестник стоматологии. – 2018. – № 3 (104). – С. 27-31.
32. Шнайдер С.А., Денисова М.Т., Нонева Н.О. Изменения иммунного статуса больных герпесассоциированной многоформной экссудативной эритемой после проведенного лечения // Вестник стоматологии. – 2018. – № 4 (105). – С. 7-11.
33. Firoozeh S., Ajit A., Christopher Z., P Michele W. Erythema multiforme: a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment // Dent Clin North Am. – 2013. – Vol. 57, № 4. – P. 583-596.

34. Lerch M. [et al.] Current perspectives on erythema multiforme // *Clinical reviews in allergy & immunology*. – 2018. – Vol. 54, № 1. – P. 177-184.
35. Sokumbi O., Wetter D.A. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist // *International journal of dermatology*. – 2012. – Vol. 51, № 8. – P. 889-902.
36. Turnbull N. Persistent erythema multiforme associated with Epstein-Barr virus infection / Turnbull N, Hawkins D, Atkins M, Francis N, Roberts N. // *Clin. Exp. Dermatol.* – 2014. – Vol. 39(2). – P. 154-157.
37. Vargas-Hitos J.A., Manzano-Gamero M.V., Jiménez-Alonso J. Erythema multiforme associated with *Mycoplasma pneumonia* // *Infection*. – 2014. – Vol. 42, № 4. – P. 797-798.
38. Yavuz İ.H. [et al.] Erythema multiforme; sixty six case series with review of literature // *Eastern Journal of Medicine*. – 2018. – Vol. 23, № 4. – P. 308-312.
39. Asturias A.D.H. Erythema Multiforme Induced by Tramadol: An Allergy Assessment // *J. Investig Allergol Clin Immunol.* – 2020. – Vol. 30, № 4. – P. 281-304
40. Vern-Gross T.Z., Kowal-Vern A. Erythema multiforme, Stevens Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis syndrome in patients undergoing radiation therapy: a literature review // *American journal of clinical oncology*. – 2014. – Vol. 37, № 5. – P. 506-513.
41. Watanabe T., Abe M., Tada F., Aritomo K., Ochi H., Koizumi Y., Hiasa Y. Drug-induced liver injury with serious multiform exudative erythema following the use of an over-the-counter medication containing ibuprofen // *Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 54, № 4. – P. 395-399.
42. Yonekura K., Tokunaga M., Kawakami N., Takeda K., Kanzaki T., Nakano N., Utsunomiya A. Cutaneous adverse reaction to mogamulizumab may indicate favourable prognosis in adult T-cell leukaemia-lymphoma // *Acta dermato-venereologica*. – 2016. – Vol. 96, № 7. – P. 1000-1002.
43. Чернышева Н.Д., Епишова А.А. Опыт использования препарата найз при лечении многоформной экссудативной эритемы // *Проблемы стоматологии*. – 2012. – № 2. – С. 42-45.
44. Асхаков М.С., Чеботарев В.В. Эритемы инфекционно-аллергической природы // *Вестник молодого ученого*. – 2017. – № 4 (19). – С. 33-38.
45. Валидация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г. М. Барер [и др.] // *Стоматология*. – 2007. – № 5. – С. 27–30.

46. Оправин А.С., Оводова Г.Ф., Кузьмина Л.Н., Бескаравайная А.В. Оценка качества жизни на основе опросника ОНП-14//Медицина в Кузбассе.– 2009. –№ 2.– С. 134-135.
47. Борисова Э.Г., Комова А.А., Никитина Е.А., Пендюрина М.К. Оценка качества жизни у пациентов с болевыми и парестетическими симптомами слизистой оболочки полости рта / Здоровье и образование в XXI веке. The Journal of scientific articles “Health and Education Millennium”, 2018. Vol. 20. No 9 <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-9> -57-61
48. Fuoad S.A.A. [et al.] Erythema Multiforme Versus Herpes Simplex Virus, What is the Diagnosis? A Review and a Case Report // Biomedical and Pharmacology Journal. – 2019. – Vol. 12, № 04. – P. 2123-2132.
49. Lerch M. [et al.] Current perspectives on erythema multiforme // Clinical reviews in allergy & immunology. – 2018. – Vol. 54, № 1. – P. 177-184.
50. Гнатовская Н.А. Повышение эффективности ранней диагностики и консервативного лечения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта: автореферат дисс. к.м.н. / Гнатовская Наталья Андреевна; Приволжский исследовательский медицинский университет. – Нижний Новгород, 2019. – 24 с.
51. Shnaider S.A., Denisova M.T., Noneva N.O. Evaluation of endogenous intoxication in patients on herpesassociated multiforme exudative erythema // Journal of Education, Health and Sport. – 2017. – Vol. 7, № 2. – P. 757-764.
52. Krishnankutty K.N., Chaudhuri K., Ashok L. Erythema multiforme: a case series and review of literature // Open Access J. Trans Med Res. – 2018. – Vol. 2, № 4. – P. 124-30.
53. Pochtar V.N. Estimation of epitelization of erosions and lesions of the multiple shell of the morbidity of the mouth with the use of pathogenetically oriented treatment of patients with multiforme exudative erythema // Journal of Education, Health and Sport. – 2016. – Vol. 6, № 11. – P. 835-849.
54. Ran L.I., Ren L. Progress of diagnosis and treatment of exudative erythema multiforme in children // Chinese Pediatric Emergency Medicine. – 2015. – Vol. 10. – P. 722-724.
55. Андрианова И.И., Колесник В.М., Галкина О.П., Островский А.В. Лечение эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта с использованием Солкосерил дентальной адгезивной пасты // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19. – № 1. – С. 5-7.

56. Круглова Н.В., Тиунова Н.В., Лукиных Л.М. Случай успешного лечения многоформной экссудативной эритемы (синдрома Стивенса-Джонсона) // Современные технологии в медицине. – 2013. – Т. 5, № 3. – С. 116-118.
57. Лукиных Л.М., Толмачева С.М., Тиунова Н.В. Особенности проведения профессиональной гигиены при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки полости рта //DentalForum. – 2013. – № 5.–С. 36.
58. Почтарь В.Н., Левицкий А.П., Макаренко О.А. Влияние сочетанного применения солкосерила, лизомукоида, квертулина на микробиоценоз ротовой полости у больных с многоформной экссудативной эритемой // Вестник стоматологии. – 2016. – № 2 (95). С. 22-27.
59. Шихнебиев Д.А., Мурадова В.Р., Шихнабиева Э.Д. Синдром Стивенса-Джонсона как проявление тяжелой формы лекарственной аллергии: варианты течения (клинические случаи) // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2019. – № 1 (30). С. 42-46.
60. Шумский А.В. Опыт применения препарата Камистад® у пациентов с инфекционно-аллергическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта с эрозивным синдромом //Практическая медицина.– 2009. – № 33. –С 101-102.
61. Якубович А.И., Цыренова С.А., Осипова Е.А. Клинический случай развития многоформной экссудативной эритемы, токсико-аллергического типа // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – Т. 132, № 1. – С. 113-115.
62. Kumar S.S., Parveen S., Samuel S.B. A Case Report on Erythema Multiforme (EM): Systemic and topical steroidal therapy, along with antibiotics // International Journal of Pharmacy Research & Technology. – 2020. – Vol. 10, № 1. – P. 5-8.
63. Кузьмук-Хрусталева Д.Ю., Короткий Н.Г., Кубылинский А.А., Уджуху В.Ю., Стовбун С.В., Кучеров В.А. Эффективность нового вида иммуномодулирующей терапии больных многоформной экссудативной эритемой // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 50-53.
64. Кузьмук-Хрусталева Д.Ю. Патогенетическое обоснование применения панавира в комплексной терапии больных многоформной экссудативной эритемой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 25 с.
65. De Risi-Pugliese T. [et al.] Interventions for erythema multiforme: a systematic review // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2019. – Vol. 33, № 5. – P. 842-849.

66. Oak A.S.W., Seminario-Vidal L., Sami N. Treatment of antiviral-resistant recurrent erythema multiforme with dapsone // *Dermatologic therapy*. – 2017. – Vol. 30, № 2. – P. 12449.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Вилова Татьяна Владимировна, профессор кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения РФ.

Конфликт интересов: отсутствует.

Кузьмина Людмила Николаевна, доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент, кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения РФ.

Конфликт интересов: отсутствует.

Оводова Галина Федоровна, доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент, кандидат медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

Максимовская Людмила Николаевна, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова, профессор, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

Лукина Галина Ильхамовна, профессор кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

Абрамова Марина Яковлевна, профессор кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ имени А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: врачи-стоматологи, врачи-дерматовенерологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности рекомендаций (УДР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДР	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе 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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе

основанных на использовании природных лечебных факторов (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)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже, чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 786н (ред. от 18.02.2021) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

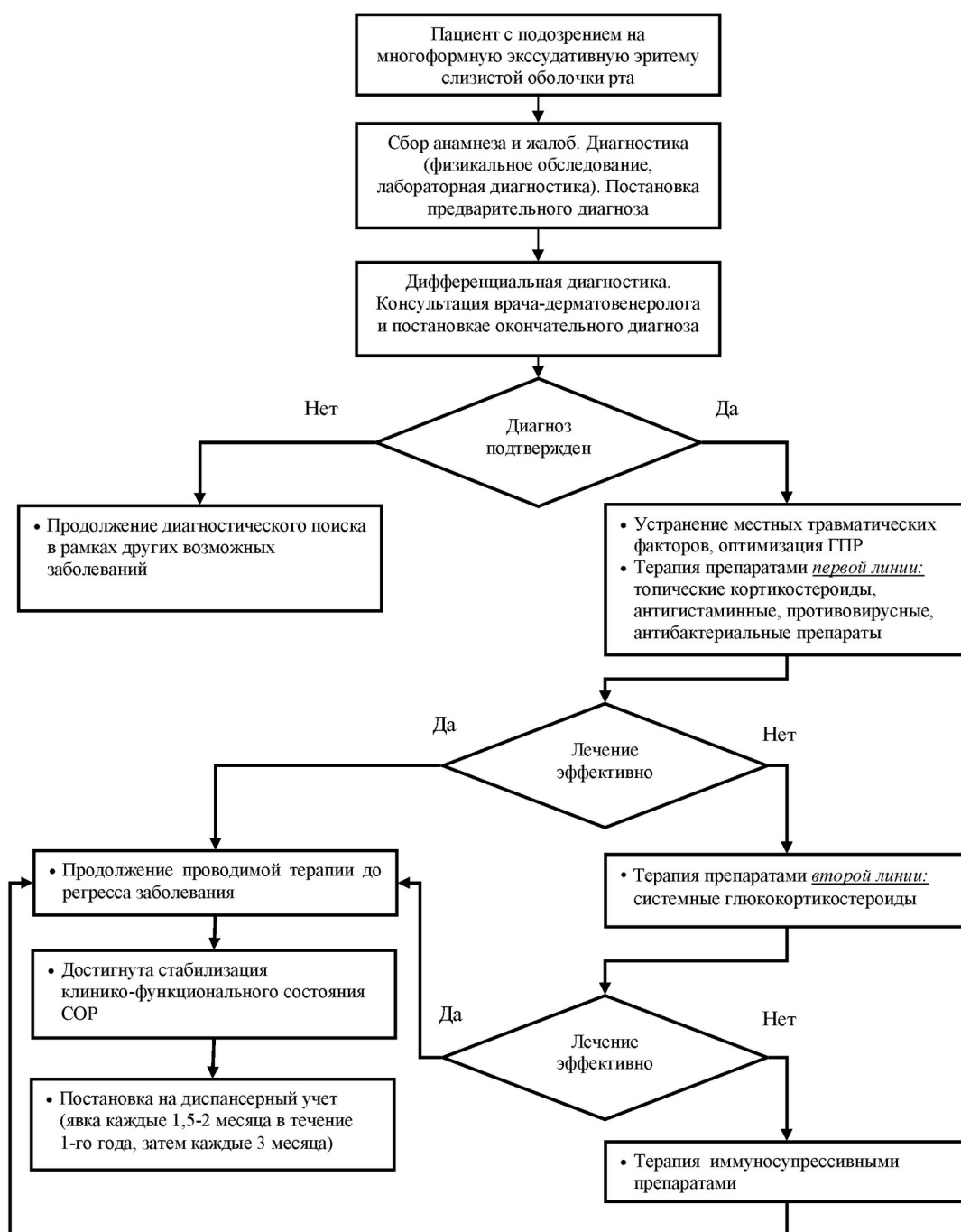
4. Государственный реестр лекарственных средств (часть первая) от 09 мая 2021 г.: обновленный (дополненный) перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов // СПС «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119873/#dst0 (дата обращения: 20.05.2021).

5. Государственный реестр лекарственных средств (часть вторая) от 09 мая 2021 г.: обновленный (дополненный) перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов // СПС «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131633/6ec8a2ca785c4ea1abfd584a0f7397bc5987f056 (дата обращения: 20.05.2021).

6. Анатомо-терапевтическо-химическая (АТХ) классификация / Справочник кодов российских классификаторов. – URL: <https://classinform.ru/atc-classifikacija/kod-atc-d07bb-kortikosteroidy-umerenno-aktivnye-v-kombinatcii-s-antiseptikami.html> (дата обращения 13.11.2022).

7. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022 № 68288) // СПС «Консультант Плюс». URL: <http://www.consultant.ru> (дата сохранения: 12.05.2022).

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Уважаемый пациент, пожалуйста, ознакомьтесь с краткой информацией о многоформной экссудативной эритеме – заболевании, отличающемся сочетанным поражением кожи и слизистой оболочки рта.

Если у Вас возникнут вопросы о причинах, развитии, методах лечения этого заболевания и его возможных побочных реакциях – обратитесь к своему лечащему врачу.

Многоформная экссудативная эритема – это:

- сочетанное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, при котором часто поражается слизистая оболочка рта, щеки и губы;
- заболевание с невыясненной этиологией – его точные причины не известны;
- заболевание, чаще возникающее у лиц, страдающих иммунными нарушениями, вирусным гепатитом, воспалительной болезнью кишечника, рецидивирующим простым герпесом;
- заболевание, чаще возникающее у лиц, имеющих очаги фокальной инфекции (как правило, гранулирующие формы периодонтита, хронический тонзиллит, отит, гайморит);
- заболевание неинфекционной природы, не передающееся воздушно-капельным, половым и иными другими путями;
- генетически не связанное заболевание, не передающееся от родителей детям;
- заболевание, которое чаще возникает у взрослых мужчин молодого возраста и женщин старше 40 лет;
- заболевание, которое, может быть, связано с побочным действием некоторых лекарственных препаратов, а также материалов, используемых в стоматологической практике для лечения и профилактики заболеваний зубов и полости рта;
- заболевание, при котором у ряда пациентов появляются кожные высыпания, могут поражаться кисти рук, слизистая оболочка половых органов;
- заболевание, для диагностики которого может потребоваться взятие мазка из полости рта, биопсия, анализ крови и другие дополнительные методы исследования;
- заболевание, склонное к хроническому течению и обострениям при отсутствии должного лечения и диспансерного наблюдения у врача-стоматолога;
- заболевание, которое чаще протекает доброкачественно, но склонно к рецидивам в отсутствие наблюдения лечащего врача-стоматолога;
- заболевание, отдельные формы которого в отсутствие адекватного лечения и диспансерного наблюдения у врача-стоматолога, характеризуются распространенными кожными высыпаниями.

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты
состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Название на русском языке: Профиль влияния стоматологического здоровья (ОНИР-14).

Оригинальное название (если есть): Oral Health Impact Profile (ОНИР-14).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Валидация русскоязычной версии опросника ОНИР у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г. М. Барер [и др.] // Стоматология. – 2007. – № 5. – С. 27–30.

Оправин А.С., Оводова Г.Ф., Кузьмина Л.Н., Бескаравайная А.В. Оценка качества жизни на основе опросника ОНИР-14. Медицина в Кузбассе. 2009, № 2.с. 134-135.

Борисова Э.Г., Комова А.А., Никитина Е.А., Пендюрина М.К. Оценка качества жизни у пациентов с болевыми и парестетическими симптомами слизистой оболочки полости рта / Здоровье и образование в XXI веке. The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium», 2018. Vol. 20. No 9 <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-9-57-61>

Тип (подчеркнуть): шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): _____

Назначение: субъективная оценка пациентом влияния стоматологического здоровья на качество жизни.

Содержание (шаблон):

Уважаемый пациент, мы просим Вас заполнить эту анкету. Это поможет нам в диагностике, дальнейшей работе и сделает лечебный процесс более эффективным. На каждый из вопросов выберите, пожалуйста, только один из вариантов ответа.

Ф.И.О.: _____

Дата: _____

До / После лечения (ненужное зачеркнуть)

№	Вопрос	Варианты ответов
	Проблемы при приеме пищи	
1	Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
2	Испытываете ли Вы болевые ощущения в полости рта?	Никогда Почти никогда Иногда Часто

		Очень часто
3	Вызывает ли у Вас затруднение прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
4	Питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
5	Приходится ли Вам прерывать прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
Проблемы в общении		
6	Испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
7	Испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
8	Чувствуете ли Вы себя стесненным в общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
9	Ставят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас в неловкое положение?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
10	Приводят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас к повышенной раздражительности при общении с людьми?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
Проблемы в обычной работе		
11	Испытываете ли Вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
Проблемы с полноценным отдыхом		
12	Мешают ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вам отдыхать/расслабляться?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто

13	Становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто
14	Приходится ли Вам полностью “выпадать из жизни” из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?	Никогда Почти никогда Иногда Часто Очень часто

Ключ (интерпретация):

Каждому из ответов присваивается количество баллов: никогда – 0 баллов, почти никогда – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, очень часто – 4 балла.

Производится расчет интегрального показателя ОНП-14 путем суммирования баллов по всем вопросам.

Для оценки влияния стоматологического здоровья в части, как состояние зубов, протезов или слизистой оболочки полости рта сказывается на питании и приеме пищи, на коммуникативной и трудовой деятельности, отдыхе и самочувствии, рассчитывается сумма баллов по каждой из этих шкал.