|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Эритема многоформная** |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **L51.0/L51.8/L51.9** |
| возрастная группа: | Взрослые и дети |
| Год утверждения: |  |
| Разработчик клинической рекомендации |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»
 |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](#_Toc22566723)

[Термины и определения 5](#_Toc22566724)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566728) 6

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 6](#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566730) 6

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566731) 7

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики](#_Toc22566732) 8

[2.1 Жалобы и анамнез](#_Toc22566733) 8

[2.2 Физикальное обследование](#_Toc22566734) 8

[2.3 Лабораторные диагностические исследования](#_Toc22566735) 8

[2.4 Инструментальные диагностические исследования](#_Toc22566736) 9

[2.5 Иные диагностические исследования 9](#_Toc22566738)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 9](#_Toc22566739)

[3.1 Консервативное лечение 9](#_Toc22566740)

[3.2 Хирургическое лечение](#_Toc22566741) 12

[3.3 Иное лечение 12](#_Toc22566742)

[4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации,в том числе основанных на использовании природных лечебных фактров 12](#_Toc22566743)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 12](#_Toc22566744)

[6. Организация медицинской помощи](#_Toc22566745) 12

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)](#_Toc22566746) 13

[Критерии оценки качества медицинской помощи](#_Toc22566747) 13

[Список литературы](#_Toc22566748) 14

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 14](#_Toc22566749) 15

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций **Ошибка! Закладка не определена.**](#_Toc22566750)16

[Целевая аудитория клинических рекомендаций:](#_Toc18751397) 16

[Таблица П1- Уровни достоверности доказательств для методов диагностики](#_Toc18751398) 16

[Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций](#_Toc18751399) 16

[Порядок обновления клинических рекомендаций](#_Toc18751400) 17

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата](#_Toc22566751) 18

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача](#_Toc22566759) 19

[Приложение В. Информация для пациента](#_Toc22566760) 20

Список сокращений

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

МКБ – международная классификация болезней

МЭ – многоформная эритема

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

Термины и определения

Многоформная эритема – 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.

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

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

**Многоформная эритема (МЭ)** – 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.

## 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 многоформной эритемы связано с герпетической инфекцией; также возможна манифестация заболевания под влиянием вирусов гепатитов В и С, Эпштейна-Барра, аденовирусов, Mycoplasma pneumonia, 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 сенсибилизированными Т-хелперами (CD4+ Т-лимфоцитами).

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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).

## 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

L51.8 – Другая эритема многоформная

L51.9 – Эритема многоформная неуточненная

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации многоформной эритемы не существует.

В зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют две формы многоформной эритемы:

1. легкую (малую) форму, при которой отсутствует поражение слизистых оболочек, общее состояние больного не нарушено;
2. тяжелую (большую) форму, характеризующуюся распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, общим недомоганием.

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

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.

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»). Субъективно высыпания сопровождаются зудом. Пузыри округлой формы, небольшие, плоские, имеют толстую покрышку, наполнены опалесцирующей жидкостью, расположены, как правило, в центре папул. Патологические элементы склонны к слиянию с образованием гирлянд и дуг.

Вторичными морфологическими элементами при многморфной 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.

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

## Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины и данных анамнеза.

## 2.1 Жалобы и анамнез

Субъективные клинические проявления многоморфной эритемы описаны в разделе «Клиническая картина».

## 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления многоморфной эритемы, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендовано** при тяжелом течении заболеванияпроведение общего (клинического) анализа крови для оценки общего состояния пациента [1].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** при тяжелом течении заболевания отмечается повышение СОЭ, умеренный лейкоцитоз.

* **Рекомендуется** в случае затруднений в диагностике многоформной эритемы с целью уточнения диагноза прижизненное патолого-анатомическоей исследование биоптата кожи [1].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** при гистологическом исследовании наблюдаются: отек сосочкового слоя, инфильтрация дермы различной интенсивности. Инфильтрат состоит из лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов. В базальных клетках эпидермиса наблюдается вакуольная дистрофия. В некоторых участках клетки инфильтрата могут проникать в эпидермис и в результате спонгиоза образовывать внутриэпидермальные пузырьки. Вакуольная дистрофия и выраженный отек сосочкового слоя дермы могут приводить к образованию субэпидермальных пузырей.

* **Рекомендовано** в сложных диагностических случаях с целью дифференциальной диагностики с аутоиммунными дерматозами (вульгарной пузырчаткой, паранеопластической пузырчаткой, IgA-пузырчаткой, буллёзным пемфигоидом) выполнять прямую РИФ [9].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *определяют отложение IgA или IgG в дерме и эпидермисе.*

* **Рекомендовано** при рецидивирующем течении заболевания проводить 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[10, 11].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

* **Комментарии:** *Материал – содержимое пузыря, слюна, соскоб со слизистой оболочки полости рта. Заболевание часто ассоциировано с вирусами Эпштейн-Барр, цитомегаловирус, герпес 1, 2, 6 типов [10, 11].*

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяется.

## 2.5 Иные диагностические исследования

* **Рекомендованы** консультации врача-офтальмолога (при поражении слизистых оболочек глаза), врача-оториноларинголога (при поражении слизистых оболочек полости рта и носа), стоматолога (при поражении слизистой полости рта) с целью коррекции терапии [1,9].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (**уровень достоверности доказательств – 5)**

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

## Лечение направлено на клиническое выздоровления, уменьшение тяжести общеинфекционных симптомов.

## 3.1 Консервативное лечение

Наружная терапия:

* **Рекомендовано с целью разрешения клинических симптомов** назначение одного из следующих топических глюкокортикостероидных препаратов наружно:

метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

гидрокортизона бутират 0,1% 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней [1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

бетаметазона дипропионат\*\* 0,05%, спрей 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 10-14 дней [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

* **Рекомендуется** назначение комбинированных препаратов (глюкокортикостероидные препараты + антибактериальные препараты) наружно:

бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат 2 раза в сутки на очаги поражения в течение 7-10 дней [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

Системная терапия:

* **Рекомендовано** при вторичном инфицировании или ассоциации многоформной эритемы с Mycoplasma pneumoniae назначение антибактериальных препаратов для приема внутрь:

Эритромицин 0,5–1,0 г перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [3].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2)

* **Рекомендовано** назначение одного из следующих антигистаминных препаратов:

хлоропирамин\*\* 25 мг перорально или внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

лоратадин\*\* 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7–10 дней [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

цетиризин\*\* 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7–10 дней [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

* Рекомендовано при тяжелой форме многоформной эритемы назначение одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов системного действия:

преднизолон\*\* 40–60 мг в сутки или 0,5–1 мг на кг массы тела перорально с постепенным снижением дозы в течение 2 недель [1, 2, 4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

дексаметазон\*\* 4–8 мг в сутки перорально [1, 2, 4].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:** при регрессе высыпаний дозу системных глюкокортикостероидных препаратов постепенно снижают до полной отмены.

* **Рекомендовано** при ассоциации многоформной эритемы с вирусом простого герпеса назначение одного из следующих противовирусных препаратов:

Ацикловир\*\* 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5–7 дней [5-7].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5–10 дней [6-8].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

фамцикловир 250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней [6-8].

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств 1)**

* **Рекомендовано** в случае торпидного течения многоформной эритемы профилактическое, противорецидивное, превентивное лечение ацикловиром\*\* 400 мг перорально 2 раза в сутки длительными курсами (6-12 месяцев) [8].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

* **Рекомендовано** у больных многоформной эритемы без ассоциации с инфекцией простого герпеса назначение одного из следующих иммуносупрессивных препаратов:

#дапсон 100–150 мг в сутки в течение 10-14 дней [2,8].

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств 2)**

Или

#гидроксихлорохина 200- 400 мг в сутки в течение 10-14 дней [2,8].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии**: *Детям раннего детского возраста с обширными поражениями слизистой полости рта необходимо обеспечить достаточное поступление жидкости в организм, проводить инфузионную терапию.*

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

## Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации,в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов, соответственно.

Реабилитация не разработана.

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

Курсовой прием противовирусных препаратов, особенно в весенний период, снижает вероятность рецидивов МЭ, обусловленных вирусом простого герпеса[5-8].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

**6.** **Организация оказания медицинской помощи**

Показаниями к госпитализации являются:

* тяжелое течение многоформной эритемы;
* отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

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

Рецидивирующее течение многоморфной эритемы часто ассоциировано с вирусом протого герпеса, а также может наблюдаться при хронических вирусных гепатитах В и С, онкологических заболеваниях.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Проведена наружная терапия топическими глюкокортикостероидными препаратами | 2 | С |
| 2 | Проведена системная терапия: антигистаминные, глюкокортикостероидные и противовирусные препараты  | 1, 2, 2 | A, B, C |
| 3 | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление) | 4 | С |

**Список литературы**

1. Katsambas A.D., Lotti T.M. European handbook of dermatological treatments. Springer. 2003; 515–517.
2. Samim F, Auluck A, Zed C, Williams PM. Erythema multiforme: a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment. Dent Clin North Am. 2013 Oct;57(4):583-96.
3. Canavan TN, Mathes EF, Frieden I, Shinkai K. Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2015 Feb;72(2):239-45.
4. Martinez A.E., Atherton D.J. High-dose systemic corticosteroids can arrest recurrences of severe mucocutaneous erythema multiforme. Pediatr Dermatol 2000; 17: 87–90.
5. Tatnall F.M., Schofield J.K., Leigh I.M. A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. Br J Dermatol 1995; 132: 267–270.
6. Kerob D., Assier-Bonnet H., Esnault-Gelly P. et al. Recurrent erythema multiforme unresponsive to acyclovir prophylaxis and responsive to valacyclovir continuous therapy. Arch Dermatol 1998; 134 (7): 876–877.
7. Inoue K., Kano Y., Kagawa H. et al. Herpes virus-associated erythema multiforme following valacyclovir and systemic corticosteroid treatment. Eur J Dermatol 2009; 19 (4): 386–387.
8. Staikuniene J, Staneviciute J. Long-term valacyclovir treatment and immune modulation for Herpes-associated erythema multiforme. Cent Eur J Immunol. 2015;40(3):387-90.
9. Lerch M., Mainetti C., Terziroli Beretta-Piccoli B., Harr T. Current Perspectives on Erythema Multiforme. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 2018;54(1):177–184.
10. Lucchese A. From HSV infection to erythema multiforme through autoimmune crossreactivity. Autoimmun Rev. 2018 Jun;17(6):576-581.
11. Lerch M, Mainetti C, Terziroli Beretta-Piccoli B, Harr T. Current Perspectives on Erythema Multiforme. Clin Rev Allergy Immunol. 2018 Feb;54(1):177-184.

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов., директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.
2. Горланов Игорь Александрович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Заславский Денис Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Самцов Алексей Викторович – профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Хайрутдинов Владислав Ринатович – доктор медицинских наук, доцент, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

**Конфликт интересов:**

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи,.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

**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 доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (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 |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)  |
| B | 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)  |
| C | 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 клиническим рекомендациям, 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

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

**Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента**

****

Приложение В. Информация для пациента

1. Многоформная эритема – это острое инфекционно-аллергическое заболевание, которое часто развивается после перенесенной инфекции, вызванной вирусами группы герпеса или микоплазмой, реже – после приема некоторых лекарственных препаратов. Заболевание протекает остро, характеризуется своеобразным поражением кожи и слизистых оболочек, часто наблюдаются продромальные явления – недомогание, головная боль, лихорадка.
2. Частые обострения многоформной эритемы могут наблюдаться также при хронических вирусных гепатитах В и С, онкологических заболеваниях, поэтому может потребоваться стационарное обследование.

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не используются.