

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрлігінің
«Денсаулық сақтауды дамыту
республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Сараптамалық кеңесінің
2014 жылғы «12» желтоқсандағы
№ 9 хаттамасымен ұсынылған

ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫ

ЕСЕКЖЕМ

I. КІРІСПЕ БӨЛІМ

1. Хаттама атауы: Есекжем

2. Хаттама коды:

3. АХЖ X коды (кодтары)

L 50 Есекжем

4. Хаттамада пайдаланылатын қысқартулар:

АЛТ аланинаминотрансфераза

АСТ аспартатаминотрансфераза

ХПА халықаралық патенттелмеген атауы

мл миллилитр

мг миллиграмм

5. Хаттаманың әзірленген күні: 2014 жыл.

6. Пациенттер санаты: ересектер, балалар.

7. Хаттаманы пайдаланушылар: аллергологтар, дерматовенерологтар, жалпы тәжірибе дәрігерлері/ педиатрлар/ терапевттер.

II. ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ ЖӘНЕ ЕМШАРАЛАРЫ

8. Анықтамасы:

Есекжем – теріде (сілемейлі қабықтарда сирек) шектелген эритемалы немесе әртүрлі мөлшер мен нысандағы, ақ, қыштың, күлдіреуікті, кеткеннен кейін өзінің орнында қыштың із қалдырмайтын бөртпелердің (күлдіреуіктердің) пайда болуымен сипатталатын тері ауруы. Есекжем кезінде ангионевротикалық ісіну болуы мүмкін [1,2,3].

9. Клиникалық жіктелімі:

Есекжемнің клиникалық жіктелімі [1,2,3]:

Ағымы бойынша:

- жіті (6 аптаға дейін);
- созылмалы.

Бейімділігі бойынша:

- тұқым қуалайтын;
- жүре пайда болған.

Жасы бойынша:

- балалар;
- ересектер есекжемі.

Этиологиялық факторы бойынша:

- физикалық;
- идиопатиялық;
- есекжемнің басқа түрлері.

Клиникалық-патогенетикалық нұсқалар бойынша:

- аллергиялық нұсқа;
- жалған аллергиялық нұсқа.

10. Емдеуге жатқызу түрі көрсетілетін емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер:

Шұғыл емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер:

- көмей аймағындағы ангионевротикалық ісік;
- анафилаксиялық реакциялар.

Жоспарлы емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер:

- жіті есекжем;
- 10 күн бойына амбулатория жағдайында жүргізілетін терапияның оң нәтиже бермеуі.

11. Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралардың тізбесі

11.1. Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау:

- жалпы қан анализі;
- жалпы несеп анализі;
- нәжісті ішқұрттарға тексеру;
- ИФА әдісімен қан сарысуындағы Ig E (жалпы) анықтау;

11.2. Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау:

- қанның биохимиялық талдауы (глюкозаны, жалпы ақуызды, холестеринді, креатининді, несепнәрді анықтау);
- тері қырындысын зеңге микроскопиялық зерттеу;
- бактериологиялық зерттеу (нысаптың (фекалии), ұлтабар жынының, ауыз жұтқыншақтан және басқа да созылмалы жұқпа ошақтарынан алынған материалдың);
- ИФА әдісімен токсокара, жылауыққұрт (эхинококк), трихинелла және/немесе басқа да паразиттердің антигендеріне антиденелерді табу;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- өтті себумен ұлтабарға сүңгі салу;
- in vivo (телімді IgE аллергиялардың құрамын анықтау) және in vitro (тері және арандату сынамалары, толық ремиссия кезеңінде) аллерготесттері.

11.3 Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет зерттеп-қараудың ең аз тізбесі:

- жалпы қан анализі;
- жалпы несеп анализі;
- нәжісті ішқұрттарға тексеру.

11.4 Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау:

- қанның биохимиялық талдауы (билирубинді, АЛТ, АСТ анықтау).

11.5 Стационарлық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау: жүргізілмейді.

11.6 Жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде жүргізілетін диагностикалық іс-шаралар: шоктың дамуын болдырмау мақсатымен АҚ, ЖЖЖ, тыныс алуды бақылау.

12. Диагностикалық критерийлер [2,3,4,5]

12.1 Шағымдар және анамнез:

Шағымдар:

- біртекті пішінді ірі түйіндақтарға бірігетін, терінің деңгейінен көтеріңкі тұратын, ісінген ашық қызыл түсті күлдіреуіктер түріндегі бөртулердің күтпеген жерден пайда болуы, элементтердің бір бөлігі шектеулі болып қала береді (жіті есекжем кезінде);
- ізсіз кетіп қалатын күлдіреуіктер (кейде бірнеше минуттан кейін);
- папулалар (созылмалы есекжем кезінде);
- кенеттен тері мен тері асты шелмайының шектеулі ісігінің пайда болуы (Квинке ісігі);
- күтпеген жерден қышудың, ашып ауырудың, қалтыраудың немесе қызыну сезімінің, тұншығудың пайда болуы;
- жалпы жай-күйінің бұзылуы: қызба (есекжем қызбасы);
- дауыстың қарлығуы, демікпе.

Анамнез:

- бұрын Квинке ісігін, есекжем эпизодтарын бастан өткеруі;
- тұрмыстық химия өнімдерін, дәрілік препараттарды, шығу тегі өсімдік және жануар болатын тағам өнімдерін, косметикалық құралдарды көтере алмау (әртүрлі көріну нұсқаларындағы аллергиялық реакциялар).

12.2. Физикалық зерттеп-қарау:

Құбылмалы экссудаттық жолақсыз элементтер/күлдіреуіктер:

- ісінген, тығыз, ашық қызыл түсті;
- тері деңгейінен көтеріңкі тұратын;
- әртүрлі өлшемдегі (диаметрі 0,5 см-ден 10-15 см-ге дейін);
- әрқилы кесіндегі (дөңгелек, ірі фестондық және т.б.);
- ортасының ақтаңдақ болуы жиі кездеседі.

Терінің шектеулі ісігі (алып есекжем, жіті шектеулі Квинке ісігі):

- сілемейлі қабықтардың (тіл, көмей, көздің конъюнктивтері, мұрын жұтқыншақ), беттің (ерін, ұрт, қабақ және т.б.) және/немесе жыныс мүшелерінің;
- субъективті сезінулердің болмауымен бірге, тері мен сілемейлі қабықтар тығыз серпінді консистенцияда, ақ, сиректеу – қызғылт түсті болады.

12.3 Зертханалық зерттеулер [5, 6, 7, 8, 9, 10]:

Жалпы қан талдауы: эозинофилдердің көбеюі (эозинофилия).

Қан ИФА: қан сарысуында себептік-маңызды аллергендерге телімді IgE және жалпы IgE деңгейінің көтеріңкі болуын айқындау.

12.4 Аспаптық зерттеулер:

Аллергендермен сызаттаушы (скарификациялаушы) сынамалар: белгілі бір аллергияларға оң нәтижелер.

12.5 Арнаулы мамандардың консультациясы үшін көрсетімдер:

12.6 Сараланған диагноз [1,2, 5, 6, 7, 8, 9, 10]:

1-кесте. Есекжемнің негізгі клиникалық-зертханалық сараланған-диагностикалық белгілері

Критерийлер	Есекжем	Күлдіреуікті васкулит	Токсикодермиялар	Дюринг ұшық тәріздес дерматиті
Бөртпелердің мінездемесі	Ісінген, тығыз, ашық қызғылт түсті, тері деңгейінен көтеріңкі тұратын, әртүрлі өлшемдегі (диаметрі 0,5 см-ден 10-15 см-ге дейін) және кескіндегі (дөңгелек, ірі фестондық және т.б.), жиі ортасында ақтандақ жері бар күлдіреуіктер .	Тері жабының түрлі аймақтарына шығатын, әртүрлі үлкендіктегі күлдіреуіктер	Тері мен сілемейлі қабықтарда эритемалы-сквамозалық, везикулалық және буллездық элементтер басым болатын көп тұрпатты (полиморфтық), көбіне симметриялы бөрту элементтері	Күлдіреуіктің көп тұрпатты (полиморфтық) элементтері, көпіршіктер мен көбіктер айқындалады.
Үдерістің ағымы	Күлдіреуіктер ізсіз кетіп қалады (кейде бірнеше минуттан кейін); папулалар	Әдетте, бөртпелер 1-3 және одан да көп тәулік сақталады.	Бөртпелер сақталады және емдеу болмаған кезінде үдерістің жалпылай жайылуына	Үдеріс емсіз - дененің басқа да аймақтарында жаңа элементтердің пайда

	(созылмалы есекжем кезінде тәуліктен астам уақыт сақталуы мүмкін.		бейім болады.	болуымен үдей түседі.
Қышудың қарқындылығы	Айқын қышыну, ашып ауыру	Науқастар қышынуға қарағанда ауырсыну сезіміне жиі шағымданады	айқын	айқын
Науқастардың жалпы жай-күйі	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: қалтырау, буын сырқырауы, тұншығу; дауыстың қарлығыуы, еңтігу, қызба (есекжем қызбасы).	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы, іштегі ауырсыну, дене қызуының көтерілуі.	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы, дене қызуының көтерілуі, диспепсиялық бұзылыстар	Жалпы жай-күйдің бұзылуы: буын сырқырауы, дене қызуының көтерілуі.
Зертханалық көрсеткіштер	Эозинофилдердің көбеюі; қан сарысуындағы Ig E жоғары деңгейі.	ЭШЖ жоғары, иммуноглобулиндер қатынасының өзгеруі, комплементтің гемолитикалық белсенділігі	ЭШЖ 15-тен 40 мм/с дейін жоғары, ауырлығына қарай, эозинофилдердің көбеюі 10-нан 40%-ға дейін	Қандағы және көпіршік сұйықтығындағы эозинофилдердің көбеюі 10-30%-ға дейін, сондай-ақ йод препараттарына жоғарғы сезімталдық.

13. Емдеу мақсаттары:

- клиникалық симптомдарды тоқтату;

- асқынудың дамуын болдырмау;

14. Емдеу тактикасы.

14.1 Дәрі-дәрмексіз емдеу:

Режим: Жалпы.

Гипоаллергендік емдәм: №7 үстел (облигатты тағамдық аллергияларды, сығып алынған заттарды, ішімдікті рационнан және т.б.).

Элиминациялық іс-шаралар жүргізуді қамтамасыз ету: түрлі аллергиялармен жанауды болдырмау мақсатымен үй-жайларды дымқыл жиыстыру.

14.2. Дәрі-дәрмекпен емдеу [9, 10, 11,12,13]

2-буындағы антигистаминдік H1 бөгеушілері

Айқын аллергияға қарсы, қышынуға қарсы, қабынуға қарсы және антиэкссудаттық әрекеттерді қамтамасыз ету үшін:

- Лоратадин (дәлелділік деңгейі – В) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, №10-14: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 1 таблетка (10 мг) немесе 2 шай қасық шәрбат;
2 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға 1/2 таблетка немесе 1 шай қасық шәрбат.
- Цетиризин (дәлелділік деңгейі – С) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, № 10-14: ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 1 таблетка (10 мг) немесе 20 тамшы; 6 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға 1 таблетка (10 мг) немесе 20 тамшы (0,25 мг/дене салмағының кг есебінен);
2 жастан 6 жасқа дейінгі балаларға 5 мг (1/2 табл. немесе 10 тамшы);
1 жастан 2 жасқа дейінгі балаларға 2,5 мг (5 тамшы).
- Левоцетиризин (дәлелділік деңгейі – А) ішкізу арқылы күніне 1 рет, № 7-10 күн:
ересектер мен 6 жастан асқан балаларға 5 мг.
- Дезлоратадин (дәлелділік деңгейі – В) ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, № 10–14 күн:
ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 5 мг немесе 10 мл шәрбат;
6 жастан 11 жасқа дейінгі балаларға 5 мл (1 өлшеуіш қасық – 2,5 мг);
1 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға 2,5 мл (1/2 өлшеуіш қасық – 1,25 мг).
- Фексофенадин (дәлелділік деңгейі – Д) ересектерде ішкізу арқылы тәулігіне 1 рет, балаларда 2 рет, № 10-14 күн:
ересектер мен 12 жастан асқан балаларға 180 мг-нан;
6 жасқа дейінгі балаларға 30 мг.
- Клемастин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-2 рет, № 7-10 күн:

1 жастан 3 жасқа дейінгі балаларға 2,0-2,5 мл шәрбаттан күніне 2 рет;

3-жастан 6 жас –5,0 мл-ден (0,5 мг) күніне 2 рет;

7 жастан асқандарға 5,0-10,0 мл-ден (0,5-1,0 мг) күнінен 2 рет.

Ересектерге ішке 1 мг-нан. Бұлшықет ішіне 2 мл-ден күніне 1 рет.

- Хлоропирамин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-2 рет немесе бұлшықет ішіне 1 мл-ден, № 10-14:

ересектерге 25 мг-нан;

1 айдан 12 айға дейінгі сәбилерге - 5 мг (0,25 мл) (ұнтақталып езілген түрінде балалар тағамымен бірге);

1 жастан 6 жасқа дейінгі балаларға - 10 мг (0,5 мл) немесе 1/4 таблеткадан (8,3 мг) күніне 3 рет немесе 1/2 таблеткадан күніне 2 рет;

6 жастан 14 жасқа дейінгі балаларға - 10-20 мг (0,5-1 мл) немесе 1/2 таблеткадан (12,5 мг) күніне 2-3 рет.

- Дифенгидрамин (дәлелділік деңгейі – C) (бірінші буыны). ішкізу арқылы немесе бұлшықет ішіне 1 мл-ден 1% күніне 1-2 рет:

ересектерге 25-50 мг-нан;

1 жасқа дейінгі сәбилерге - 0,002-0,005 г-нан;

2 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға - 0,005-0,015 г-нан;

6 жастан 12 жасқа дейінгі балаларға - .

Тығындәрілерді, орташа алғанда 7-10 күн бойына, ішекті тазалау клизмасынан кейін күніне 1-2 рет немесе өз бетінше тазалаудан кейін күніне 1-3 рет тік ішекке ендіреді:

3 жасқа дейінгі сәбилерге 0,005 г-нан;

3 жастан 4 жасқа дейінгі балаларға - 0,01 г-нан;

5 жастан 7 жасқа дейінгі балаларға - 0,015 г-нан;

8 жастан – 14 жас - 0,02 г.

- Мебгидролин (дәлелділік деңгейі – D) (бірінші буыны) ішкізу арқылы тәулігіне 1-3 рет, № 7-10 дней:

ересектерге 100 мг-нан;

2 жасқа дейінгі сәбилерге 50-100 мг-нан;

2 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға 50-150 мг-нан;

5 жастан 10 жасқа дейінгі балаларға 100-200 мг-нан.

Глюкокортикоидтар.

Үдерістің ауыр өтуі кезінде мөлшері мен қайталау реттілігі әр пациентке жеке анықталады:

- Бетаметазон (дәлелділік деңгейі – D) бұлшықет ішіне, 7-10 күн ішінде 1 рет жамбас бұлшықетіне терең енгізілетін инъекцияға арналған суспензия:

ересектерге (4-8 мг) 1-2 мл;

1 жастан 5 жасқа дейінгі сәбилерге – бастапқы мөлшері 2 мг;

6 жатан 12 жасқа дейінгі балаларға 4 мг.

- Гидрокортизон (дәлелділік деңгейі – D) әр 2-6 сағат сайын вена ішіне тамшылатып енгізу, аурудың ауырлығына қарай 48-72 сағаттан көп емес: ересектерге 100 мг; балаларға кемінде 25 мг/кг/тәу.
- Дексаметазон (дәлелділік деңгейі – D) вена ішіне тәулігіне 3-4 рет немесе ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-3 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау, № 5 күн: ересектерге: 4-тен 20 мг-ға дейін немесе таблеткамен тәулігіне 10-15 мг-нан; балаларға: 0,02776-0,16665 мг/кг/тәу.(жасына қарай) мөлшеріне дейін 2,5 – 10 мг/ дененің үстіңгі бетінің ауданының м²/тәу. тағайындайды.
- Преднизолон (дәлелділік деңгейі – C) ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-3 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау, № 5 күн: ересектерге күніне 40-60 мг; балаларға 1 мг/кг/күн.
- Метилпреднизолон (дәлелділік деңгейі – C) ішкізу арқылы, тәуліктік мөлшерді 2-4 қабылдауға бөліп, тамақтан кейін қабылдау № 5 күн: ересектерге –4-тен 48 мг-ға дейін; балаларға – 0,42-1,67 мг/кг немесе 12,5-50 мг/м² /тәу.

14.2.1. Амбулаториялық деңгейде көрсетілетін дәрі-дәрмектік ем:

Негізгі дәрілік заттар тізбесі (100% тағайындау мүмкіндігі бар)

- Лоратадин - таблеткалар 10 мг, құтыдағы шәрбат;
- Цетиризин - таблеткалар 10 мг; ішке қабылдауға арналған тамшылар 10 мг/1 мл; 20 мл құты.
- Левоцетиризин - таблеткалар 5 мг;
- Дезлоратодин - құтыдағы шәрбат 2,5 мг/5 мл, таблеткалар 5 мг;
- Фексофенадин - таблеткалар 30, 120, 180 мг, суспензия 6 мг/ мл (30 мл, 300 мл);
- Клемастин - таблеткалар 1 мг, шәрбат, 2,0 мл-лік ампулалар;
- Хлоропирамин - таблеткалар, 25 мг; 1,0 мл-лік (20 мг) ампулалар;
- Дифенгидрамин - ампулалардағы инъекцияға арналған ерітінді 1% - 1мл; 20 мг; 30 мг және 50 мг-дық таблеткалар, тік ішекке қолдануға арналған тығындәрілер 5 мг, 1 мг, 15 мг және 20 мг;
- Мебгидролин - таблеткалар, драже 50 және 100 мг.

14.2.2 Қосымша дәрілік заттар тізбесі (қолданылу мүмкіндігі 100%-дан төмен):

- Бетаметазон - ампулалар 1,0 мл;
- Гидрокортизон – инъекцияға арналған суспензия 25мг/мл;
- Дексаметазон - таблеткалар 0,5 мг; 1,5 мг, ампулалар 0.4% 1.0 мл;

- Преднизолон - таблеткалар 5 мг, ампулалар 30 мг/мл;
- Метилпреднизолон - таблеткалар 4 мг; 16 мг, ампулалар 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг.

14.3 Емдеудің басқа түрлері:

14.3.1 Емдеудің амбулаториялық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

14.3.2 Емдеудің стационарлық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері: жүргізілмейді.

14.3.3 Емдеудің жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде көрсетілетін басқа түрлері: жүргізілмейді.

14.4. Хирургиялық араласу: жүргізілмейді.

14.4.1 Амбулаториялық жағдайда көрсетілетін хирургиялық араласу: жоқ.

14.4.2 Стационар жағдайында көрсетілетін хирургиялық араласу: жоқ.

14.5. Профилактикалық іс-шаралар [1,2,3,5,13]:

- сенсбилизациялаушы әлеуетті аллергендермен және факторлармен (суық, жылу, күн, физикалық жүктеме, дәрілік препараттар және т.б.) жанасуды болдырмау мақсатымен элиминациялық іс-шараларды сақтау;
- есекжемнің өршуін профилактикалау үшін, экзогендік агенттерге анықталған реакциясы бар науқастарға (жанаспалы есекжем және басқа түрлері) неғұрлым жеңіл киім киюге; жасына қарамастан (балаларға өмірінің алғашқы күндерінен бастап және ересектерге), үйден шығар алдында дененің ашық жерлеріне (бет, қол, ерін) арнайы құралдарды – теріні қорғайтын эмоменттерді жағуға кеңес беріледі;
- пациентті тұрмыстағы және өндірістегі өзін ұстау дағдыларына үйрету – аурудың ағымының, диагностикалау мен емдеудің ерекшеліктерін, симптомдық терапия жүргізудің, «жедел жәрдем» дәріқобдишасының болуы жөніндегі ұсынымдарды сақтаудың, сезімталдық спектрін ескере отырып гипоаллергендік емдәмді сақтаудың қажеттілігін түсіндіру (ауызша немесе жадынама түрінде);
- асқынған аллергологиялық анамнезге ие немесе есекжеммен ауыратын баласы бар әйелдер жүктілік кезінде гипоаллергендік емдәмді сақтауы қажет.

14.6. Әрі қарай бақылау [1,2,12,13]:

- аллергиялық генезисі болған кезінде тұрғылықты жері бойынша аллергологта диспансерлік есепке қою;
- созылмалы есекжем кезінде антигистаминдік препараттарды (екінші буын) аурудың ремиссиясы басталғанға дейін ұзақ уақыт қолдану, орташа алғанда, 3-6 ай тұрақты терапия;
- ішкі ағзалардың бар немесе тексеріп-қарау кезінде анықталған ауруларына ем жүргізу;

- 1 айдан астам уақыт қатаң элиминациялық емдәм сақтауға ұсыным беру;
- толық ремиссия басталған кезінде мамандандырылған кабинеттерде аллергологтың бақылауымен диагностикалық іс-шаралар өткізу.

15. Ем тиімділігінің және диагностикалау мен емдеу әдістері қауіпсіздігінің индикаторлары

- есекжемнің жіті және созылмалы нысандарының көрінулерін тоқтату;
- берік ремиссияға қол жеткізу;
- асқынулардың болмауы.

III. ХАТТАМАНЫ ЕНГІЗУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

16. Хаттаманы әзірлеушілердің біліктілік деректері көрсетілген тізім:

- 1) Батпенова Г.Р. м.ғ.д., профессор, ҚР ДСӘДМ бас штаттан тыс дерматовенерологы, «Астана медицина университеті» АҚ, дерматовенерология кафедрасының меңгерушісі;
- 2) Котлярова Т.В. – м.ғ.д., «Астана медицина университеті» АҚ, дерматовенерология кафедрасының доценті;
- 3) Жетпісбаева З.С. – м.ғ.к., «Астана медицина университеті» АҚ;
- 4) Баев А.И. – м.ғ.к., «ҚазТБҒЗИ» РМК аға ғылыми қызметкері;
- 5) Ахмадияр Н.С. – м.ғ.д., «АБҰҒО» АҚ, клиникалық фармаколог.

17. Мүдделер қақтығысының жоқтығын көрсету: жоқ.

18. Рецензент: Нұрпейісов Т.Т. – м.ғ.д., доцент, Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ Республикалық аллергология орталығының басшысы, ҚР ДСӘДМ бас штаттан тыс аллергологы.

19. Хаттаманы қайта қарау шарттарын көрсету: хаттаманы 3 жылдан кейін және/немесе дәлелділіктің неғұрлым жоғары деңгейі бар диагностикалаудың/емдеудің жаңа әдістері пайда болған кезде қайта қарау.

20. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі (хаттама мәтінінде аталған көздерге шынайы зерттеулердің сілтемелері қажет):

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей под ред. А.А. Кубановой. – Москва, изд-во «Литтерра». – 2005.- С. 248-265.
2. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей/Под ред. Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Т.2.- 878 с.

3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.Кубановой.-М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35.
4. Лечение кожных и венерических болезней: И.М. Романенко, В.В.Кучага, С.Л. Афонин - Мединформ агенство 2006. Т.2-885 с.
5. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: П.Альтмайер – изд.дом. ГЭОТАР-МЕД, 2003 год, 1246 с.
6. High-dose desloratadine decreases wheal volume and improves cold provocation thresholds compared with standard-dose treatment in patients with acquired cold urticaria: a randomized, placebo-controlled, crossover study. Siebenhaar F, Degener F, Zuberbier T, Martus P, Maurer M. // Source. Allergie-Centrum-Charité, Department of Dermatology and Allergy, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19201016>.
7. How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. Grob JJ, Auquier P, Dreyfus I, Ortonne JP. //Source. Hôpital Ste Marguerite, Marseille, France. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19133920>.
8. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs desloratadine 5 mg in seasonal allergic rhinitis patients. Bachert C, Kuna P, Sanquer F, Ivan P, Dimitrov V, Gorina MM, van de Heyning P, Loureiro A; Bilastine International Working Group. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19132976>.
9. Comparative inhibition by bilastine and cetirizine of histamine-induced wheal and flare responses in humans. Church MK. // Source. Department of Dermatology and Allergy, Allergy Centre Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. mkc@southampton.ac.uk. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21874559>
10. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Source. // UKCC (Bahrain Branch), Ministry of Health, Bahrain, Box 25438, Awali, Bahrain. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419335>
11. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Grattan CE, Humphreys F, British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Br. J. Dermatol. 2007 Dec;157(6):1116-23. <http://guideline.gov/content.aspx?id=12328&search=urticaria+and+hydrocortisone>
12. Observation on therapeutic effect of acupoint injection desensitization with autoblood on chronic urticaria. Article in Chinese. Xiu MG, Wang DF. Source. Xuyi Skin and Sexually Transmitted Disease Hospital of Jiangsu Province, Huai'an 211700, China. xyxxmg@163.com. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedterm=dexamethasone % 20urticaria](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedterm=dexamethasone%20urticaria).
13. Urticaria: Evaluation and Treatment PAUL SCHAEFER, MD, PhD, University of Toledo College of Medicine, Toledo, Ohio Am Fam Physician. 2011 May 1;83(9):1078-1084.