O’zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2025 yil "15" sentabrdagi
287-sonli buyrug’iga
3-ilova

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASh VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYoT MARKAZI

"GIPERGIDROZ (KO‘P TERLASh) "DA TIBBIY KOSMETOLOGIYADA TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

"TASDIQLAYMAN"
O‘zR SSV "RIDvaKIATM" DM
direktori v.b.
U.Yu. Sabirov

_____

2025 yil "____" _____

"GIPERGIDROZ (KO‘P TERLASH) "DA TIBBIY KOSMETOLOGIYADA TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOShKENT 2025

"GIPERGIDROZ (KO‘P TERLASh) " NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK TASHXISLASh VA DAVOLASH PROTOKOLLARI

Toshkent-2025

Kirish qismi

XKT-10/11 kodlari:

R61	Gipergidroz (ortiqcha terlash)	EE00.0	Birlamchi (mahalliy) gipergidroz
R61.0	Birlamchi (mahalliy) gipergidroz	EE00.1	umumlashgan gipergidroz
R61.1	Umumlashtirilgan gipergidroz	EE00.Z	Aniqlanmagan gipergidroz
R61.9	Aniqlanmagan gipergidroz		
	https://mkb-10.com/index.php?pid=17229		https://www.findacode.com/icd-11/code-1645784155.html

Bayonnoma ishlab chiqilgan va qayta ko‘rib chiqilgan sana: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqilgan sana 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e’lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas’ul muassasa:

Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar hissa qo‘shdilar:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a’zolari:

1.	U.Yu. Sabirov	Markaz direktori, t.f.d., professor	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi "RIDvaKIATM"
2.	Xodjaeva M.B.	Dermatovenerolog	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi "RIDvaKIATM"
3.	B.D. Hayitov	Tayanch doktorant	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi "RIDvaKIATM"

Taqrizchilar:

1. Tsoy Natalya Olegovna - "Astana tibbiyot universiteti" NTM "Dermatovenerologiya va dermatokosmetologiya" kafedrasi dosenti, PhD
2. Mavlyanova Sh.Z. — Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining dermatozlar muammolarini o‘rganish ilmiy laboratoriyasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - tibbiyot fanlari doktori, davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.
2. Jalilov Dilshod Sayfullaevich - ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.n.

Ushbu milliy klinik protokol va standart sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari E.I.Basitxanova, tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh.K.Almardonov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R.Nurimova rahbarligida, shuningdek, bo‘lim bosh mutaxassisi G.T.Jumaeva va bo‘lim yetakchi mutaxassisi N.F.Raximovalarning tashkiliy va amaliy yordami bilan ishlab chiqilgan.

Muhokama bayonnomasidan ko‘chirma sanasi va raqami: O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi "RIDvaKIATM" Ilmiy kengashining 26.06.2025 yildagi 6-sonli bayonnomasidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar;
2. Tibbiy kosmetologlar;
3. Umumiy amaliyot shifokorlari;
4. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
5. Klinik farmakologlar;
6. Tibbiyot oliy ta’lim muassasalarining talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, doktorantlari, o‘qituvchilari;
7. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a’zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

Ushbu protokol gipergidrozni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini hamma joyda sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: ushbu tashxis bilan kasallangan bemorlar tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

YHQ	Shifrni ochish
1.	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi

2.	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3.	Referens usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usulga bog‘liq bo‘lmagan referens usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5.	Faqat harakat mexanizmining asosi yoki ekspertlarning fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitatsiya aralashuvlari uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

YHQ	Shifrni ochish
1.	Meta-tahlil yordamida RKIni tizimli ko‘rib chiqish
2.	Meta-tahlilni qo‘llagan holda RKIni istisno qilganda, har qanday dizayn tadqiqotlarining alohida RKI va tizimli sharhlari
3.	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5.	Faqatgina aralashuvning ta’sir mexanizmini asoslash (klinikagacha bo‘lgan tadqiqotlar) yoki ekspertlar fikri mavjud.

Profilaktik, diagnostik, davolash, reabilitatsiya aralashuvlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

UYuR	Shifrni ochish
A.	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B.	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C.	Zaif tavsiya (tegishli sifatga oid dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Mundarija

"GIPERGIDROZ" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....4.

"GIPERGIDROZ" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....24

"GIPERGIDROZ" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....27

Qisqartmalar ro‘yxati

KXT	Kasalliklarning xalqaro tasnifi
DID	Dalillarning ishonchlilik darajasi
TID	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
TKT	Tasodifiy klinik tadqiqot
BTA	Botulotoksin A turi
GKOSH	Gipergidroz kasalligining og‘irlik shkalasi

Asosiy qism.

Kirish

Gipergidroz (hyperhidrosis) - ter bezlari gipersekresiyasi natijasida ko‘p terlash.

Ortiqcha terlash - bu ko‘pchilik odamlarda normal terlashni keltirib chiqaradigan vaziyatga yoki rag‘batga kuchli javob reaksiyasi.

Holat (holatlar guruhi) etiologiyasi va patogenezi

Mahalliy gipergidroz - ter ajratish tizimi faoliyatining patologiyasi bo‘lib, bunda tananing ayrim qismlarida (qo‘ltiq osti chuqurchalari, yuz, kaftlar, tovonlar) haddan tashqari ko‘p ter ajraladi. Kaft, oyoq panjasi va qo‘ltiq osti gipergidrozlari eng ko‘p uchraydi.

Etiologik belgisiga ko‘ra, gipergidroz turli kasalliklar fonida yuzaga keladigan **birlamchi** (idiopatik) va **ikkilamchi** turlarga bo‘linadi.

Birlamchi mahalliy gipergidroz - mustaqil sindrom bo‘lib, uning asosida hech qanday kasallik yotmaydi. Birlamchi gipergidrozning o‘ziga xos xususiyati tananing ma’lum qismlarida joylashgan ter bezlari sonining ko‘payishi va ularning reaktivligidir.

Ikkilamchi gipergidroz patologik holatlar, somatik kasalliklar yoki endokrin tizimi faoliyatining buzilishi va boshqalarning namoyon bo‘lishi natijasidir.

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi) epidemiologiyasi

Birlamchi gipergidroz - uning tarqalishi 3 dan 15% gacha.

Gipergidrozning og‘ir shakllari bilan aholining 1% dan 5% gacha aziyat chekadi va bu asosan vegetativ asab tizimining tartibga soluvchi buzilishlari bo‘lgan yoshlardir.

Ikkilamchi gipergidroz nog‘ora tori sindromi, L. Freyning aurikulo-temporal sindromi, polinevropatiya, Reyno fenomeni, siringomieliya, endokrin tizimi faoliyatining buzilishi va boshqalar kabi patologik holatlar va kasalliklardan birining namoyon bo‘lishi natijasidir

Kasalliklar va sog‘liq bilan bog‘liq muammolarning xalqaro statistik tasnifi bo‘yicha kasallik yoki holatni (kasalliklar yoki holatlar guruhini) kodlash xususiyatlari

R61.0 - **Mahalliy gipergidroz**

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi) tasnifi

Kasallik kelib chiqish sababi, kechishi, tarqalishiga qarab tasniflanadi.

Paydo bo‘lish sababi:

Birlamchi gipergidroz - irsiy determinatsiyalangan va ter bezlari sonining ko‘payishi yoki ularning reaktivligining oshishi natijasida yuzaga keladi. Ushbu shaklda gipergidroza ortiqcha ter ajralishi odatda cheklangan bo‘lib, asosan qo‘ltiq osti, kaftlar va oyoq panjalari sohasida joylashadi.

Birlamchi (idiopatik) gipergidroz - fiziologik muammolar, jismoniy va ijtimoiy noqulaylik, dermatologik kasalliklar va bemorlarning hayot sifatining yomonlashishiga olib keladigan keng tarqalgan patologik holat. Birlamchi gipergidroz bilan asosan vegetativ nerv sistemasi idora etilishida o‘zgarishlar bo‘lgan yosh kishilar og‘riydi. Yosh o‘tishi bilan birlamchi gipergidroz regressiyaga uchrashi mumkin.

Ikkilamchi mahalliy gipergidroz - nog‘ora tori sindromi, L. Freyning aurikulo-temporal sindromi, polineyropatiya, Reyno fenomeni, siringomieliya, endokrin tizim faoliyatining buzilishi, irsiy qo‘ltiq osti gipergidrozi kabi patologik holatlar va kasalliklardan birining namoyon bo‘lishi natijasida yuzaga keladi.

Kelib chiqishi bo‘yicha (patologiya rivojlanishining patogenetik mexanizmlari):

Termoregulyatsion.

Organizmning termoregulyatsiyasi issiqlik o‘tkazuvchanlik, issiqlikni olib ketish, terlash orqali ta’minlanadi. Ter ajralishi ortiqcha issiqlikni chiqarishga imkon beradi, bu avtonom ravishda sodir bo‘ladi va gipotalamus markazlari tomonidan boshqariladi. Tana va atrof-muhit harorati ko‘tarilganda, jismoniy faollik, ko‘p suyuqlik iste’mol qilinganda, havo namligi yuqori bo‘lganda terlash intensivligi ortadi.

Psixogen (hissiy)

Kuchli ruhiy-hissiy zo‘riqish paytida - vahima, qo‘rquv, g‘azab, kuchli og‘riq hissi paytida namoyon bo‘ladi.

Ovqat

Ortiqcha terlash ta’m stimulyatorlari bilan qo‘zg‘atiladi va chekish, spirtli ichimliklar, qahva, ziravorlar va achchiq taomlarni iste’mol qilgandan so‘ng mos ravishda 3,6%, 5% va 25% respondentlarda kuzatiladi. (2008) [1]. Mahalliy oziq-ovqat gipergidrozi asosan yuzda namoyon bo‘ladi.

Dori (farmakologik)

Tarkibiy qismlari asab tizimining parasimpatik markazlariga ta’sir qiluvchi dori vositalaridan foydalanganda yuzaga keladi.

Tarqalishi bo‘yicha:

Mahalliy (mahalliy) - faqat cheklangan sohalarda - qo‘ltiq osti, yuz, kaft va tovonda kuchaygan ter ajralishi.

Tarqalgan (diffuz) - aksariyat hollarda ikkilamchi bo‘lib, quyidagi somatik va yuqumli kasalliklar fonida yuzaga kelishi mumkin: qandli diabet, tireotoksikoz, feoxromatsitoma, limfogranulematoz, OITS, sil, metabolik buzilishlar va boshqalar.

Joylashuv asosida:

Aksillyar (qo‘ltiq osti). Eng keng tarqalgan hisoblanib, NS simpatik bo‘limlari funksiyasining oshishi natijasida, kamroq gormonlar disbalansi va bir qator kasalliklarda yuzaga keladi.

Palmar (kaft). KrogstadA. L. va hammual. (2006) Kaft gipergidrozomimiyasi bo‘lgan bemorlarda ham jismoniy faollik, ham his-tuyg‘ular tufayli yuzaga keladigan turli xil terlash holatlari ("hujumlar," doimiy va boshqalar) kuzatiladi [2].

Plantar (oyoq kafti). Planta gipergidrozi atrof-muhitning yuqori yoki past haroratida ham namoyon bo‘lishi mumkin. Oyoqlarda ortiqcha terlash yoqimsiz, masofadan seziladigan hid paydo bo‘lishiga olib keladi, zamburug‘ infeksiyasiga sabab bo‘lishi mumkin;

Kraniofatsial (yuz). Bu shaklda gipergidroza- ter yuzning butun maydonida va boshning sochli qismida ham, uning alohida qismlarida - burunda, peshona, yuqori lab, yonoqlar sohasida ham ajralishi mumkin. Ko‘pincha hissiy zo‘riqish va ta’m stimullariga javoban yuzaga keladi. Ko‘pincha kaft gipergidrozi va eritrofobiya - stress paytida yuz giperemiyasi bilan birga keladi.

Perineal (chov-oraliq). Gipergidrozning kam uchraydigan turlariga kiradi, ammo rivojlanganda sezilarli noqulayliklarga olib keladi. Jinsiy sohadagi doimiy namlik terining ta’sirlanishiga, bichilish va yoqimsiz hid paydo bo‘lishiga olib keladi.

Simptomlarning intensivlik darajasiga ko‘ra:

Yengil. Kuchli terlash alohida noqulaylik tug‘dirmaydi
yetkazadi, inson tomonidan me’yor sifatida qabul qilinadi;

O‘rtacha. Muayyan ijtimoiy noqulaylikni keltirib chiqaradi. Shunday qilib, haddan tashqari terlashda kaftlarda qo‘l siqish paytida noqulaylik yuzaga keladi;

Og‘ir. Ortiqcha sekresiya deyarli har doim sodir bo‘ladi. Bu ijtimoiy muammolarni keltirib chiqaradi - odamdan doimiy ter hidi va uning nam kiyimlari atrofdagilarda muloqot qilish istagini uyg‘otmaydi.

Gipergidroz kechishiga ko‘ra quyidagicha bo‘ladi:

Mavsumiy. Ter bezlari sekresiyasining oshishi faqat yilning ma’lum faslida, ko‘pincha yozda namoyon bo‘ladi;

Doimiy. Haddan tashqari ko‘p terlash harorat va boshqa ob-havo sharoitlariga bog‘liq emas;

Intermitirlovchi. Patologiyaning bu shakli uchun zo‘rayish davrlari xosdir.

Holatning (holatlar guruhining) klinik ko‘rinishi

Klinik manzarasi patologik jarayonning darajasiga, joylashuviga va tarqalganligiga bog‘liq bo‘ladi, biroq hamisha ter ajralishining kuchayishi bilan birga davom etib boradi.

Shikoyat va anamnez:

Birlamchi mahalliy (idiopatik) gipergidroz Hornberger J. (2004) [3] tomonidan kamida 6 oy davomida hech qanday sababsiz davom etadigan va quyidagi belgilardan kamida ikkitasi bilan tavsiflangan mahalliy ko‘rinadigan ortiqcha terlash sifatida aniqlanadi:

- ✓ Gipergidroz ikki tomonlama va nisbatan simmetrik;
- ✓ Terlash kundalik mashg‘ulotlarga xalaqit beradi;
- ✓ Haftada kamida 1 ta gipergidroz epizodi kuzatiladi;
- ✓ Kasallik boshlanish yoshi 25 yoshdan kichik;
- ✓ Qarindoshlarda shunga o‘xshash buzilishlarning mavjudligi;
- ✓ Uyqu vaqtida mahalliy gipergidrozning yo‘qolishi.

Ter ajralish intensivligini miqdoriy baholash bilan aniqlash klinik ahamiyatga ega emas va ilmiy maqsadlarda yoki invaziv davolashdan oldin gipergidrozning og‘irligini ob’ektiv baholash uchun amalga oshiriladi (kamdan-kam hollarda). Gipergidrozning hayot sifatiga ta’sirini baholash ko‘proq ahamiyatga ega. Buning uchun maxsus ishlab chiqilgan shkalalardan foydalaniladi.

Jismoniy tekshiruv

C. 4.	**Minor yod-kraxmal sinamasini o‘tkazish tavsiya etiladi.**

Izohlar: Minor testi yordamida terlash chegaralari va intensivligi aniqlanadi. Sinama davolashdan oldin va zarur bo‘lsa, dinamikada xona haroratida (22-24 daraja C) bemorning 15 daqiqalik dam olishidan so‘ng o‘tkaziladi. Terlash sohasiga yodning 5% li spirtli eritmasi yoki Lyugol eritmasi bilan ishlov beriladi va bir daqiqadan so‘ng bu sohaga cho‘tkacha yoki salfetka bilan kartoshka kraxmali surtiladi. Sinama natijasi 5 daqiqadan so‘ng baholanadi. Terlashda ishlov berilgan yuzaning ko‘k yoki ko‘k-qora rangga bo‘yalishi kuzatiladi. Bo‘yalish rangi qanchalik to‘q bo‘lsa, gipergidrozning ifodalanish darajasi

shunchalik yuqori bo‘ladi. Bo‘yalish maydoni marker bilan belgilanadi, so‘ngra kraxmal antiseptik bilan yuviladi.

Laboratoriya diagnostik tekshiruvlari

C. 4.	**Xromatografik tahlil o‘tkazish tavsiya etiladi.**

Izoh: Xromatografik tekshiruv - ter suyuqligining tarkibini o‘rganish imkonini beradi. O‘rganish uchun tananing eng faol qismlaridan ter olinadi.

C. 4.	**Gravimetrik tahlil o‘tkazish tavsiya etiladi.**

Izoh: O‘lchov asbobi bo‘lib analitik tarozi xizmat qiladi. Bu usul ma’lum o‘lchamdagi filtr qog‘ozni terining tekshirilayotgan qismiga tekkizishdan oldin va 60 soniya o‘tgach tortishni ko‘zda tutadi. Gipergidrozda ter ajralishi 200 mg/min gacha bo‘lishi mumkin.

C. 3.	***Ningidrin sinamasidan* foydalanish tavsiya etiladi**

Izoh: Ningidrin (triketogidrindengidrat) ishqoriy muhitda birlamchi aminoguruhlar (-NH2) bo‘lgan moddalar bilan qizdirilganda, maksimal yutilishi taxminan 570 nm bo‘lgan barqaror ko‘k-binafsha rangga ega bo‘lgan mahsulot hosil bo‘ladi (yorug‘lik oqimining yutilish intensivligi erkin aminoguruhlar miqdoriga bevosita bog‘liq).

Test o‘tkazish bosqichlari:

- ✓ xromatografik qog‘ozda kaft, tovon yoki qo‘ltiq osti chuqurchasining izini olish.
- ✓ qog‘ozni 60 gradus S haroratda quritish va 1% li ningidrinni asetondagi eritmasi bilan ishlov berish.
- ✓ natijani kolorimetriya yoki spektrofotometriya usuli bilan baholash.

Usulning sezgirligi 0,01% gacha.

	Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Tatbiq etilmaydi.

Boshqa mutaxassislarning maslahatlari tavsiya etiladi ko‘rsatmalar bo‘yicha quyidagi hollarda:

C. 5.	**Shifokor-endokrinolog maslahati tavsiya etildi**

Izohlar: Qo‘shimcha tekshiruv va davolashning hajmi va xususiyatini aniqlashtirish maqsadida

C. 5.	**Shifokor-terapevt maslahati tavsiya etiladi**

Izohlar: Qo‘shimcha tekshiruv va davolashning hajmi va xususiyatini aniqlashtirish maqsadida

C. 5.	**Nevrolog maslahati tavsiya etildi**

Izohlar: Qo‘shimcha tekshiruv va davolash hajmi va xususiyatini aniqlashtirish maqsadida

C. 5.	**Akusher-ginekolog maslahati tavsiya etildi**

Izohlar: Qo‘shimcha tekshiruv va davolash hajmi va xususiyatini aniqlashtirish maqsadida

Differensial tashxis:

https://dermnetnz.org/topics/hyperhidrosis

https://www.aad.org/public/diseases/a-z/hyperhidrosis-treatment

https://www.uptodate.com/contents/primary-focal-hyperhidrosis-clinical-features-and-diagnosis?utm_source=chatgpt.com

https://www.uptodate.com/contents/primary-focal-hyperhidrosis-treatment?utm_source=chatgpt.com

https://www.sweathelp.org/home.html

https://medlineplus.gov/ency/article/007259.htm

Gipergidrozning differensial diagnostikasi

Tasniflash bloki	**Kichik tur / holat**	**Asosiy klinik xususiyatlar**	**Diagnostik ko‘rsatmalar**
Paydo bo‘lish sababi	birlamchi (idiopatik) gipergidroz	Bolalik/o‘smirlik davrida boshlanadi; oilaviy holatlar; o‘choqlar - qo‘ltiq osti, qo‘l kafti, oyoq kafti; tizimli kasallik yo‘q	Normal tahlillar; uyquda yo‘qoladi/zaiflashadi; yosh o‘tishi bilan regressiya kuzatilishi mumkin
Paydo bo‘lish sababi	Ikkilamchi mahalliy gipergidroz	Boshqa jarayon simptomi (Freya sindromi, polinevropatiya, Reyno fenomeni, endokrinopatiyalar va b.)	Asosiy kasallikni topish: neyro/endokrin tekshiruv, MRT, tegishli mutaxassislar maslahati
Patogenezi bo‘yicha	Termoregulyatsion	Issiq, jismoniy zo‘riqish, yuqori namlik bilan ishga tushiriladi	Ko‘rik + atrof-muhit harorati anamnezi; salqin sharoitda o‘tadi
Patogenezi bo‘yicha	Psixogen	Vahima, qo‘rquv, og‘riq paytida keskin terlash; uyquda yo‘q	Psixoemotsional anamnez, xavotir so‘rovnomalarini to‘plash
Patogenezi bo‘yicha	Oziq-ovqat	Spirtli ichimliklar, qahva, achchiq ovqatdan keyin; ko‘pincha yuz	Ovqatlanish kundaligi; triggerlarni bartaraf etish → regress
Patogenezi bo‘yicha	Dorivor	Parasimpatikani faollashtiruvchi	Farmakoterapiyani qayta ko‘rib chiqish;

		preparatlar (antidepressantlar, insulin, pilokarpin va b.)	bekor qilish/almashtirish → terlashni kamaytirish
Tarqalishi bo‘yicha	Mahalliy	Cheklangan sohalar (qo‘ltiq osti, qo‘l kafti, yuz)	Minor testi (yod-kraxmal) +; birlamchi/ikkilamchi sabablar tahlili
Tarqalishi bo‘yicha	Umumlashtirilgan	Tananing keng sohalari; ko‘pincha ikkilamchi	Tekshiruv: TTG/T4, glyukoza, katexolaminlar, onkomarkerlar, infeksiya testlari
Joylashuviga ko‘ra	Qo‘ltiq osti	Eng ko‘p uchraydigan; simpatik stimulyatsiya, ↑apokrin	GKOSH - so‘rovnoma; irsiy variantni istisno qilish
Joylashuviga ko‘ra	Palma / Ko‘chatzor	Terlash, nam kaftlar/tovonlar; hid, mikoz xavfi	QSART; ko‘pincha aksillyar
Joylashuviga ko‘ra	Kraniofatsial	Yuzdagi ter/skalp; trigger - his-tuyg‘ular, oziq-ovqat; eritrofobiya bilan birga keladi	Triggerlarni to‘plash, foto-kundalik, ikkilamchi sabablarni istisno qilish
Joylashuviga ko‘ra	Perineal	Kamyob; chov/oraliqdagi namlik, maseratsiya, hid	Dermatologik tekshiruv; infeksiyalar, dermatozlarni istisno qilish
Og‘irligi bo‘yicha	Yengil	Sezilarli noqulayliksiz ko‘p terlash	GKOSH = 1; konservativ tavsiyalar
Og‘irligi bo‘yicha	O‘rtacha	Ijtimoiy noqulaylik (qo‘l siqish, kiyimdagi dog‘lar)	GKOSH = 2; topik vositalar, ionoforez
Og‘irligi bo‘yicha	Og‘ir	Deyarli doimiy terlash; nam kiyim, izolyatsiya	GKOSH = 3-4; botulinoterapiya, simpatektomiya, tizimli dorilar
Oqim bo‘ylab	Mavsumiy	Asosan yozda (issiq vaqtda) namoyon bo‘ladi	Turmush tarzini tuzatish; issiq mavsumda mahalliy antiperspirantlar
Oqim bo‘ylab	Doimiy	Yil bo‘yi saqlanadi, iqlimga bog‘liq emas	Ko‘pincha birlamchi; uzoq muddatli terapevtik dastur

Oqim bo‘ylab	Intermittirlovchi	Xuruj va remissiyalarning almashinuvi	Triggerlarni kuzatish; kuchayganda - davolashni kuchaytirish

Gipergidrozni boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash

Yo‘q	**Holat/kasallik**	**Xususiyatlari / Alohida belgilari**	**Fikrlar**
1.	Birlamchi gipergidroz	Mahalliy (kaft, oyoq, qo‘ltiq), o‘smirlik davrida boshlanadi, uyquda bo‘lmaydi	Tizimli kasalliklar yo‘q
2.	Ikkilamchi gipergidroz	Boshqa kasallik fonida yuzaga keladi; umumiy yoki tungi bo‘lishi mumkin	Asosiy sababni istisno qilish talab etiladi
3.	Gipertireoz	Terlash + taxikardiya, vazn yo‘qotish, bezovtalik, titroq	↑ T4, ↓ TTG.
4.	Qandli diabet	Gipoglikemiyada terlash, chanqoqlik, poliuriya bilan birga keladi	Qondagi glyukoza, HbA1c
5.	Feoxromotsitoma	Xurujsimon terlash, gipertoniya, taxikardiya, bosh og‘rig‘i	Siydik/plazma katexolaminlari
6.	Menopauza (menopauza)	Kuchli issiqlik, tungi terlash, hissiy beqarorlik	Yosh + gormonal profil
7.	Infeksiyalar (sil, OIV va b.)	Tungi terlash, subfebrilitet, vazn yo‘qotish	Infeksiya manbasini qidirish
8.	Onkologik kasalliklar (limfomalar va boshqalar)	Tungi terlash, limfoadenopatiya, charchoq	OAK, UTT, KT
9.	Psixogen gipergidroz	Xavotir, vahima, stress paytida yuzaga keladi; ob’ektiv sabab yo‘q	Istisno tashxisi
10.	Frey sindromi	Ovqatlanish paytida yonoq sohasidagi terlash; quloq oldi bezidagi jarrohlik	Mahalliy xarakter

		amaliyotlaridan keyin	
11.	Dorilar keltirib chiqaradigan gipergidroz	Antidepressantlar, isitma tushiruvchilar, insulin va boshqalarni qabul qilgandan keyin terlash.	Dori anamnezi tahlili
12.	Semizlik	Teri burmalarida terlash, issiqlik o‘tkazuvchanligining buzilishi	Ko‘pincha metabolik sindrom bilan birga keladi
13.	Bromgidroz	Teri yog‘ining parchalanishi va apokrin sekretning bakterial metabolizmi tufayli terning qo‘lansa hidi	XKT-10: L75.0
14.	Xromogidroz	Rangli ter (sariq, ko‘k, qora), ko‘pincha qo‘ltiq osti va yuz; apokrin bezlari bilan bog‘liq	XKT-10: L75.1

Ambulatoriya sharoitida davolash taktikasi:

Konservativ davolash

Kosmetologiyada davolash uchun ko‘rsatma mahalliy idiopatik gipergidroz (qo‘ltiq osti, kaft, oyoq kafti) hisoblanadi.

Har qanday lokalizatsiyadagi mahalliy idiopatik gipergidrozni muvaffaqiyatli davolashning muhim shartlaridan biri mahalliy usullarni birinchi o‘ringa qo‘yadigan muolajalarni bosqichma-bosqich o‘tkazish rejasini ishlab chiqishdir. Jarrohlik davolash va tizimli ta’sirga ega dori vositalarini mahalliy tuzatish usullari samarasiz bo‘lgan hollarda qo‘llash kerak. Davolash turini tanlashda gipergidrozning lokalizatsiyasini ham hisobga olish tavsiya etiladi. Masalan, qo‘ltiq osti gipergidrozida aluminiy xlorgidroksidni qo‘llash va ter bezlarini jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash; kaft-tovon gipergidrozida ko‘krak gangliyalarini ionoforez va simpatektomiya qilish samarali hisoblanadi. Gipergidrozning har qanday og‘irlik darajasida davolash samaradorligi uchun tana parvarishi muhimdir.

Tashqi terapiya

B 3.	• Ta’sir etuvchi komponenti alyumoxlorgidridlar (15%) yoki alyumoxloridgeksogidrat (20%), formaldegid (3,7%) bo‘lgan antiperspirantlarni qo‘llash **tavsiya etiladi.**

Izohlar: Ta’sir ter bezlari oxirgi yo‘llarining apikal qismini koagulyatsiya qilishga asoslangan. Antiperspirantlar gigienik suv muolajalaridan so‘ng kechqurun, uyqudan oldin, quruq teriga surtib, besh kunda bir marta qo‘llaniladi. Kontaktli dermatit ko‘rinishidagi nojo‘ya ta’sirlar kuzatilishi mumkin, ular qo‘llash to‘xtatilgandan keyin 3-5 kun ichida o‘z-o‘zidan qaytadi.

Fizioterapevtik usullar

B 3.	Kaft va tovon gipergidrozida tashqi terapiya samarasiz bo‘lganda vodoprovod suvi yoki 0,1% li glikopirrolat eritmasi bilan ionoforez o‘tkazish **tavsiya etiladi.** O‘tkazish tezligi - kunora, kurs - 18-30 muolajagacha. Muolaja davomiyligi har bir zona uchun 10 daqiqani tashkil etadi. Tok kuchi bemorning sezgirligini hisobga olgan holda - yengil sanchishni his qilgunga qadar o‘rnatiladi. Muolaja davomida bemorning his-tuyg‘ulariga qarab, tok kuchini 30 mA gacha oshirish mumkin.

Izohlar: Ko‘pincha kaft va tovon gipergidrozida qo‘llaniladi. Muolajaning ijobiy samarasi terlash darajasiga va Akins D. L. va hammualliflar tomonidan davolangan hududlarga bog‘liq. (1987) va terlashning 50% dan ko‘proqqa kamayishidan iborat. Ta’sir davomiyligi davolash tugagandan so‘ng 20-30 kunni tashkil qiladi, shuning uchun qo‘llab-quvvatlovchi muolajalarni davom ettirish tavsiya etiladi. Ta’sirning qisqa davom etishi natijasida bemorning qoniqish darajasi past bo‘ladi. Muolajaga qarshi ko‘rsatmalar: elektr tokini ko‘tara olmaslik, bemor to‘qimalarida metall mavjudligi (tig‘lar, metall plastinkalar va boshqalar), yurak stimulyatori mavjudligi, gipertoniya kasalligi, yurak ishemik kasalligi, aritmiyalar, anamnezda saraton kasalliklari, homiladorlik, laktatsiya, ruhiy kasalliklar.

Tizimli terapiya

B 2.	• Tarqalgan (diffuz) gipergidrozni davolash uchun antixolinergik dorilarni qo‘llash **tavsiya etiladi.**

Izohlar: Glikopirrolat 2 mg dan kuniga 2-3 marta, bir oy davomida belgilarning namoyon bo‘lishiga qarab, keyin bir haftalik tanaffus bilan. Keyinchalik davolanishni davom ettirish mumkin.

yoki

Oksibutinin 2,5 mg, dozasi asta-sekin kuniga 7,5 mg gacha oshiriladi.

Nojo‘ya ta’sirlari: ko‘rish o‘tkirligining pasayishi, ta’mning yo‘qolishi, chanqash, darvozaning qurishi.

C 5.	• Tarqalgan (diffuz) gipergidrozni davolash uchun V-adrenoblokatorlarni qo‘llash **tavsiya etiladi.** Propranolol 40 mg, kuniga 3 marta

Izohlar: Nojo‘ya ta’sirlari: tez charchash, uyqu buzilishi, depressiv holatlar, gipotoniya, bronxospazm, dispeptik buzilishlar, gipoglikemiya, erektil disfunksiya, allergik reaksiyalar va boshqalar.

Tizimli terapiya faqat ma’lum vaqtga yoqimsiz alomatlarni bartaraf etishga qodir.

Gipergidrozda B-adrenoblokatorlar va antixolinergik dorilarni qabul qilish uzoq davom etmasligi kerak va terapiya fonida nojo‘ya ta’sirlarning yuqori xavfi tufayli doimiy shifokor nazoratini talab qiladi.

Tizimli davolanishni tayinlash to‘g‘risida qaror qabul qilishdan oldin, xavf va mumkin bo‘lgan foydani yaxshilab o‘ylab ko‘rish kerak.

Dori vositalarini o‘choq ichiga yuborish

B 2.	A turdagi botulinik toksin preparatlarini (BTA) teri ichiga yuborish **tavsiya etiladi**

Izoh: **Kosmetologiyada BTA preparatlarini qo‘llashga ko‘rsatma mahalliy idiopatik gipergidroz (qo‘ltiq osti, kaft, tovon) hisoblanadi.**

Botulin toksini A turi (BTA) Clostridium botulinum bakteriyasi tomonidan ishlab chiqariladigan 8 ekzotoksinlardan biridir. BTA neyrotoksin bo‘lib, u SNAP-25 (sinaptosomaga bog‘liq protein) ni tanlab parchalaydi, bu esa tarkibida atsetilxolin (AX) neyromediatori bo‘lgan sinaptik pufakchalarning presinaptik membrana bilan qo‘shilishini tormozlashga, ekzotsitozni va AX neyromediatorining chiqarilishini ingibirlashga olib keladi. Tarkibida BTA bo‘lgan dori vositalarini mahalliy yuborish neyromushak sinapslari, vegetativ gangliylar, bezlar va silliq mushak hujayralari ishini bloklaydi. Bu mahalliy gipergidrozni davolash uchun BTA dori vositalaridan foydalanish imkonini beradi. Ter bezlarining tanlab kimyoviy denervatsiyasi preparat yuborilgandan keyin 24-48 soatdan 14 kungacha bo‘lgan muddatlarda rivojlanadi. Klinik ta’sirning davomiyligi aksonning yangi terminallarining hosil bo‘lish tezligi va funksional faol sinapslarning shakllanishi bilan belgilanadi. Mahalliy gipergidrozni davolashda erishilgan natija 3-6 oydan 12 oygacha davom etadi.

BTA preparatlarini derma ichiga yuborish mahalliy gipergidrozni davolashning eng samarali usullaridan biri hisoblanadi. Etod usuli bemorlarning terapiya natijalaridan yuqori darajada qoniqishi bilan tavsiflanadi.

Turli preparatlarni ishlab chiqarish Cl ning turli shtammlari asosida amalga oshiriladi. Botulinum, o‘zining texnologik xususiyatlariga ega, shu jumladan tozalash va barqarorlashtirish jarayonlariga tegishli. Turli preparatlarda BTA faolligini o‘lchash uchun turli biologik testlardan foydalanilganligi sababli, BTA birliklari bir-birining o‘rnini bosa olmaydi.

Preparat yuboriladigan joy Minor sinamasi bilan aniqlanadi. O‘tkazilgan sinamadan so‘ng gipergidroz maydoni marker bilan belgilanadi, so‘ngra kraxmal spirt yoki boshqa antiseptik bilan yuviladi.

Zarur bo‘lsa, tarkibida 25 mg lidokain va 25 mg prikalokain bo‘lgan krem ("Emla" kremi) yordamida applikatsion anesteziya.

Mahalliy gipergidrozni davolash (qo‘ltiq osti sohasi)

Disport

300 TB flakondagi eritma 1,5 ml 0,9% natriy xlorid eritmasida in’eksiya uchun suyultiriladi, 500 TB flakondagi eritma esa 2,5 ml 0,9% natriy xlorid eritmasida in’eksiya uchun suyultiriladi, ikkala holda ham 1 ml da 200 TB bo‘lgan eritma olinadi.

Tavsiya etilgan boshlang‘ich doza - bitta qo‘ltiq osti sohasiga 100 TB. Agar kerakli samaraga erishilmasa, keyinchalik dozani 250 birlikkacha oshirish mumkin [16].

Teri ichiga in’eksiyalar har bir qo‘ltiq osti sohasidagi o‘nta nuqtaga qilinadi, har bir nuqtaga 0,05 ml hajmda 10 TB preparat, bitta sohaga 100 TB yuboriladi.

Relatoks

Preparat Relatoks® flakonga in’eksiya uchun 0,9% natriy xlorid eritmasi yuborib eritiladi. Yuboriladigan erituvchining hajmi tuzatish sohasiga va preparatning kerakli diffuziya darajasiga bog‘liq.

1-jadval. Relatoks® 50 TB ni suyultirish orqali olinadigan preparat konsentratsiyalari

Yo‘q	0,9% natriy eritmasining hajmi in’eksiyalar uchun xlorid, ml	Preparat faolligi (TB 0,1 ml da)
1.	1.	5.
2.	2.	2,5
3.	2,5	2,0
4.	4.	1,25

2-jadval. Preparatning Relatoks® 100 TB eritmasida olinadigan konsentratsiyalari

Yo‘q	0,9% natriy eritmasining hajmi in’eksiyalar uchun xlorid, ml	Preparat faolligi (TB 0,1 ml da)
1.	2.	5.
2.	4.	2,5
3.	5.	2,0
4.	8.	1,25

Tayyorlangan ineksion eritma 0,27-0,29 mm diametrli olinmaydigan ignali insulin shprisi bilan yuboriladi.

"Relatoks"® 100 TB preparatini 4,0 ml 0,9% fiziologik eritma yordamida eritilganda 0,1 ml qaytarilgan eritmada 2,5 TB "Relatoks" preparati mavjud. In'eksiyalar uchun 1 ml/U50, 0,33 mm (29G) × 12,7 mm insulin shprislari ishlatiladi, bu yerda bitta bo'linish ushbu suyultirishda preparatning 0,5 birligiga to'g'ri keladi.

Bitta qo'ltiq osti sohasiga yuboriladigan preparatning umumiy dozasi bitta sohaga 30-50 TB ni tashkil etadi. In'eksiya nuqtalari bir-biridan 1-6 sm masofada joylashtiriladi. Shunday qilib, 50 birlik 10-20 nuqtaga, har bir nuqtaga 5 birlikdan kiritilishi mumkin. Agar kerakli samaraga erishilmasa, keyinchalik dozani har bir qo'ltiq osti sohasiga 100 birlikkacha oshirish mumkin.

C 5.	**Chegaralangan gipergidrozni davolash (qo'ltiq osti, kaft, tovon sohalari)**

Neyronoks

Neyronoks100TB preparatining tiklanishi 4,0 ml 0,9% fiziologik eritma bilan amalga oshiriladi. In'eksiyalar 0,33 mm (29-33G) × 12,7 mm o'lchamdagi olinmaydigan ignalar bilan 1 ml/U50 insulin shprisi yordamida teri orasiga amalga oshiriladi, bunda ushbu suyultirishdagi bitta bo'linish preparatning 0,5 birligiga to'g'ri keladi. Minimalnaya doza 0,5TB na 1 kv.sm, maksimalnaya doza 2-5TB na sm.kv.-pri vыsokoy stepeni gipergidroza. In'eksiya nuqtalari orasidagi masofa 1,5-2 sm.

Qo'ltiq osti uchun o'rtacha doza har bir tomonga 25-50 TB

Kaftlar uchun o'rtacha doza har bir tomonga 50-100 TB

Oyoqlar uchun o'rtacha doza har bir tomonga 75-150 TB

Qo'llashga qarshi ko'rsatmalar

- o'tkir kasalliklar (dori vositasi sog'aygandan so'ng yuboriladi);
- homiladorlik;
- laktatsiya (emizish) davri
- Preparat komponentlariga yuqori sezuvchanlik.

Ehtiyotkorlik bilan qo'llash:

Asab-mushak o'tkazuvchanligi buzilishining subklinik yoki klinik belgilari bo'lgan bemorlarda, masalan, miasteniya yoki miastenga o'xshash sindromlarda (jumladan, Lambert-Iton sindromi).

Fikrlar:

Qo'shimcha reaksiyalar

- Ekximozlar;
- 2-5 hafta davomida in'eksiya joyida mahalliy quruqlik;
- Tananing boshqa qismlarida tranzitor kompensator gipergidroz 12% hollarda 12 hafta davomida;
- Kaft gipergidrozini davolashda qo'l barmoqlari kuchining o'rtacha pasayishi va 2-7 haftadan keyin to'liq tiklanishi.

Gipergidrozning mahalliy shakllari bo'lgan bemorlarda BTA intradermal in'eksiyalari ta'sirining davomiyligi 3-12 oyni tashkil qiladi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash

C 5.	Konservativ terapiya samarasiz bo'lgan taqdirda qo'ltiq osti gipergidrozini davolash uchun jarrohlik aralashuvi **tavsiya etiladi**

Fikrlar:

- Qo‘ltiq osti terisini kesish - teri osti kletchatkasi bo‘lgan teri qismini (4 x 2,5 sm) olib tashlash.

Bu uzoq reabilitatsiya davri va chandiq uzunligi 3 sm gacha bo‘lgan chandiqli o‘zgarishlarning shakllanishi bilan tavsiflangan travmatik operatsiya. Ko‘pincha takroriy gidradenit mavjud bo‘lganda qo‘llaniladi.

- Qo‘ltiq osti liposaksiyasi.

Jarrohlik elektr so‘rg‘ich yordamida teri osti yog‘ to‘qimasining bir qismi olib tashlanadi, bu esa ter bezlariga yaqinlashadigan nerv tugunlarining destruksiyasiga va terlashning qisqarishiga yordam beradi.Qo‘ltiq osti liposaksiyasida ijobiy natijaga 70% hollarda erishiladi, ammo u terlashni to‘liq yo‘q qila olmaydi. Asab oxirlarining tiklanish qobiliyati tufayli terlashning kuchayishi qaytishi mumkin. Liposaksiya ta’siri o‘rtacha 3-5 yil davom etadi.

- Qo‘ltiq bo‘shlig‘i kyuretaji - ter bezlari va ularni innervatsiya qiluvchi nerv oxirlarini mexanik qirish usuli bilan olib tashlash.

Ijobiy natija 70% hollarda kuzatiladi. Ta’sir davomiyligi 3-5 yildan oshmaydi. Terlashdan butunlay xalos qilmaydi, chunki 3-4 oy davomida nerv oxirlarining asta-sekin regeneratsiyasi sodir bo‘ladi. Ammo ter bezlarining sezilarli miqdorda olib tashlanishi tufayli ter ajralishining tiklanishi dastlabki intensivlikka yetmaydi, bu esa bemorlarni mutaxassisga takroriy murojaat qilishdan xalos qiladi. Usul travmatik bo‘lib, nerv oxirlarining yemirilishi natijasida qo‘ltiq osti sohasi terisining sezuvchanligi biroz pasayishi, gematomalar hosil bo‘lishi va teri ostida suyuqlik to‘planishi bilan kechadi. Uni evakuatsiya qilish maqsadida operatsiyadan keyingi davrda jarohatning uzil-kesil bitishigacha bir necha bor punksiya qilishga to‘g‘ri keladi.

- Kaft gipergidrozini davolash uchun konservativ terapiya samarasiz bo‘lsa, jarrohlik davolash **tavsiya etiladi** [1, 27, 28]

Fikr:

- Kaft gipergidrozini davolashda transtorakal endoskopik simpatektomiya eng samarali usul hisoblanadi (qo‘ltiq osti va oyoq kafti gipergidrozini davolashda qo‘llanilmaydi). Kutilgan natijaga 95-98% bemorlarda erishiladi.5% hollarda operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida kaftlar gipergidrozining qaytalanishi mumkin, chunki nerv tizimining yuqorida joylashgan segmentlari pastki segmentlar funksiyasini o‘z zimmasiga oladi. 30% bemorlarda tananing boshqa sohalarida kompensator gipergidroz paydo bo‘lishi mumkin.
- Ikkinchi ko‘krak simpatik tugunining teri orqali radiochastotali destruksiyasi. Operatsiyaning mohiyati transtorakal endoskopik simpatektomiyaga mos keladi, faqat simpatik poyaga ta’sir qilish usuli farq qiladi.

4. Tibbiy reabilitatsiya, tibbiy ko‘rsatmalar va reabilitatsiya usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

O‘tkazilmaydi.

5. Profilaktika va dispanser kuzatuvi, tibbiy ko‘rsatmalar va profilaktika usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

O‘tkazilmaydi.

6. Tibbiy yordamni tashkil etish

Chegaralangan gipergidrozni davolash ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi.

7. Qo‘shimcha ma’lumotlar (shu jumladan kasallik yoki holatning natijasiga ta’sir qiluvchi omillar)

Kasallikning natijasiga ter bezlari faoliyatiga ta’sir qiluvchi yo‘ldosh kasalliklar: yuqumli kasalliklar, ichki a’zolar kasalliklari, endokrin buzilishlar, xavfli o‘smalarning mavjudligi, shuningdek, bosh miya jarohati, intoksikatsiya, ba’zi dori vositalarini qabul qilish, alkogol yoki giyohvand moddalarga qaramlik ta’sir qilishi mumkin.

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilish ehtimoli 100%):

Preparat guruhi	Ta’sir etuvchi modda	Shakli / qo‘llash usuli	Dalillilik darajasi / havola
Antiperspirantlar (mahalliy)	Aluminiy xlorid 15-20%	Tunda qo‘llaniladigan eritma yoki gel, kursi 6-8 hafta	B. https://www.dermatology.ru/translation/izucheniye-gipergidrozaobnovlennaya-informatsiya-o-novykh-metodakh-lecheniya

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi. Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.

Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma’lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilish ehtimoli 100% dan kam bo‘lgan):

Preparat guruhi	Ta’sir etuvchi modda	Shakli / qo‘llash usuli	Dalillilik darajasi / havola
Tizimli antixolinergiklar	Glikopirrolat	1-2 mg og‘iz orqali kuniga 1-2 marta	B. https://www.dermatology.ru/translation/izuchenie-gipergidroza-obnovlennaya-informatsiya-o-novykh-metodakh-lecheniya
Tizimli antixolinergiklar	Oksibutinin	2,5-5 mg og‘iz orqali kuniga 1-2 marta	B. https://www.dermatology.ru/novosti/oksibutinin-effektiven-pri-generalizovannom-gipergidroze
Botulin toksini	Botulotoksin A turi	Qo‘ltiq osti, kaft, oyoq panjalariga in’eksiyalar (50-100 TB)	A. https://lit-clinic.ru/about/articles/lecheniye-povishennoy-potlivosti/
Tashqi shakllar	Oksibutinin 10% gel	Kuniga 2 marta surtish	B. https://www.dermatology.ru/novosti/oksibutinin-effektiven-pri-generalizovannom-gipergidroze

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi. Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma’lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

Bemor uchun axborot

Klinik ko‘rinishlarning og‘irligini kamaytirish uchun bemorlar quyidagi qoidalarga rioya qilishlari kerak:

- kuniga ikki marta dush qabul qilish;
- xona haroratini kuzatish (optimal ko‘rsatkichlar 20-25 daraja), ob-havoga mos kiyinish;
- havoni oson o‘tkazadigan tabiiy matolardan (paxta yoki zig‘ir) kiyim tanlash, ichki kiyimlarni har kuni almashtirish;
- Haftada bir-ikki marta almashtirilishi kerak bo‘lgan tabiiy matolardan tayyorlangan choyshablardan foydalanish;
- issiq havoda ortiqcha jismoniy harakat qilmaslik.

"GIPERGIDROZ" NOZOLOGIYaSI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent-2025

Kirish

Gipergidroz (hyperhidrosis) - ter bezlari gipersekresiyasi natijasida ko‘p terlash.

Ortiqcha terlash - bu ko‘pchilik odamlarda normal terlashni keltirib chiqaradigan vaziyatga yoki rag‘batga kuchli javob reaksiyasi.

3.1 Konservativ davolash

Kosmetologiyada davolash uchun ko‘rsatma mahalliy idiopatik gipergidroz (qo‘ltiq osti, kaft, oyoq kafti) hisoblanadi.

Har qanday lokalizatsiyadagi mahalliy idiopatik gipergidrozni muvaffaqiyatli davolashning muhim shartlaridan biri mahalliy usullarni birinchi o‘ringa qo‘yadigan muolajalarni bosqichma-bosqich o‘tkazish rejasini ishlab chiqishdir. Jarrohlik davolash va tizimli ta’sirga ega dori vositalarini mahalliy tuzatish usullari samarasiz bo‘lgan hollarda qo‘llash kerak. Masalan, qo‘ltiq osti gipergidrozida aluminiy xlorgidroksidni qo‘llash va ter bezlarini jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash; kaft-tovon gipergidrozida - ko‘krak gangliyalari ionoforezi va simpatektomiyasi samarali hisoblanadi. Gipergidrozning har qanday og‘irlik darajasida davolash samaradorligi uchun tana parvarishi muhimdir (V ilovaga qarang).

Tashqi terapiya

- Ta’sir etuvchi komponenti alyumoxlorgidridlar (15%) yoki alyumoxloridgeksogidrat (20%), formaldegid (3,7%) bo‘lgan antiperspirantlarni qo‘llash **tavsiya etiladi.**

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

Izohlar: Ta’sir ter bezlari oxirgi yo‘llarining apikal qismini koagulyatsiya qilishga asoslangan. Antiperspirantlar gigienik suv muolajalaridan so‘ng kechqurun, uyqudan oldin, quruq teriga surtib, besh kunda bir marta qo‘llaniladi. Foydalanishni to‘xtatgandan keyin 3-5 kun ichida o‘z-o‘zidan regressiyaga uchraydigan kontaktli dermatit kabi nojo‘ya ta’sirlar kuzatilishi mumkin.

Fizioterapevtik usullar

- Kaft va tovon gipergidrozida tashqi terapiya samarasiz bo‘lganda vodoprovod suvi yoki 0,1% li glikopirrolat eritmasi bilan ionoforez o‘tkazish **tavsiya etiladi.** O‘tkazish tezligi - kunora, kurs - 18-30 muolajagacha. Muolaja davomiyligi har bir zona uchun 10 daqiqani tashkil etadi. Tok kuchi bemorning sezgirligini hisobga olgan holda - yengil sanchishni his qilgunga qadar o‘rnatiladi. Jarayon davomida bemorning his-tuyg‘ulariga qarab, tok kuchini 30 mA gacha oshirish mumkin.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

Izohlar: Ko‘pincha kaft va tovon gipergidrozida qo‘llaniladi. Muolajaning ijobiy samarasi terlash darajasiga va Akins D. L. va hammualliflar tomonidan davolangan hududlarga bog‘liq. (1987) va terlashni 50% dan ko‘proq kamaytirishdan iborat[1]. Ta’sirning davomiyligi davolanish tugaganidan keyin 20-30 kunni tashkil qiladi[1], shuning uchun qo‘llab-quvvatlovchi protseduralarni davom ettirish tavsiya etiladi. Ta’sirning qisqa davom etishi natijasida bemorning qoniqish darajasi past bo‘ladi. Muolajaga qarshi ko‘rsatmalar: elektr tokini ko‘tara olmaslik, bemor to‘qimalarida metall mavjudligi (tig‘lar, metall plastinkalar va boshqalar), yurak stimulyatori mavjudligi, gipertoniya kasalligi, yurak ishemik kasalligi, aritmiyalar, anamnezda saraton kasalliklari, homiladorlik, laktatsiya, ruhiy kasalliklar.

Tizimli terapiya

- Tarqalgan (diffuz) gipergidrozni davolash uchun antixolinergik dorilarni qo‘llash **tavsiya etiladi.**

Glikopirrolat 2 mg dan kuniga 2-3 marta, belgilarning namoyon bo‘lishiga qarab bir oy davomida, keyin bir haftalik tanaffus bilan. Keyinchalik davolanishni davom ettirish mumkin.

yoki

Oksibutinin 2,5 mg, dozasi asta-sekin kuniga 7,5 mg gacha oshiriladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Fikrlar*:* Nojo‘ya ta’sirlari: ko‘rish o‘tkirligining pasayishi, ta’mning yo‘qolishi, chanqash, darvozaning qurishi.

- Tarqalgan (diffuz) gipergidrozni davolash uchun V-adrenoblokatorlardan foydalanish **tavsiya etiladi.**

Propranolol 40 mg, kuniga 3 marta.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Sharhlar*:* Nojo‘ya ta’sirlari: tez charchash, uyqu buzilishi, depressiv holatlar, gipotoniya, bronxospazm, dispeptik buzilishlar, gipoglikemiya, erektil disfunksiya, allergik reaksiyalar va boshqalar.

Tizimli terapiya faqat ma’lum vaqtga yoqimsiz alomatlarni bartaraf etishga qodir.

Gipergidrozda V-adrenoblokatorlar va antixolinergik preparatlarni qabul qilish uzoq davom etmasligi kerak va terapiya fonida nojo‘ya ta’sirlarning yuqori xavfi tufayli doimiy shifokor nazoratini talab qiladi.

Tizimli davolanishni tayinlash to‘g‘risida qaror qabul qilishdan oldin, xavflarni va mumkin bo‘lgan foydani sinchkovlik bilan ko‘rib chiqish kerak.

Dori vositalarini o‘choq ichiga yuborish

- A turdagi botulinik toksin preparatlarini (BTA) teri ichiga yuborish **tavsiya** etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Izoh: Kosmetologiyada BTA preparatlarini qo‘llash uchun mahalliy idiopatik gipergidroz (qo‘ltiq osti, kaft, oyoq kafti) ko‘rsatma hisoblanadi.

Botulin toksini A turi (BTA) Clostridium botulinum bakteriyasi tomonidan ishlab chiqariladigan 8 ekzotoksinlardan biridir. BTA neyrotoksin bo‘lib, u SNAP-25 (sinaptosomaga bog‘liq protein) ni tanlab parchalaydi, bu esa tarkibida atsetilxolin (AX) neyromediatori bo‘lgan sinaptik pufakchalarning presinaptik membrana bilan qo‘shilishini tormozlashga, ekzotsitozni va AX neyromediatorining chiqarilishini ingibirlashga olib keladi. Tarkibida BTA bo‘lgan dori vositalarini mahalliy yuborish neyromushak sinapslari, vegetativ gangliylar, bezlar va silliq mushak hujayralari ishini bloklaydi. Bu mahalliy gipergidrozni davolash uchun BTA dori vositalaridan foydalanish imkonini beradi. Ter bezlarining tanlab kimyoviy denervatsiyasi preparat yuborilgandan keyin 24-48 soatdan 14 kungacha bo‘lgan muddatlarda rivojlanadi. Klinik ta’sirning davomiyligi aksonning yangi terminallarining hosil bo‘lish tezligi va funksional faol sinapslarning shakllanishi bilan belgilanadi. Mahalliy gipergidrozni davolashda erishilgan natija 3-6 oydan 12 oygacha davom etadi.

BTA preparatlarini derma ichiga yuborish mahalliy gipergidrozni davolashning eng samarali usullaridan biri hisoblanadi. Etod usuli bemorlarning terapiya natijalaridan yuqori darajada qoniqishi bilan tavsiflanadi.

Turli preparatlarni ishlab chiqarish Cl ning turli shtammlari asosida amalga oshiriladi. Botulinum, o‘zining texnologik xususiyatlariga ega, shu jumladan tozalash va barqarorlashtirish jarayonlariga tegishli. Turli preparatlarda BTA faolligini o‘lchash uchun turli biologik testlardan foydalanilganligi sababli, BTA birliklari bir-birining o‘rnini bosa olmaydi.

Preparat yuboriladigan joy Minor sinamasi bilan aniqlanadi. O‘tkazilgan sinamadan so‘ng gipergidroz maydoni marker bilan belgilanadi, so‘ngra kraxmal spirt yoki boshqa antiseptik bilan yuviladi.

Zarur bo‘lsa, tarkibida 25 mg lidokain va 25 mg prikalokain bo‘lgan krem ("Emla" kremi) yordamida applikatsion anesteziya.

"GIPERGIDROZ" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent-2025

Kirish

Gipergidroz (hyperhidrosis) - ter bezlari gipersekresiyasi natijasida ko‘p terlash.

Ortiqcha terlash - bu ko‘pchilik odamlarda normal terlashni keltirib chiqaradigan vaziyatga yoki rag‘batga kuchli javob reaksiyasi.

Gipergidrozning oldini olish ter bezlari faoliyatini kamaytirish, asab tizimini barqarorlashtirish va bemorning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan.

Tibbiy profilaktika

1. Mahalliy mablag‘lar

Vosita	Tavsif
Aluminiy tuzlari bilan antiperspirantlar	Ter bezlari yo‘llarini bloklaydi.
Formaldegid eritmasi (Formagel)	Cheklangan miqdorda, ko‘pi bilan 7-10 kunda 1 marta qo‘llaniladi.
Tanin surtmasi, Teymurov pastasi	Qurituvchi va dezodoratsiyalovchi ta’siri.

2. Fizioterapevtik muolajalar

Usul	Qachon ishlatish
Ionoforez	Qo‘llarda/oyoqlarda takrorlanishning oldini olish uchun haftasiga 1-2 marta kurslar bilan.
Darsonvalizatsiya	Muntazam qo‘llanilganda trofikani yaxshilaydi, terlashni kamaytiradi.

3. Ruhiy-emotsional barqarorlashtirish

- Psixoterapiya yoki kognitiv-xulq-atvor terapiyasi.
- Yoga, nafas olish mashqlari, meditatsiya.
- Xavotirli buzilishlarda - psixoterapevt maslahati.

4. Turmush tarzi va gigiena

- Nafas oluvchi kiyimlarni kiyish (tabiiy matolar).
- Oyoq panjasi gipergidrozida paypoq/poyabzalni tez-tez almashtirish.
- Achchiq taomlar, spirtli ichimliklar, kofeindan saqlanish.
- Tana vaznini nazorat qilish.
- Haddan tashqari qizib ketishdan saqlanish (sauna, issiqlik, stress).

Muhim: Profilaktika har doim ham gipergidrozni butunlay istisno qilmaydi, lekin namoyon bo‘lish chastotasi va intensivligini kamaytirishga yordam beradi. Tez-tez qaytalanishlarda dermatolog maslahati zarur.

Tibbiy reabilitatsiya talab qilinmaydi.

Klinik tavsiyalarda keltirilgan bemor holatini baholash shkalalari, so‘rovnomalar va boshqa baholash vositalari

Davolash natijalarini baholash (5 balli shkala bo‘yicha o‘tkaziladi):

• 1 - yomonlashish,

• 2 - o‘zgarishsiz,

• 3 - biroz yaxshilanish,

• 4 - sezilarli yaxshilanish,

• 5 - ifodalangan natija.

Davolash natijalaridan qoniqishni baholash (5 balli shkala bo‘yicha o‘tkaziladi):

• 1 ball - samara yo‘q,

• 2 ball - kam ifodalangan natija,

• 3 ball - qoniqarli natija,

• 4 ball - yaxshi natija,

• 5 ball - juda yaxshi natija.

Adabiyotlar ro‘yxati

1. Amini M, Harmsze A M, Tupker F. Patient’s estimation of the effectiveness of various hyperhidrosis treatments in a dermatological cinic N Acta Derm Venerol 88 356-362.
2. Krogstad AL Mork C. Pechnik S. K Patern of sweating and response to stress and exercise in patients with palmar hyporhidrosis BrJ Dematol-2000, 154 1118-1122.
3. Hornberger J,Grimes K,Naumann M,Glaser D.A,Lowe, N.J. Recognition,diagnosis,and treatmentof primary focal hyperhidrosis.J Am Acad Dermatolog.2004;51,2:274-286.
4. Schnider P, Binder M, Auff E, Kittler H, Berger T, Wolff K. Double-blind trial of botulinum A toxin for the treatment of focal hyperhidrosis of the palms. Br J Dermatol. 1997 Apr;136 (4):548-52.
5. Schnider P S, Binder M., Kittler H. Bimer P. Starkei D, WolfK A randomized double blind, placebo-controlled trial of botulinum A toxin for severe axular hyperhidrosis Br J Dermatol - 1999, 140 677-80
6. Schnider P. S, Moraru E, Ktler H, Binder M. Kranz G, Voler B, AuE. O‘choqli gipergidrozni A turdagi botulin toksini bilan davolash 61 bemorda uzoq muddatli kuzatuv BrJ Dermatol- 2001, 145 209-293
7. Guyron B Huddeston S W Botulinum toksini uchun estetik ko‘rsatmalar Plastic Recostract Surg - 1994, 93913 s 918
8. Batirshina S.V., Xaertidinova L.A. Gipergidroz: sposob korreksii// Prakticheskaya meditsina - 2014 g. - 8 (84) - S. 16-23.
9. Rayner C. R. W, Rtchie D, Stark G. P Atary gipergidrozi, 20% aluminiy xlorid geksagidrat va BMJ jarrohligi. - 1980, 280. 1168.
10. Akns D. L., Meisenheimer J. L., Dobson R.L. Effektivnost Drionic unt v lechenii gipergidroza. J. Am., Acad. Dermatol. - 1987, 16. 827-832.

11. Karakoc Y, Aydeme E H, Tunaya Kakan M, Unal O Elektr toki ta’sirida kaft-tovon gipergidrozini xavfsiz boshqarish Int J Dermatol-2002, 41 002-605

12. Artemenko A.R., Orlova O.R., Kurenkov A.L. Lechenie vegetativnix rasstroystv botulicheskim toksinom tina A. VIII Mejdunarodniy simpozium po esteticheskoy meditsine. Simpozium materiallari 64.

13. Jankovic J, Albanese A, Atassi M.Z, Dolly J.O, Hallett M, Mayer N.H. Botulinom toxin: therapeutic clinical practice and science 2009 c 512.

14. Schollhammer M, Brenaut E, Menard-Andivot N, Pillette-Delarue M, Zagnoli A, Chassain-Le Lay M, Sassolas B, Jouan N, Le Ru Y, Abasq-Thomas C, Greco M, Penven K, Roguedas-Contios AM, Dupré-Goetghebeur D, Gouedard C, Misery L, Le Gal G. Oxybutynin as a treatment for generalized hyperhidrosis: a randomized, placebo-controlled trial. Br J Dermatol. 2015 yil noyabr; 173 (5):1163-8.

15. L.A. Bolotnaya, Yu.S. Ovcharenko. GIPERGIDROZ: DIAGNOSTIKA I LECHENIE// DERMATOLOGIYa TA VENEROLOGIYA - 2011 g. - No 1 (51) - S. 79-85.

16. Yutskovskaya, M.S. Tarasenkova. Lokal gipergidrozni A turdagi botulinik toksin (Distort preparati) bilan korreksiyalashning amaliy jihatlari - Vestn Dermatol Venerol - 2010; 5: 161-167.

17. Noël F, Piérard-Franchimont C, Piérard GE, Quatresooz P. Sweaty skin, background and assessments. Int J Dermatol. 2012 Jun;51 (6):647-55.

18. Lamb YN. Birlamchi qo‘ltiq osti gipergidrozida mahalliy glikopirroniy tozilat: uni qo‘llash profili. Clin Drug Investig. 2019 Nov;39 (11):1141-1147.

19. Haider A, Solish N. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. CMAJ. 2005 Jan 4;172 (1):69-75.

20. Childress KJ, Brown O, Bercaw-Pratt J. Inguinal gipergidroz: vaginitning kam uchraydigan sababi haqida ma’lumot. J. Pediatr Adolesc Gynecol. 2018 Aug;31 (4):420-421. doi: 10.1016/j.jpag.2018.01.008.

21. Menzinger S, Quenan S. Evaluation et prise en charge de l’hyperhidrose [Gipergidrozni baholash va boshqarish]. Rev Med Suisse (10 iyun 2017 yil). 2017 Mar 29;13 (556):710-714. Fransuzcha.

22. Pollini M, Paladini F, Sannino A, Maffezzoli A. Development of hybrid cotton/hydrogel yarns with improved absorption properties for biomedical applications. Mater Sci Eng C Mater Biol Appl. 2016 June;63:563-9.

23. Chia HY, Tan AS, Chong WS, Tey HL. Birlamchi kaft gipergidrozini davolashda glikopirroniy bromid bilan ionoforezning samaradorligi. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Sep;26 (9):1167-70.

24. Walling HW, Swick BL. Gipergidrozni davolash variantlari. Am J Clin Dermatol. 2011 Oct 1;12 (5):285-95.

25. Bajaj V, Langtry JA. Glikopirroniy bromidni gipergidrozda ichish uchun qo‘llash. Br J Dermatol. 2007 yil iyul;157 (1):118-21

26. Bo‘ni R. Generalized hyperhidrosis and its systemic treatment. Curr Probl Dermatol. 2002; 30:44-7.

27. Hurley H.J. Diseases of the eccrine sweat glands. In: Bolongna J.L., Johnzzo J.L., Rapini R.P., eds. Dermatologiya darsligi. - London: Mosby, 2003. - S. 567-668.

28. Liu G, Kang G, Huang J, Xie S, Hu H. Changes in Palm Temperature as a Predictor of Long-term Cure of Sympathicotomy for Palmar Hyperhidrosis? J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg. 2019 yil mart; 80 (2): 67-71.

https://pubmed.

https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7?utm_source=chatgpt.comncbi.nlm.nih.gov/18709319

https://www.medicina.ru/patientam/zabolevanija/gipergidroz/?utm_source=chatgpt.com

https://www.gruzdevclinic.ru/o-klinike/stati/gipergidroz-opisanie-bolezni-prichin-i-metodov-lecheniya?utm_source=chatgpt.com

https://baltclinic.ru/projects/stati/gipergidroz/?utm_source=chatgpt.com

https://www.smclinic.ru/diseases/gipergidroz-potlivost/?utm_source=chatgpt.com

https://sjhdermatology.com/hyperhidrosis/?utm_source=chatgpt.com

https://proficlinica.com/lecheniye-gipergidroza?utm_source=chatgpt.com

https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperhidrosis?utm_source=chatgpt.com

Teri gipergidrozini boshqarish bo‘yicha amaliy ko‘nikmalar kompetensiyalari

(vazifa ko‘chirilmoqda)

	Amaliyotchi hamshira	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Shikoyat va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish	**+***	+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda gipergidroz belgilari haqidagi bilimlarni qo‘llash.		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning to‘liq tibbiy tarixi		+	+
Ko‘zdan kechirish			
• Terini vizual tekshirish. Izohlar: Terini vizual tekshirishda jarayonning joylashuvi va uning tabiati baholanadi. • Jarayonning ifodalanganligini aniqlash uchun Minor yod-kraxmal testi			+
Tashxis qo‘yish			
Maxsus alomatlar va laboratoriya tekshiruvlari asosida tashxis qo‘yish			+
Asosiy laboratoriya diagnostikasi			
Asosiy laboratoriya tahlillarining maqsadi:		+	+
Xromatografik tekshirish (ter suyuqligi tarkibini o‘rganish uchun).		+	+
Gravimetrik tekshirish (gipergidrozni miqdoriy baholash uchun).		+	+
Ningidrinli sinamalar (aminokislotalarni sifat va miqdoriy aniqlash uchun).			+
Ningidrinli sinamalar (aminlarni sifat va miqdoriy aniqlash uchun).		+	+
Davolash			
Dori-darmonsiz davolashni tayinlash vakolati (34-bet)			+
Dori-darmonlar bilan davolashni tayinlash vakolati			+

Profilaktika			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog, dermatokosmetolog.

Teri gipergidrozini boshqarish bo‘yicha kompetensiyalar

	Amaliyotchi hamshira	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Gipergidroz tavsifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar tavsifi			+
Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar (asosiy laboratoriya tadqiqotlari) asosida gipergidroz diagnostikasiga yondashuvni yaratish.		+	+
Asosiy tahlillarni talqin qilish		+	+
Gipergidrozni davolashga yondashuvni shakllantirish			+
Gipergidrozning dori-darmonsiz terapiyasini tavsiflang			+
Gipergidrozning dori terapiyasini tavsiflang			+
Gipergidrozda qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta’sir mexanizmi, ko‘rsatmalari va nojo‘ya ta’sirlarini muhokama qiling.			+
Davolashda gipergidroz rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog va dermatokosmetolog.