Приложение 3
к приказу № 287
от «15» сентября 2025 года
Министра Здравоохранения
Республики Узбекистан

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

# « МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» ДА ТИББИЙ КОСМЕТОЛОГИЯДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

**ТОШКЕНТ 2025**



**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**
**ЎзР ССВ РИД ва**
**КИАТМ директори в.б.**
**Сабиров У.Ю.**

**«____» _____2025-йил**

# « МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» ДА ТИББИЙ КОСМЕТОЛОГИЯДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

**ТОШКЕНТ 2025**

# «МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

**ТОШКЕНТ 2025**

## Кириш қисми

## ХКТ-10/11 кодлари:

| | |
|---|---|
| L68.2/ ED71 | Махаллий гипертрихоз<br>https://mkb-10.com/index.php?pid=11393/<br>https://mkb-11.com/?id=ED71 |

**Протокол ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:**
**Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази**

**Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар ўз ҳиссаларини қўшдилар:**
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Сабиров У.Ю. | Марказ директори, т.ф.д., профессор | (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) |
| 2. | Саидвалиева С.С. | Врач дерматовенеролог, дерматокосметолог | (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) |

**Тақризчилар:**

1. Цой Наталя Олеговна - "Астана тиббиёт университети" НТМ "Дерматовенерология ва дерматокосметология" кафедраси доценти, PhD
2. Ходжаева Нигора Бахрамовна - Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ ДМ дерматокосметология муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири, DSc.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш бўйича директор ўринбосари, клиника Бош шифокори.

2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор ўринбосари

Ушбу миллий клиник протокол ва стандарт соғлиқни сақлаш вазири ўринбосари Э.И.Баситханова, тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.К.Алмардонов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р.Нуримова раҳбарлигида, шунингдек, бўлим бош мутахассиси Г.Т.Жумаева ва бўлим етакчи мутахассиси Н.Ф.Рахимоваларнинг ташкилий ва амалий ёрдами билан ишлаб чиқилган.

**Муҳокама баённомасидан кўчирма олинган сана ва рақам:** Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ 6-сонли

26.06.2025-сонли баённомасидан кўчирма

**Протокол фойдаланувчилари:**

1. Дерматовенеролог шифокорлар;
2. Тиббий косметологлар;
3. Умумий амалиёт шифокорлари;
4. Шифокор лаборантлар;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий таълим муассасаларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, докторантлари, ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчи шахслар.

Ушбу протокол ҳамма жойда маҳаллий гипертрихозни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

**Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси**: ушбу ташхис қўйилган беморлар текширувдан ўтказилади.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)**

| ДИД | Далилларнинг исботланганлик даражаси |
|---|---|
| 1 | Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи |
| 2 | Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно |
| 3 | Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар |
| 4 | Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи |
| 5 | Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси |

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбарлар учун)**

| DID | Далилларнинг исботланганлик даражаси |
|---|---|
| 1 | Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши |
| 2 | Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно |
| 3 | Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар |
| 4 | Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти |

| | |
|---|---|
| 5 | Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси |

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

| ТИД | Тавсияларнинг ишончлилик даражаси |
|---|---|
| A | Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган) |
| B | Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган) |
| C | Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган |

Мундарижа

«МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ»ДА ТИББИЙ КОСМЕТОЛОГИЯДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ……4

«МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ……20

«МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....23

## Қисқартмалар рўйхати:

| | |
|---|---|
| Син | синоним |
| ОПВ | одам папиллома вируси |
| КХТ | Касалликларнинг халқаро таснифи |
| ПУВА | фотоактив моддани терини узун тўлқинли ультрабинафша нурланиш билан биргаликда қўллашни ўз ичига олган даволаш усули. |
| EGFR | Эпидермал ўсиш омили рецептори |
| ГБЭ | Глютенга боғлиқ энтеропатия |
| ПКТ | Прокальцитонин |
| IPL | Интенсив импульсли ёруғлик |
| АЛТ, АСТ | Аланинаминотрансфераза, Аспартатаминотрансфераза |

**Асосий қисм.**

## Кириш

Гипертрихоз соч ўсиши меъёрда, аммо ўртача даражада кузатиладиган ҳудудларда ортиқча соч ўсиши билан тавсифланган ҳолатдир. Гирсутизмдан фарқли ўлароқ, гипертрихоз андроген таъсирга боғлиқ эмас ва туғма ёки орттирилган касаллик сифатида намоён бўлиши мумкин.

Гипертрихоз ҳаёт учун тўғридан-тўғри хавф туғдирмаслигига қарамай, у кўпинча беморга сезиларли руҳий-ҳиссий таъсир кўрсатади, айниқса кўринадиган локализация (юз, бўйин, оёқ-қўллар) мавжуд бўлса. Баъзи ҳолларда гипертрихоз жиддийроқ соматик ёки эндокрин касалликларнинг эрта намоён бўлиши мумкин, бу эса ўз вақтида ташхис қўйиш ва мултидиссиплинар ёндашувни талаб қилади.

## Таъриф

Махаллий гипертрихоз - тананинг ҳар қандай чекланган қисмида сочларнинг ўсиши, одатда бир хил ёшдаги, иркдаги одамларда мавжуд бўлган миқдордан ошиб кетиши
ва жинси, андрогенга боғлиқ соч ўсишидан ташқари [35]

## Касаллик этиологияси ва патогенези

Гипертрихознинг ҳар хил турлари этиологияси ва патогенези жиҳатидан бир-биридан фарқ қилади. Локал гипертрихоз ҳаммадан кўра кўпроқ жойларда учрайди, гипертрихознинг ҳар хил турлари этиологияси ва патогенези жиҳатидан бир-биридан фарқ қилади.
Туғма гипертрихоз ривожланишининг асосий этиологик омили соч фолликуласи оқсиллари дисфункциясига олиб келадиган генетик аномалия ҳисобланади [5].
Туғма маҳаллий гипертрихоз, хусусан, тирсак бўғимлари, қўл ва оёқ кафтлари, қулоқ супраси, бурун учи, бўйиннинг олд ёки орқа юзасидаги гипертрихоз аутосомал доминант касаллик, киприк

трихомегалияси эса аутосомал ретсессив касаллик ҳисобланади [5]. Бел-думғаза локализацияланган туғма гипертрихоз умуртқа поғонасида нуқсонлар мавжудлигини кўрсатиши мумкин [6]. Пешона, юз, елка ва орқа ён юзаларининг маҳаллий туғма гипертрихози ва синофриз (син.: ёпишган қошлар, монобош) генетик жиҳатдан ирсийланадиган синдромнинг таркибий элементи бўлиши мумкин [5]. Чегараланган пешона-чакка гипертрихози туғма учбурчак алопецияда учрайди [1].
Бирламчи ноовид гипертрихоз мустақил равишда пайдо бўлади, тери ташқарисидаги кўринишлар билан боғлиқ эмас [5]. Иккиламчи ноовид гипертрихоз липодистрофия, гемигипертрофия, сколиоз ва пастки қон томир каналининг аномалиялари билан боғлиқ бўлиши мумкин [5].
Орттирилган гипертрихоз турли дори воситаларини қўллаш натижасида юзага келиши мумкин: тизимли таъсирга эга антибактериал дорилар (стрептомитсин, бензилпенициллин), яллиғланишга қарши дорилар (тизимли кортикостероидлар), юрак касалликларини даволаш учун дорилар ва антигипертензив воситалар, периферик вазодилататорлар (миноксидил, алпростадил), диуретиклар (спиронолактон), глаукомага қарши дорилар ва миотик воситалар (атсетазоламид), эпилепсияга қарши дорилар (фенитоин), 6 иммунодепрессантлар (циклоспорин, микофенолат мофетил), тизимли таъсирга эга псораленлар, пенитсилламин ва шунга ўхшаш дорилар (пенитсилламин), моноклонал антитаналар (сетуксимаб, панитумумаб), тирозинкиназа ретсепторлари эпидермал ўсиш омили ингибиторлари (ЭГФР) (Эрлотиниб, Гефитиниб), интерферон альфа, фенотерол, амлодипин, периндоприл, ривастигмин, зидовудин ва бошқалар [2,4 7,9]. такрорий шикастланиш, ишқаланиш ва таъсирланишга, шунингдек, сурункали яллиғланиш жойларига моил [5]. Баъзида орттирилган маҳаллий гипертрихоз синиш жойларида, қўйилган шиналар ва гипсли боғламларда, веноз малформатсияларда, олдинги эмлаш жойларида (бўғма, кўкйўтал ва қоқшолнинг олдини олиш учун вакцина, силнинг олдини олиш учун вакцина), сувчечакдан кейинги чандиқларда, жароҳатдан кейинги чандиқларда, татуировкалар чегарасида, сўгалларни олиб ташлаш ва лазерли эпиляция жойларида, ПУВА терапияси, дерматологияда қўлланиладиган кортикостероидлар, такролимус, глаукомага қарши ва миотик дорилар, шунингдек, таркибида симоб ёки ёд бўлган ташқи воситалар қўлланиладиган соҳаларда жойлашган [4-5,8-9]. Эритрокератодермиядаги тошмалар доирасида одам папиллома вируси (ОПВ) 1-тури келтириб чиқарадиган сўгаллар атрофида жойлашган маҳаллий гипертрихоз ҳолатлари, шунингдек, олдинги тромбоз, остеомиелит, тизимли қизил югурук ва маҳаллий склеродермия билан боғлиқ ҳолатлар қайд этилган [4,7,9]. Патогенетик жиҳатдан, гипетрихоз соч фолликулаларининг анагенга ўтиши (фаол ўсиш босқичи) ёки веллюс соч фолликулаларининг терминал фолликулаларга айланиши натижасидир [4]

| Сабаблар | Мисоллар |
|---|---|
| Касалликлар | Акродиния<br>Анорексия, булимия, туйиб овқатланмаслик<br>Марказий асаб тизими бузилишлари<br>Дерматомиозит<br>Оила ичидаги алоқалар<br>ОИВ инфекцияси (агар прогрессив бўлса)<br>Паранеопластик синдромлар<br>Порфирия |

| Сабаблар | Мисоллар |
|---|---|
| | Претибиал микседема<br>Такрорий тери шикастланиши, ишқаланиш ва/ёки яллиғланиш (масалан, гипсни олиб ташлашдан кейин)<br>Тизимли касаллик<br>Бош мия жароҳати |
| Неандроген дорилар | Асетазоламид<br>Беноксапрофен<br>Биматопрост валатанопрост (простагландинли кўз томчилари)<br>Сетуксимаб<br>Кортикостероидлар (тизимли ёки маҳаллий)<br>Циклоспорин<br>Диазоксид<br>Фенотерол<br>Гексахлорбензол<br>Альфа-интерферон<br>Миноксидил<br>Пенитсилламин<br>Фенитоин<br>Простагландин Э1<br>Псорален<br>Стрептомитсин |

## Эпидемиология

Клиник тавсияларни ёзиш вақтида гипертрихоз эпидемиологияси бўйича аниқ статистик маълумотлар мавжуд эмас.

Гипертрихоз эркаклар ва аёлларда тенг эҳтимоллик билан учраши мумкин, аммо унинг баъзи турлари (қулоқ супраси ёки бурун учининг ирсий гипертрихози) аҳолининг эркаклар қисми учун кўпроқ хосдир [5].

Препубертат гипертрихоз Ўрта ер денгизи ва Жанубий Осиё аҳолиси орасида энг кўп учрайди [5].

## Таснифлаш

Умумий қабул қилинган тасниф мавжуд эмас. Чегараланган гипертрихоз шаклларига туғма чегараланган гипертрихоз (туғма невуслар, меланоз/Беккер невуслари, кўринмас гипертрихоз, спинал дизрафизм ва бошқалар), ирсий ва орттирилган тизимли касалликларда чегараланган гипертрихоз, орттирилган чегараланган гипертрихоз киради. [5].

## Касалликнинг клиник кўриниши

Гипертрихоз одатда туклар жойлашган жойларда дағал ва узун пигментли сочларнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади. [10] Тирсак гипертрихози (тукли тирсак синдроми), тукли кафт ва товон синдроми, қулоқ супраси, қош ва бурун учи гипертрихози, олд ва орқа бўйин гипертрихозлари туғилишдан бошлаб, эрта болалик ёки ўсмирлик даврида тегишли номда намоён бўлади ва тукли сочлар сони, қалинлиги ва пигментациясининг кўпайиши билан намоён бўлади, кўпинча симметрик тарзда жойлашади [5,6,12,13].

Кичик мураккаб меланотситик невуслар кўпинча ўсмирлик даврида кўпроқ пигментланган бўлиб, невусдан дағал қора сочлар ўсиши мумкин, гигант тузилмаларнинг тукланиши (>20 см) эса кеч болаликда энг сезиларли бўлади [6].

Беккер невуслари гиперпигментация ва гипертрихознинг чегараланган бир томонлама соҳасидир. Бу касаллик асосан ёш эркакларда учрайди. У эрта болалик даврида бўлиши мумкин, лекин одатда биринчи марта ўсмирлик даврида, баъзан қуёшдан куйишдан кейин ва кўпинча елка, кўкрак қафасининг олд қисми ёки курак соҳасининг шикастланиши билан кузатилади. Балоғатга етиш даврида зарарланиш ўчоғида одатда дағал қора сочлар пайдо бўлади, улар пигментланган жойга тўлиқ мос келмаслиги мумкин [5,6,10].

Невоид гипертрихоз гипертрихознинг чекланган узунликдаги симметрик жойлари бўлиб, бошқа тери аномалиялари бўлмаганда ривожланиш нуқсони сифатида пайдо бўлиши мумкин. Бу, эҳтимол, соч фолликулаларининг кўринмас ҳолати бўлиб, ташқи нормал терида терминал сочларнинг якка ёки кўплаб жойлари билан тавсифланади [5,6].

Спинал дизрафия ("фавн думи") бел-думғаза соҳаси устидаги доғ бўлиб, унинг ичида гипертрихоз бўлиши мумкин [5].

Соч ёқасининг белгиси тери аплазияси ёки эктопик мия тўқимасини ўраб турган гипертрихоз ҳалқасидир [5]. Чегараланган гипертрихоз клиник чандиқлар ҳосил бўлиши ёки бўлмаслигидан қатъи назар, бир неча марта маҳаллий ишқаланиш, даврий босим ёки дермага таъсир қилувчи узоқ муддатли яллиғланиш ўзгаришларидан кейин кузатилиши мумкин. Иккиламчи ўзгарган тери ўчоғида туклар ўсишининг кучайиши кузатилади. [5,6] Кечки тери порфирияси (ПКТ) ва гепатоэритропоэтик порфирия (ГЕП) каби порфириялар қуёш таъсирига моил бўлган жойларда гипертрихоз билан намоён бўлиши мумкин. Беморларда ПКТнинг бошқа стигмалари, жумладан ёруғликка сезгир тошмалар пайдо бўлади [6,14].

Пигментнинг мавжудлиги, миқдори ва эумеланин ва феомеланин таркибининг нисбатига қараб, соч ранги оқ ёки оқдан (пигмент йўқ) жигарранг ёки қорагача бўлиши мумкин [2].

## Маҳаллий гипертрихоз ташхиси клиник кўринишлари.

### Шикоят ва анамнез:

Беморлар терининг ушбу соч ўсиши хос бўлмаган қисмларида сочларнинг мавжудлиги, пайдо бўлиши, ўсишининг кучайиши ёки уларнинг сифатининг ўзгариши (қалинлашиши, пигментациянинг кучайиши) дан шикоят қилишади [5,6]

Анамнез йиғишда қуйидагиларни ҳисобга олиш лозим [5,6,11]:

1. Касалликнинг бошланишида беморнинг ёши (сочнинг ортиқча ўсиши).
2. Дориларни қабул қилиш тарихи.
3. Ҳар қандай йўлдош аномалиялар.
4. Оилавий анамнез.
5. Беморнинг этник ва ирқий мансублиги.

6. Ички аъзоларнинг йўлдош касалликлари.
Тирсак гипертрихози (тукли тирсак синдроми) туғилгандан бошлаб эрта болалик давригача намоён бўлади. Сочли кафт ва товон синдроми туғилиш пайтида намоён бўлади [13]. Қулоқ супраси гипертрихози болалик ёки ўсмирлик даврида намоён бўлади ва кўпинча эркакларда учрайди. Ўсмирлик даврида қош ва бурун учининг гипертрихози пайдо бўлади. Олдинги бўйин гипертрихози туғилишдан эрта болаликгача намоён бўлади ва сенсор ва мотор невропатия, ақлий заифлик ва бош бармоқнинг валгус деформацияси билан боғлиқ. Орқа бўйин гипертрихози туғилиш пайтида пайдо бўлади ва кифосколиоз билан боғлиқ. [5]

### Физикал текширув:

Ташхис қўйиш учун беморнинг тери қопламларини кўздан кечириш асосий ҳисобланади. Касалликнинг кўринишлари "Клиник кўриниши" бўлимида батафсил ёритилган.

- Терини визуал текшириш **тавсия этилади**.

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)**

**Изоҳлар:** Терини визуал текширишда соч ўсишининг жойлашуви ва уларнинг табиати баҳоланади.

### Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Маҳаллий гипертрихоз билан оғриган беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, касалликнинг фаоллик даражасини баҳолаш учун лаборатория текширувлари ўтказилади.

### Лаборатория текширувлари

| | |
|---|---|
| **С 5** | • УҚТ (умумий қон тахлили)<br>• УСТ (умумий сийдик тахлили) |

Изоҳлар: Умумий қон таҳлили - камқонлик, яллиғланишни истисно қилади.
Умумий сийдик таҳлили - буйрак касалликлари, метаболик бузилишларни истисно қилади.

| | |
|---|---|
| **С 5** | • Қоннинг биокимёвий тахлили |

Изоҳлар: Жигар синамалари (АЛТ, АСТ, билирубин) - дори ёки метаболик қўзғатувчига шубҳа қилинганда.
Креатинин, мочевина - буйрак патологиясини истисно қилиш учун.

| | |
|---|---|
| **С 5** | • Қондаги жинсий гормонлар ва қалқонсимон без гормонларини текшириш |

Изоҳлар: айниқса гипертрихоз маҳаллий бўлмаса ёки бошқа вирилизация белгилари мавжуд бўлса, гипотиреозни истисно қилиш учун

| | |
|---|---|
| **С 5** | • Беморда бошқа тери касалликлари билан умумий бўлган клиник белгилар мавжуд бўлганда қиёсий ташхислаш учун терининг биопсия (жарроҳлик) материалини патологоанатомик текшириш тавсия этилди.<br>Гистологик текширувда гипертрихоз гипертрихоз этиологиясига боғлиқ равишда терминал ёки момиқ туклар сонининг кўпайиши билан намоён бўлади. |

### Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

| | |
|---|---|
| **С 5** | • Беморда гормонал ҳолат бузилишининг бошқа клиник белгилари кузатилганда шифокор-эндокринолог, шифокор-акушер-гинеколог, шифокор-андролог маслаҳати тавсия этилди. |

### Инструментал диагностик текширувлар

| | |
|---|---|
| **С 5** | • Гипертрихоз соҳасининг дерматоскопияси<br>• Буйрак усти бези ва кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви<br>• Бош мия/гипофиз МРТ текшируви |

Изоҳлар: Дерматоскопия сочларнинг зичлиги ва турини баҳолаш учун ўтказилади.
Гормонал фаолликка шубҳа қилинганда буйрак усти бези ва кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви.
Агар гиперпролактинемия ёки неврологик симптомлар аниқланса, бош мия/гипофизнинг МРТ текшируви.

### Бошқа диагностик текширувлар

Дори-дармон анамнезида - қабул қилинган дорилар ҳақида маълумот тўплаш муҳим:
Миноксидил, циклоспорин, кортикостероидлар, фенитоин, циклоспорин, интерферонлар.
• Аёлларда терининг андрогенга боғлиқ соҳаларида сочлар сони ва сифати ошганда, шунингдек гиперандрогениянинг бошқа белгилари (акне, аёллар типидаги каллик, себорея, аёл тана контурларининг ўзгариши) мавжуд бўлганда гирсутизм билан қиёсий ташхис қўйиш мақсадида гирсуткалар сонини Ферриман-Голвей шкаласи бўйича ҳисоблаш тавсия этилган [15,16].
**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)**
Изоҳлар: Баҳолаш Ферриман-Голвей жадваллари бўйича тананинг 9 та андрогенга боғлиқ соҳаларида (юқори лаб, ияк, кўкрак, орқанинг юқори ва пастки қисмлари, қорин, қориннинг пастки қисми, қўллар ва сонлар) 0 дан (соч ўсишининг йўқлиги) 4 гача (интенсив кўринадиган соч ўсиши) шкала бўйича амалга оширилади. Барча соҳалар бўйича баллар йиғиндиси гирсут сони деб аталади. Гирсутизм ташхиси гирсут сони 8 дан ортиқ бўлганда қўйилади. Сўнгги тавсияларга кўра, ўзгартирилган Ферриман-Галлвей шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥4-6, одатда гирсутизм ҳақида далолат беради, аммо гирсутизмни баҳолашнинг ирқий хусусиятлари мавжуд. Европоид ва негроид ирқларининг баъзи вакилларида кўрсатилган шкала бўйича баллар йиғиндиси қийматининг ≥8 га ошиши патогномоник ҳисобланади. Жануби-шарқий осиёлик аёлларда ушбу шкала бўйича баллар йиғиндисининг ошиши диагностик жиҳатдан аҳамиятли ≥3. Гирсутизм Яқин Шарқ, Лотин Америкаси ва Ўрта ер денгизи аёлларига кўпроқ хос [2,15,16,40,41].

**Ферримана-Голлвея шкаласи**

Ферриман-Голвей шкаласи аёлларда гирсутизмнинг мавжудлиги ва ифодаланганлик даражасини баҳолаш учун мўлжалланган.

Асл номи: The Ferriman-Gallwey score
Манба (дастурчиларнинг расмий сайти, тасдиқланган нашр): DAVID FERRIMAN, D M., M.R.C.P., J. D. GALLWEY, M B., B.CH., CLINICAL ASSESSMENT OF BODY HAIR GROWTH IN WOMEN, The Journal of Clinical Endocrinology &

Metabolism, Volume 21, Issue 11, 1 November 1961, Pages 1440-1447,

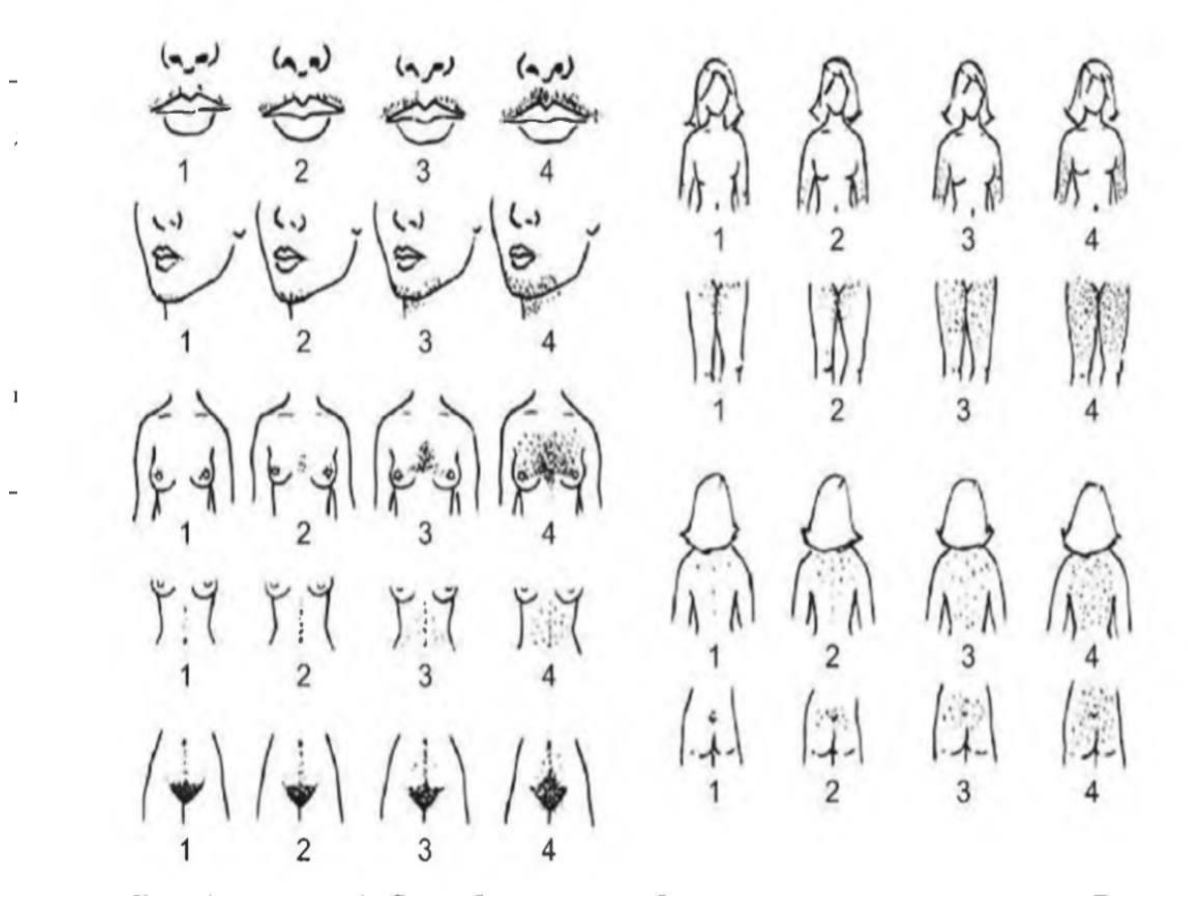
https://doi.org/10.1210/_j cem-21-11-1440

Тури (тагига чизилсин):

- бахолаш шкаласи
- индекс
- саволнома
- бошқа (аниқлаштирилсин):

Вазифаси: аёлларда гирсутизмнинг мавжудлиги ва ифодаланганлик даражасини баҳолаш учун.

Мазмуни (шаблони): 4 балли шкала бўйича тананинг 9 та соҳасида соч тўкилишининг ифодаланганлик даражаси баҳоланади.



Калит (талқин): Барча соҳалар бўйича баллар йиғиндиси гирсут сони деб аталади. Гирсутизм ташхиси гирсут сони 8 дан ортиқ бўлганда қўйилади. Гирсутизмнинг оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари: енгил (15 баллгача), ўртача (16-25 балл) ва оғир (25 баллдан юқори).

Сўнгги тавсияларга кўра, ўзгартирилган Ферриман-Галлвей шкаласи бўйича баллар йиғиндиси >4-6, одатда гирсутизм ҳақида далолат беради, аммо гирсутизмни баҳолашнинг ирқий хусусиятлари мавжуд. Европоид ва негроид ирқининг баъзи вакилларида кўрсатилган шкала бўйича баллар йиғиндиси қийматининг ≥8 га ошиши патогномоник ҳисобланади. Жануби-Шарқий Осиёлик аёлларда ушбу шкала бўйича баллар йиғиндисининг ошиши диагностик жиҳатдан аҳамиятли ≥3. Яқин Шарқ, Лотин Америкаси ва Ўрта ер денгизи [2,15,16,40,41].

## Маҳаллий гипертирихознинг қиёсий ташхиси:

**Жадвал: Маҳаллий гипертрихознинг қиёсий ташхиси**

| Заболевание / Состояние | Отличительные признаки |
|---|---|
| **Волосатый невус (невус пигментный)** | Гиперпигментированное образование с терминальными волосами; стабильный с возрастом. |
| **Спинал дизрафизм (spina bifida occulta)** | Бел соҳаси устидаги тукли зона + мумкин бўлган чуқурчалар, гемангиомалар, липомалар, неврологик симптомлар. |
| **Гипертрофик чандиқ / келоид** | Жароҳат ёки куйишдан кейин соч ўсиши мумкин бўлган зичлашган тери соҳаси. |
| **Терининг сурункали яллиғланиши (масалан, дерматофиброма)** | Терининг қалинлашган соҳаси, баъзан гипертрихоз билан. |
| **Дермал меланоситик невус** | Гиперпигментацияланган, хавфсиз, сезиларли соч қоплами билан. |
| **Нейрофиброма** | Юмшоқ тери тугуни, сочлар билан қопланган бўлиши мумкин. Кўпинча нейрофиброматознинг 1 турида. |
| **Туғма чизиқли эпидермал невус** | Блашко чизиғидаги папулалар ёки пилакчалар, баъзан гипертрихоз билан. |
| **Фауна синдроми (faun tail nevus)** | Бел соҳасидаги узун сочлар тўплами яширин орқа мия патологиясининг белгисидир. |
| **Миноксидил, кортикостероидларни маҳаллий қўллаш** | Препаратларни қўллаш анамнези, аппликация жойида соч ўсиши. |
| **Артефакт гипертрихоз** | Болаларда: тез-тез ишқалаш, иссиқлик (масалан, грелка), кийим - соч ўсишини кучайтиради. |
| **Гемангиома ёки қон томир малформатсияси** | Айниқса чуқур жойлашганда гипертрихоз билан бирга келиши мумкин. |
| **Тери хориостомаси (масалан, dermoid cyst)** | Тери тузилмалари, шу жумладан сочлар билан тери ости ҳосиласи. |

https://DoctorSPB.ru
https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70062-X.
https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70181-7.
https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70062-X.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-45139-7_40

## Консерватив даволаш

**Маҳаллий гипертрихознинг давоси кераксиз сочларни олиб ташлашдир.**

**Усулни, хусусан, инексион ёки аппаратли усулни танлаш беморнинг клиник кўринишига боғлиқ бўлиб, косметолог хонасининг жиҳозланиши билан белгиланиши мумкин. Самарали**

**натижа учун муолажалар сони қатъий индивидуал бўлиб, даволаш усули, соч фолликулалари сони, тери ва соч фототипининг индивидуал хусусиятларига қараб фарқ қилиши мумкин.**

**Барча соч ранглари учун**

- Соч фолликуласига таъсир қилмасдан (депиляция) соч ўзагини вақтинча олиб ташлаш

усуллари **тавсия этилди.**

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)**
**Изоҳлар:** *устара тиғи, электр устара, пинцет, триммер ёрдамида олиб ташлаш, мум ёки қуюқ шакар пастаси ёрдамида олиб ташлаш, кимёвий депиляция (калий тиогликолат) [17-20].*

**Таъсир кўрсатишнинг инструментал усуллари**

- Клиник кўринишга қараб индивидуал курс билан электроэпилятсия **тавсия этилади** [35-39].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3)**

**Депигментацияланган (оқ, оқарган) дан ташқари барча соч ранглари учун**

- Кенг полосали импульсли ёруғлик (ИПЛ) (500-1200 нм) ёрдамида 6-10 сеансли курсда, 4-6 ҳафтада 1 марта фотоэпилятсия қилиш **тавсия этилади** [21-24].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)**
**Изоҳлар:** *ҳар бир муайян ҳолатда терининг индивидуал хусусиятлари ва ишлов бериш соҳасидаги соч пигментациясидан келиб чиққан ҳолда импульс энергияси ва давомийлигини танлаш зарур. Уларни қуйидаги тартибда танлаш керак: ёруғлик доғининг ўлчами (мм), импульснинг давомийлиги (мс), энергия оқимининг зичлиги (Дж/см$^2$) [25]. I-IV фототиплар учун тавсия этилади*

- Nd:YAG (1064 нм) асллик модуляцияси билан неодим лазеридан фойдаланган ҳолда 8-10 сеанс курсида 4-5 ҳафтада 1 марта лазер эпиляцияси **тавсия этилади** [22,23,26-28]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)**

**Изоҳлар:** *ушбу лазер учун мақсадли хромофор оксигемоглобин, дезоксигемоглобин, оқсил тузилмалари бўлганлиги сабабли, терининг тўқ фототиплари ва сарғиш сочлар билан ишлаш учун танлов аппарати. I-IV фототиплар учун тавсия этилади.*

- Александрит лазеридан (755 нм) фойдаланган ҳолда 5-8 сеансли лазер эпиляцияси **тавсия этилади**, эпиляция соҳасига қараб 4-8 ҳафтада бир марта [28-30]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2)**
**Изоҳлар:** *ушбу лазер нурланишининг фолликулалараро эпидермис меланинида рақобатли ютилиши туфайли, куйиш ва дисхромиянинг олдини олиш учун муолажани фақат I-III фототипдаги терида мажбурий совутиш билан амалга ошириш мумкин.*

- Диодли лазер (810 нм) ёрдамида 3-4 ҳафтада 1 марта 8-12 сеансли лазер эпиляцияси тавсия этилади [24,31-34].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2)**
**Изоҳлар:** мақсадли хромофор меланин ҳисобланади, шунинг учун ушбу турдаги лазерли эпиляция оч, қизғиш сочлар ва оқ сочларни олиб ташлаш учун самарасиз. И-В фототиплари учун тавсия этилади.

**Хирургик даволаш**: қўлланилмайди.

**Бошқа муолажалар:**
Диетотерапия қўлланилмайди.
Оғриқсизлантириш қўлланилмайди.

**Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник протоколга киритилиши харажатларни қоплашга асос бўлмайди.**

**Лазерли эпиляцияга қарши кўрсатмалар (дерматологик ва умумий амалиётни ҳисобга олган ҳолда маҳаллий).**

**Мутлақ қарши кўрсатмалар:**
**(процедура қатъиян тақиқланган)**

• Онкологик касалликлар (айниқса тери, гормонга боғлиқ, анамнезда ва фаол босқичда)
• Ҳомиладорлик (расмий клиник текширилмаган, хавфсизлиги исботланмаган)
• Эпилепсия (тутқаноқ хуружини келтириб чиқариши мумкин)
• Фаол босқичдаги аутоиммун тери касалликлари (масалан, қизил югурик, склеродермия, дерматомиозит)

**Ишлов бериш зонасидаги терининг юқумли касалликлари:**
• Герпес (айниқса фаол)
• Пиодермия
• Микозлар
• ОПВ (ўткир учли кондиломалар, сўгаллар)

**Фотосенсибилизатсияловчи дориларни қабул қилиш (ретиноидлар, тетратсиклинлар, баъзи ностероид яллиғланишга қарши воситалар ва антидепрессантлар)**
• Декомпенсация босқичидаги қандли диабет
• Келоид чандиқланишга мойиллик
• Эпиляция соҳасидаги имплантлар (металл, нейростимуляторлар)

**Нисбий қарши кўрсатмалар:**
**(муолажа мумкин, лекин эҳтиёткорлик билан ва шифокор билан келишилгандан сўнг)**

• Лактация - зарар ҳақида аниқ маълумотлар йўқ, лекин кечиктириш тавсия этилади.
• Янги қорайиш (< 2 ҳафта) ёки ўз-ўзидан қорайиш (куйиш, гиперпигментация хавфи)
• Оч, оқ, момиқ сочлар - лазер кам самарали бўлади
• Варикоз касаллиги - қарши кўрсатма эмас, аммо тугунлар ва трофик ўзгаришлар мавжуд бўлса, бошқа усулларга ўтиш мумкин.
• Тери бутунлигининг бузилиши (тирналишлар, куйишлар, дерматитлар)
• Ҳайз кўриш қарши кўрсатма эмас, лекин сезувчанлик юқори бўлиши мумкин.
• Ишлов бериш соҳасидаги аллергик дерматозлар (масалан, экзема, эшакеми)

**Эслатма:**
Муолажадан олдин шифокор-дерматолог кўригидан ўтиш тавсия этилади, айниқса:
• ўсмаларга шубҳа қилинганда
• сурункали тери касалликларида
• беқарор гормонал фон

**Тиббиёт муассасасига ётқизиш учун кўрсатмалар йўқ.**

# «МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

**ТОШКЕНТ – 2025**

## Кириш

## Асосий қисим

Гипертрихоз соч ўсиши меъёрда, аммо ўртача даражада кузатиладиган ҳудудларда ортиқча соч ўсиши билан тавсифланган ҳолатдир. Гирсутизмдан фарқли ўлароқ, гипертрихоз андроген таъсирга боғлиқ эмас ва туғма ёки орттирилган касаллик сифатида намоён бўлиши мумкин.

Гипертрихоз ҳаёт учун тўғридан-тўғри хавф туғдирмаслигига қарамай, у кўпинча беморга сезиларли руҳий-ҳиссий таъсир кўрсатади, айниқса кўринадиган локализация (юз, бўйин, оёқ-қўллар) мавжуд бўлса. Баъзи ҳолларда гипертрихоз жиддийроқ соматик ёки эндокрин касалликларнинг эрта намоён бўлиши мумкин, бу эса ўз вақтида ташхис қўйиш ва мултидиссиплинар ёндашувни талаб қилади.

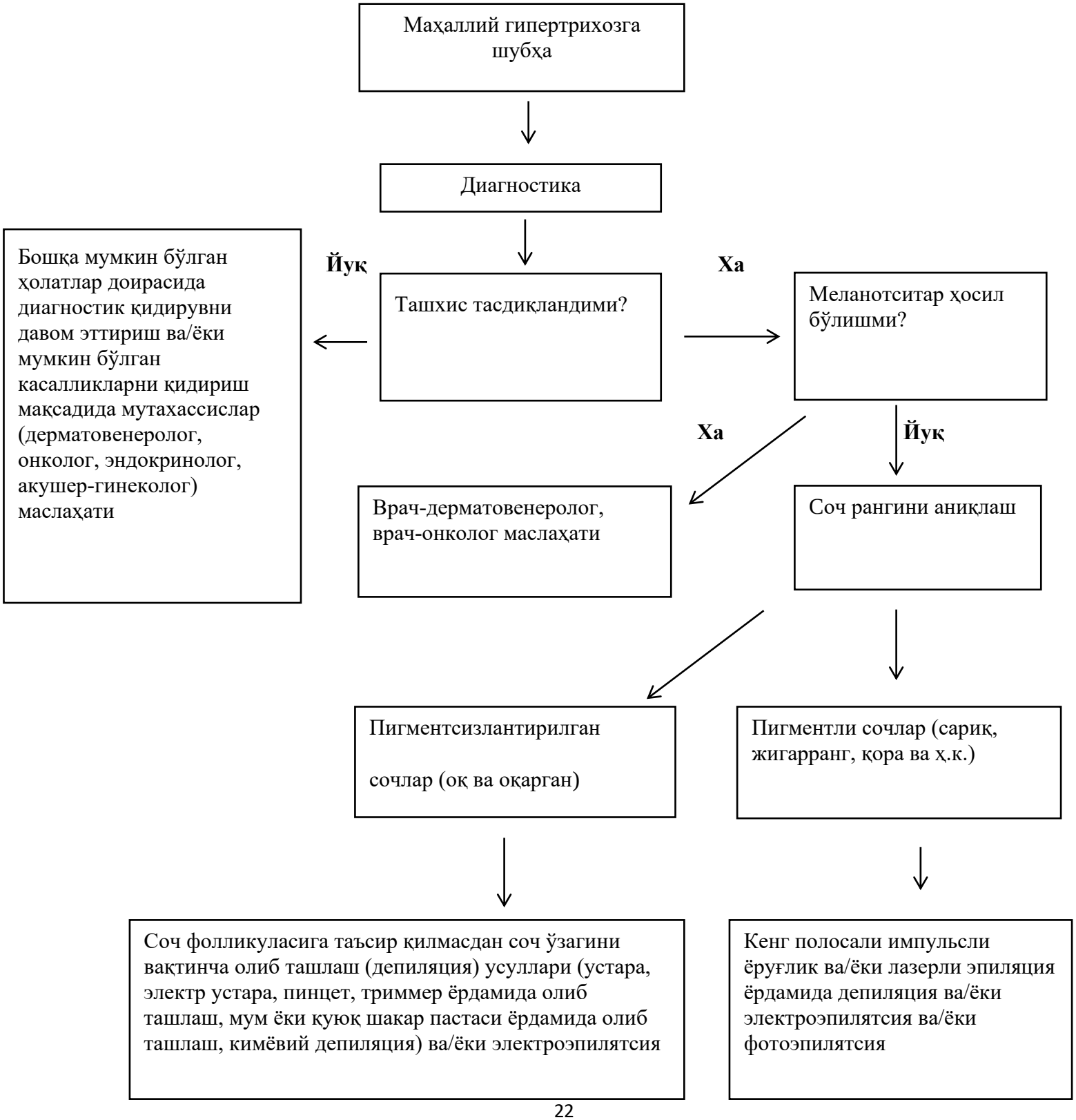
### Лазер билан даволаш:

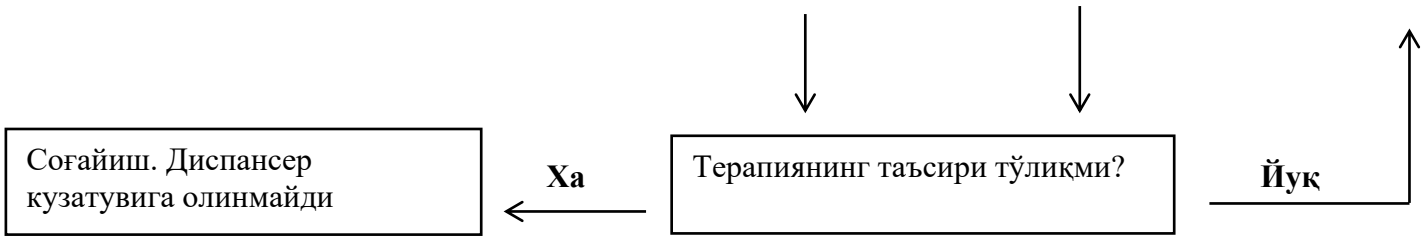
**ЛАЗЕР ТУРИ БЎЙИЧА ЛАЗЕР ЭПИЛЯЦИЯСИ ТУРЛАРИ:**

| Лазер тури | Тўлқин узунлиги | Терининг қайси фототипи учун | Хусусиятлари ва самарадорлиги |
|---|---|---|---|
| **Александритли** | 755 нм | I–III | Оч рангли тери ва тўқ рангли сочларда юқори самара беради. Тезкор натижа. Қуёшда қорайган терига тўғри келмайди. |
| **Диодли** | 800–810 нм | I–IV (иногда V) | Универсал. Чуқур кириб бориш. Қалин сочлар ва ўртача қорамтир тери учун мос келади. |
| **Неодим ((Nd:YAG)** | 1064 нм | III–VI | Тўқ ва қорайган терилар учун мос келади. Ингичка ва сарғиш сочлар учун камроқ самарали. |
| **Ёқут** | 694 нм | I–II | Эскирган. Фақат қора сочли оч рангли терида яхши таъсир қилади. |
| **IPL (интенсив импульсли ёруғлик)** | 500-1200нм | I–III | Камроқ мақсадли, кўпроқ юзаки.<br>Оч рангли сочлар учун камроқ самарали.<br>Самарадорлик баъзи лазерларга қараганда пастроқ. |

Тузатишнинг аппарат усулларидан фойдаланган ҳолда даволаш курси тугагандан сўнг, тери қопламалари тўлиқ тикланмагунча ҳаддан ташқари ультрабинафша нурланишдан (тўғридан-тўғри қуёш нурлари, солярийга ташриф буюриш) сақланиш, шунингдек, қуёш нурлари тушиши мумкин бўлган терининг очиқ жойларида ҳар 2 соатда қуёшда бўлиш учун УФА + UVB50+ қуёшдан ҳимояловчи ташқи воситалардан фойдаланиш керак.

**Шифокорнинг ҳаракат алгоритми**






# «МАХАЛЛИЙ ГИПЕРТРИХОЗ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

**ТОШКЕНТ 2025**

## Кириш

Гипертрихоз соч ўсиши меъёрда, аммо ўртача даражада кузатиладиган ҳудудларда ортиқча соч ўсиши билан тавсифланган ҳолатдир. Гирсутизмдан фарқли ўлароқ, гипертрихоз андроген таъсирга боғлиқ эмас ва туғма ёки орттирилган касаллик сифатида намоён бўлиши мумкин.

Гипертрихоз ҳаёт учун тўғридан-тўғри хавф туғдирмаслигига қарамай, у кўпинча беморга сезиларли руҳий-ҳиссий таъсир кўрсатади, айниқса кўринадиган локализация (юз, бўйин, оёқ-қўллар) мавжуд бўлса. Баъзи ҳолларда гипертрихоз жиддийроқ соматик ёки эндокрин касалликларнинг эрта намоён бўлиши мумкин, бу эса ўз вақтида ташхис қўйиш ва мултидиссиплинар ёндашувни талаб қилади.

**Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар**

Ўтказилмайди.

**Профилактика ва диспансер кузатуви, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар**

Профилактика ўтказилмайди.

**Тиббий ёрдамни ташкил этиш**

Даволаш амбулатор шароитда косметолог шифокор томонидан амалга оширилади.

## Адабиётлар рўйхати


1. Атлас по дерматологии. Мартин Рёкен, Мартин Шаллер, Эльке Заттлер и др. М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 405
2. Руководство по косметологии / под ред. А.А. Кубанова, Н.Е. Мантуровой, Ю.А. Галлямовой. - М.: АНО Издательский Дом «Научное обозрение», 2020. - 728
3. Kunte C., Wolff H., Gottschaller C. et al. Therapy of hypertrichosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2007 Sep;5(9):807-10. English, German. doi: 10.1111/j.1610-0387.2007.06098.x. PMID: 17760904.
4. Desai S., Mahmoud B.H., Bhatia A.C. et al. Paradoxical hypertrichosis after laser therapy: a review. Dermatol Surg. 2010 Mar;36(3):291-8. doi: 10.1111/j.1524-4725.2009.01433.x. Epub 2010 Jan 19. PMID: 20100274.
5. Saleh D., Yarrarapu S.N.S., Cook C. Hypertrichosis. 2021 Jul 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 30521275.
6. Trueb R.M. Causes and management of hypertrichosis. Am J Clin Dermatol. 2002;3(9):617-27. doi: 10.2165/00128071-200203090-00004. PMID: 12444804.
7. Azam C., Durrieu G., Deuilhe E. et al. Amlodipine and perindopril-induced

hypertrichosis in a six-year-old girl: A case report. Therapie. 2021 Sep-Oct;76(5):481-483. doi: 10.1016/j.therap.2020.06.008. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32653092.

8. DAVID FERRIMAN, D M ., M.R.C.P., J. D. GALLWEY, M B ., B.CH., CLINICAL

ASSESSMENT OF BODY HAIR GROWTH IN WOMEN, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 21, Issue 11, 1 November 1961, Pages 1440-1447, https://doi.org/10.1210/jcem-21-11-1440

9. Matheson E., Bain J. Hirsutism in Women. Am Fam Physician. 2019 Aug 1; 100(3):168 -

175. PMID: 31361105.

10. Olsen E.A. Methods of hair removal. J Am Acad Dermatol. 1999 Feb;40(2 Pt 1):143 -55; quiz 156-7. doi: 10.1016/s0190-9622(99)70181-7. PMID: 10025738.

11. Fernandez A.A., Franca K., Chacon A.H. et al. From flint razors to lasers: a timeline of hair removal methods. *JCosmetDermatol*. 2013 Jun;12(2):153-62.

12. Ramos-e-Silva M., de Castro M.C., Carneiro L.V. Jr. Hair removal. Clin Dermatol. 2001 Jul-Aug;19(4):437-44. doi: 10.1016/s0738-081x(01)00200-0. PMID: 11535385.

13. Lim V., Simmons B.J., Maranda E.L., et al. Sugaring-Modern Revival of an Ancient Egyptian Technique for Hair Removal. JAMA Dermatol. 2016 Jun 1;152(6):660.

14. Gan S.D., Graber E.M. Laser hair removal: a review. *Dermatol Surg.* 2013 Jun;39(6):823-38.

15. Dorgham N.A., Dorgham D.A. Lasers for reduction of unwanted hair in skin of colour: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 May;34(5):948-955. doi: 10.1111/jdv. 15995. Epub 2019 Nov 6. PMID: 31587390.

16. Szima G.Z., Janka E.A., Kovacs A. et al. Comparison of hair removal efficacy and side effect of neodymium:Yttrium-aluminum-garnet laser and intense pulsed light systems (18-month follow-up). J Cosmet Dermatol. 2017 Jun;16(2):193-198. doi: 10.1111/jocd. 12312. Epub 2017 Feb
6. PMID: 28164458.

17. Haedersdal M., W ulf H.C. Evidence-based review of hair removal using lasers and light sources. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(1):9-20.

18. Лазеры в практике косметолога и дерматолога. Принципы работы и возможности использования Эрнандес Е.И., Раханская Е.М., Шептий О.В., Калашникова Н.Г., Уракова Д.С., Дудкина С.Г. Под общ. ред. Эрнандес Е.И., Раханской Е.М. Издательский дом "Косметика & Медицина" , 2021 г. Мягкая обложка, 212 стр., илл. ISBN 978-5-901100-67-7

19. Jane S.D., Mysore V. Effectiveness of short-pulse width Nd:YAG in laser hair reduction. J Cosmet Dermatol. 2018 Dec;17(6):1046-1052. doi: 10.1111/jocd.12746. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30280484.

20. Modena D.A.O., Miranda A.C.G., Grecco C. et al. Efficacy and safety of ND:YAG 1064 nm lasers for photoepilation: a systematic review. Lasers Med Sci. 2020 Jun;35(4):797-806. doi: 10.1007/s10103-019-02939-6. Epub 2020 Jan 9. PMID: 31919681.

21. Ross E.V., Domankevitz Y. Hair Removal With Blended 755/1064 nm Laser Energy. Lasers Surg Med. 2021 Oct;53(8):1020-1025. doi: 10.1002/lsm.23381. Epub 2021 Jan 28. PMID: 33508141.

22. Ayatollahi A., Samadi A., Rajabi-Estarabadi A. et al. Comparison of efficacy and safety of a novel 755-nm diode laser with conventional 755-nm alexandrite laser in reduction of axillary hairs. Lasers Med Sci. 2020 Mar;35(2):373-

378. doi: 10.1007/s10103-019-02829-x. Epub 2019 Jul 5. PMID: 31278429.

23. Nistico S.P., Del Duca E., Farnetani F. et al. Removal of unwanted hair: efficacy, tolerability, and safety of long-pulsed 755-nm alexandrite laser equipped with a sapphire handpiece. Lasers Med Sci. 2018 Sep;33(7):1479-1483. doi: 10.1007/s10103-018-2503-z. Epub 2018 Apr 13. PMID: 29654422.

24. Tulpule M.S., Bhide D.S., Bharatia P. et al. 810 nm diode laser for hair reduction with Chill-tip technology: prospective observational analysis of 55 patients of Fitzpatrick skin types III, IV,V. J Cosmet Laser Ther. 2020 Feb 17;22(2):65-69. doi: 10.1080/14764172.2020.1726961. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32054369.

25. Adrian R.M., Shay K.P. 800 nanometer diode laser hair removal in African American patients: a clinical and histologic study. J Cutan Laser Ther. 2000 Dec;2(4):183-90.

26. Barolet D. Low fluence-high repetition rate diode laser hair removal 12-month

evaluation: reducing pain and risks while keeping clinical efficacy. Lasers Surg Med. 2012 Apr;44(4):277-81

27. Campos V.B., Dierickx C.C., Farinelli W.A. et al. Ruby laser hair removal: evaluation of long-term efficacy and side effects. Lasers Surg Med. 2000 26(2):177-85

28. Elise A. Olsen. Methods of hair removal. Journal of the American Academy of Dermatology. Volume 40, Issue 2. 1999; Pages 143-155, ISSN 0190-9622, https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70181-7.

29. Richard F. Wagner, John M. Tornich, Donald J. Grande. Electrolysis and thermolysis for permanent hair removal. Journal of the American Academy of Dermatology. Volume 12, Issue 3. 1985. Pages 441-449. ISSN 0190-9622, https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70062-X.

30. Urushibata O, Kase K. A comparative study of axillar hair removal in women: plucking versus the blend method. J Dermatol. 1995 Oct;22(10):738-42. doi: 10.1111/j. 1346- 8138.1995.tb03912.x. PMID: 8586752.

31. Shenenberger DW, Utecht LM. Removal of unwanted facial hair. Am Fam Physician. 2002 Nov 15;66(10):1907-11. PMID: 12469966.

32. Gorgu M, Aslan G, Akoz T, Erdogan B. Comparison of alexandrite laser and electrolysis for hair removal. Dermatol Surg. 2000 Jan;26(1):37-41. doi: 10.1046/j.1524-4725.2000.99104.x. PMID: 10632684.

33. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, Piltonen T, Norman RJ; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 2018 Aug;110(3):364-379.

34. Dokras A, Saini S, Gibson-Helm M, Schulkin J, Cooney L, Teede H. Gaps in knowledge among physicians regarding diagnostic criteria and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2017;107(6): 1380-6.e1.

35. Dessinioti, C., Katsambas, A.D. (2015). Hirsutism and Hypertrichosis. In: Katsambas, A.D., Lotti, T.M., Dessinioti, C., D 'Erme, A.M. (eds) European Handbook of Dermatological Treatments. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45139-7 40

Wendelin DS, Pope DN, Mallory SB. Hypertrichosis. J Am Acad Dermatol. 2003 Feb;48(2):161-79; quiz 180-1. doi: 10.1067/mjd.2003.10

https://shop.thieme.de/en/Color-Atlas-of-Dermatology/9783131503213

https://shop.thieme.de/en/Color-Atlas-of-Dermatology/9783131503213

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17760904

Махаллий тери гипертрихози менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари

(task shifting)

| | **Амалиёт ҳамшираси** | **БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)** | **Тор мутахасс ис** |
|---|---|---|---|
| **Шикоятлар ва анамнез** | | | |
| Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш | +* | + | + |
| Бемордан касаллик анамнезини йиғишда махаллий гипертрихоз белгилари ҳақидаги билимларни қўллаш. | | + | + |
| Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш. | | + | + |
| **Физикал кўрик** | | | |
| • Терини визуал текшириш.<br>Изоҳлар: Терини визуал текширишда ортиқча соч ўсишининг жойлашуви ва уларнинг табиати баҳоланади.<br>• Тукланиш ўчоқларида терини пайпаслаш<br>Изоҳлар: Теридаги тукланиш ўчоқларини текширишда сочларнинг қалинлиги баҳоланади. | | + | + |
| **Ташхис қўйиш** | | | |
| Касалликка хос симтомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш | | + | + |
| **Асосий лаборатор диагностикаси** | | | |
| Асосий лаборатория таҳлилларининг мақсади: | | + | + |
| Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкотситар формула + ЭЧТ | | + | + |
| Захм скрининг текширувлари (14 ёшдан катта) | | + | + |
| **Қўшимча лаборатор диагностикаси** | | | |
| Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси | | | + |

| | | | |
|---|---|---|---|
| мажбурий): RIF, IFA IgG ва IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG ва IgM | | | |
| Умумий сийдик таҳлили | | + | + |
| Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси | | + | + |
| **Қўшимча инструментал диагностика** | | | + |
| Дерматоскопия | | | + |
| Гормонал фаолликка шубҳа қилинганда буйрак усти безлари ва кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви. | | | |
| Бош мия/гипофизнинг МРТ текшируви - агар гиперпролактинемия ёки неврологик симптомлар аниқланса | | | + |
| **Даволаш** | | | + |
| Дори-дармонсиз даволашни тайинлаш ваколати (25-бет) | | | + |
| Дори-дармонлар билан даволашни тайинлаш компетенцияси (25-32-бетлар) | | | + |

| **Профилактика** | | | |
|---|---|---|---|
| Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар | + | + | + |
| Дори-дармонлар билан даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар | + | + | + |

# Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог.

*Бу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Маҳаллий тери гипертрихозини бошқариш бўйича компетенциялар

| | **Амалиёт ҳамшираси** | **БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)** | **Тор мутаҳассис#** |
|---|---|---|---|
| Маҳаллий тери гипертрихозини тавсифи | | + | + |
| Шикоятларнинг симптоматик тавсифи | | + | + |
| Патофизиологик механизмлар тавсифи | | | + |
| Этиологияси, симптомлари ва текширувлари (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида маҳаллий тери гипертрихози диагностикасига ёндашувни яратиш. | | + | + |
| Асосий таҳлилларни талқин қилиш | | + | + |
| Маҳаллий тери гипертрихозини даволашга ёндашувни шакллантириш | | + | + |
| Маҳаллий тери гипертрихозининг дори-дармонсиз терапиясини тавсифланг | | | + |
| Даволашда маҳаллий тери гипертрихози ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг. | | | + |

# Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог шифокор.