



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 618.3-008.61.1

ҲОМИЛАДОРЛАРДА КЎНГИЛ АЙНИШИ ВА ҚУСИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Адилова Сарвиноз Ризокуловна, <https://orcid.org/0000-0001-5628-3060>
Ахмедов Фарход Қахрамонович, <https://orcid.org/0000-0003-0104-4980>
Муротова Зарнигор Маширафовна, <https://orcid.org/0009-0007-4514-076X>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу мақолада акушерлик амалиётида кенг тарқалган ва муҳим клиник аҳамиятга эга бўлган ҳолатлардан бири — ҳомиладорлик давридаги кўнгил айланиши ва қусиш, айниқса унинг оғир шакли — hyperemesis gravidarum нинг этиопатогенези, хавф омиллари, клиник кечиши, диагностика усуллари ҳамда даволашнинг замонавий ёндашувлари таҳлил қилинган. Адабиётлар таҳлили асосида мазкур патология ривожланишида гормонал ўзгаришлар, жумладан хорионик гонадотропин, эстроген ва прогестерон таъсири, иммун тизими фаолиятидаги бузилишлар, оксидловчи стресс, яллиғланиш жараёнларида иштирок этувчи цитокинлар мувозанатининг ўзгариши ҳамда генетик омилларнинг аҳамияти ёритилган. Шунингдек, ҳомиладорликдаги кўнгил айланиши ва қусишнинг оғирлик даражасини баҳолашда PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis) шкаласининг клиник аҳамияти, касалликнинг она ва ҳомила саломатлигига таъсири ҳамда асоратларнинг олдини олишга қаратилган терапевтик чора-тадбирлар кўриб чиқилган. Хулоса қилиб айтганда, ҳомиладорликдаги кўнгил айланиши ва қусиш кўп омилли патогенезга эга бўлган мураккаб клиник ҳолат бўлиб, уни эрта аниқлаш, хавф омилларини баҳолаш ва беморга индивидуал ёндашув асосида даволаш она ва ҳомила учун қулай перинатал натижаларни таъминлашда муҳим аҳамият касб этади.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, эрта токсикоз, кўнгил айланиши, қусиш, hyperemesis gravidarum, этиопатогенез, PUQE шкаласи, диагностика, даволаш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ТОШНОТЫ И РВОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Адилова Сарвиноз Ризокуловна, <https://orcid.org/0000-0001-5628-3060>
Ахмедов Фарход Қахрамонович, <https://orcid.org/0000-0003-0104-4980>
Муротова Зарнигор Маширафовна, <https://orcid.org/0009-0007-4514-076X>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В данной статье рассмотрены одно из наиболее распространённых и имеющих важное клиническое значение состояний в акушерской практике — тошнота и рвота во время беременности, особенно её тяжёлая форма — hyperemesis gravidarum. Проведён анализ этиопатогенеза, факторов риска, клинических особенностей, методов диагностики и современных подходов к лечению данной патологии. На основании анализа литературных данных освещена роль гормональных изменений, в частности влияния хорионического гонадотропина человека, эстрогенов и прогестерона, нарушений функции иммунной системы, окислительного стресса, изменений баланса цитокинов, участвующих в воспалительных процессах, а также генетических факторов в развитии данного состояния. Также рассмотрено клиническое значение шкалы PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis) для оценки степени тяжести тошноты и рвоты у беременных, влияние данной патологии на состояние здоровья матери и плода, а также современные терапевтические подходы, направленные на профилактику возможных осложнений. Таким образом, тошнота и рвота во время беременности представляют собой сложное клиническое состояние с многофакторным патогенезом. Раннее выявление заболевания, оценка факторов риска и проведение индивидуализированной терапии имеют важное значение для сохранения здоровья матери и плода, а также обеспечения благоприятных перинатальных исходов.

Ключевые слова: беременность, ранний токсикоз, тошнота, рвота, hyperemesis gravidarum, этиопатогенез, шкала PUQE, диагностика, лечение.

MODERN APPROACHES TO THE PROBLEM OF NAUSEA AND VOMITING IN PREGNANT WOMEN

Adizova Sarvinoz Rizokulovna, <https://orcid.org/0000-0001-5628-3060>
Akhmedov Farkhod Kahramonovich, <https://orcid.org/0000-0003-0104-4980>
Murotova Zarnigor Mashrafvna, <https://orcid.org/0009-0007-4514-076X>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This article analyzes one of the most common and clinically significant conditions in obstetric practice — nausea and vomiting during pregnancy (NVP), particularly its severe form, hyperemesis gravidarum. The etiopathogenesis, risk factors, clinical features, diagnostic methods, and modern approaches to the treatment of this condition are reviewed. Based on an analysis of current literature, the role of hormonal changes, particularly the effects of human chorionic gonadotropin, estrogen, and progesterone, disturbances in immune system function, oxidative stress, alterations in the balance of cytokines involved in inflammatory processes, and genetic factors in the development of this pathology are highlighted. The article also discusses the clinical significance of the PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis) scale in assessing the severity of nausea and vomiting during pregnancy, the impact of this condition on maternal and fetal health, and modern therapeutic approaches aimed at preventing potential complications. In conclusion, nausea and vomiting during pregnancy represent a complex clinical condition with a multifactorial pathogenesis. Early diagnosis, assessment of risk factors, and individualized treatment approaches are essential for maintaining maternal and fetal health and ensuring favorable perinatal outcomes.

Keywords: pregnancy, early toxicosis, nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, etiopathogenesis, PUQE scale, diagnosis, treatment.

Долзарблғи

Хомиладорлик даврида кўнгил айнаши ва қусиш энг кўп учрайдиган клиник белгилардан бири бўлиб, улар хомиладорликларнинг тахминан 50–80% ида қайд этилади. Ушбу ҳолат гестациянинг илк босқичларида хомиладор аёлларни стационар шароитида даволашга эҳтиёж туғдирувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади.

Аксарият хомиладор аёлларда диспептик бузилишлар кузатилиб, улар кўнгил айнаши, қусиш, иштаҳанинг пасайиши ҳамда таъм сезишнинг ўзгариши билан намоён бўлади. Кўпчилик ҳолатларда мазкур ўзгаришлар хомиладорликнинг физиологик кечиши билан боғлиқ бўлгани учун махсус медикаментоз даволашни талаб этмайди.

Шу билан бирга, айрим беморларда қусишнинг оғир шакллари, жумладан hyperemesis gravidarum (хомиладорликдаги оғир қусиш) ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатларда она ва ҳомила саломатлигига жиддий хавф туғилиши эҳтимоли юқори бўлгани сабабли ўз вақтида ва самарали даволаш чораларини қўллаш зарур ҳисобланади [1].

Хомиладорликдаги ортикча қусиш (hyperemesis gravidarum) эрта токсикознинг энг оғир шаклларида бири бўлиб, сув-электролит мувозанатининг издан чиқиши, кетонурия, организмнинг сувсизланиши ҳамда мушакларнинг тиришиб қисқариши каби жиддий патологик ўзгаришлар билан кечади [12, 23]. Ушбу ҳолат ўз вақтида ташхисланиб, даволанмаса, она ва ҳомила саломатлиги учун хавфли асоратларга олиб келиши мумкин.

Fejzo M.S. ва ҳаммуаллифларининг (2019) маълумотларига кўра, эрта токсикоз хомиладор аёлларнинг тахминан 70% ида кузатилса, hyperemesis gravidarum эса 0,3–10,8% ҳолатларда учрайди [13]. Стрижаков А.Н. ва ҳаммуаллифлари (2014) таъкидлашича, гестациянинг дастлабки уч ойида эрта токсикоз ривожланган ҳолларда кўпинча хомиладорларни стационар шароитида даволаш талаб этилади. Кам ҳолатларда эса токсикознинг оғир кечиши она ҳаёти учун ҳам хавф туғдириши мумкин [6].

Shehmar M. ва ҳаммуаллифлари (2016) тадқиқотларида хомиладор аёлларнинг тахминан 60% ида эрталабки вақтларда кўнгил айнаши ва бош айланиши кузатилиши қайд этилган. Муаллифлар бу ҳолатни организмнинг озиқ-овқат таркибидаги инфекцион омиллар ва токсик

моддалар таъсиридан ҳомила ҳамда она организмини муҳофаза қилишга қаратилган физиологик мослашув механизми сифатида баҳолайдилар. Шу билан бирга, эрта токсикознинг оғир шакллари ва hyperemesis gravidarum организмнинг сувсизланиши, озиқланишнинг бузилиши ҳамда моддалар алмашинуви издан чиқиши билан кечиб, ҳомиладорларнинг 1,5–2% ида стационар даволашни талаб этади. Тадқиқотчиларнинг қайд этишича, токсикознинг клиник белгилари ҳомиладор аёлларнинг тахминан 35% ида уларнинг ҳаёт сифати, меҳнат қobiliяти ва оилавий муносабатларига салбий таъсир кўрсатади, ҳатто госпитализация талаб этилмаган ҳолатларда ҳам [26].

Ҳомиладорликдаги ортиқча қусиш организмнинг сувсизланиши, электролитлар мувозанатининг бузилиши, тана вазнининг кескин камайиши ҳамда оғир метаболик ўзгаришларга сабаб бўлади. Ўз вақтида етарли даволаш чоралари кўрилмаган ҳолларда ушбу ҳолат ҳаёт учун хавфли асоратлар билан якунланиши мумкин [7, 8].

Эпидемиологик кузатувларга кўра, эрта токсикоз ҳолатлари Европа давлатларига нисбатан Ҳиндистон, Покистон ва Янги Зеландияда кўпроқ қайд этилади. Ўн йиллик кузатув натижаларига асосан, ҳомиладор аёлларнинг 50–60% ида гестациянинг эрта босқичларида кўнгил айланиши ва қусиш ривожланган бўлиб, уларнинг 1,5–2% ида сувсизланиш ва метаболик бузилишлар билан кечувчи оғир шакл аниқланган [2,14].

Бундан ташқари, hyperemesis gravidarum камқонлик, артериал гипертензия, кон ивиш тизими бузилишлари ҳамда преэклампсия ривожланиш хавфини оширади. Шунингдек, ушбу ҳолат ҳомиланинг ўсишдан орқада қолиши ва муддатидан олдин туғруқ билан боғлиқ асоратлар эҳтимоллини ҳам кучайтиради [4].

Сўнгги йилларда ўтказилган тадқиқотлар ҳомиладорликдаги ортиқча қусишнинг психоэмоционал ҳолатга ҳам сезиларли таъсир кўрсатишини тасдиқламоқда. Оғир клиник белгилари мавжуд аёлларнинг деярли ярми ҳомиладорликни тўхтатиш эҳтимоллини ўйлаб кўрганини, ҳар тўртинчи аёлда эса вақти-вақти билан суицидал фикрлар кузатилганини маълум қилган. Шунингдек, кейинги ҳомиладорликларда мазкур касалликнинг қайта ривожланиш хавфи юқори бўлиб, ушбу ташхисни бошдан кечирган кўплаб аёллар яна ҳомиладор бўлишни истамасликларини билдирганлар [10, 12].

Бугунги кунга қадар ҳомиладорликда эрта токсикоз ва ҳомиладорликдаги қусиш (hyperemesis gravidarum) ривожланишининг аниқ сабаблари юзасидан ягона илмий қараш шаклланмаган. Замонавий адабиётларда ушбу ҳолатнинг келиб чиқишини тушунтирувчи бир қатор назариялар мавжуд бўлиб, улар орасида эндокрин ўзгаришлар, марказий ва периферик нерв тизими фаолиятининг бузилиши, иммун тизим дисфункцияси, кортико-висцерал муносабатларнинг издан чиқиши ҳамда рефлексор механизмлар муҳим ўрин тутди. Аксарият тадқиқотчилар эрта токсикоз монофакторли эмас, балки бир нечта этиологик омилларнинг ўзаро таъсири натижасида юзага келади, деб ҳисоблайдилар [1, 13].

Эрта токсикоз ривожланишига мойилликни оширувчи омиллар қаторига ирсий мойиллик, ошқозон-ичак тизимининг сурункали касалликлари, шунингдек, организмдаги нейроэндокрин ва метаболик ўзгаришлар киради [17].

Айрим ҳолатларда ҳомиладорликдаги қусиш инсон хорионик гонадотропини(ИХГ) нинг айрим изоформалари ортиқча ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ бўлади [8]. Шу сабабли кўп ҳомилали ҳомиладорлик ва трофобластик касалликларда, қонда ИХГ миқдори юқори бўлган ҳолатларда, қусиш кўпроқ учрайди ҳамда оғирроқ кечади [9].

Акушер-гинекологлар Қироллик коллежи (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) томонидан 2024 йилда эълон қилинган клиник тавсияларга мувофиқ, ҳомиладорликдаги кўнгил айланиши ва қусиш патогенезида асосий аҳамият гуморал қусиш омили ҳисобланган GDF15 га юқори сезувчанликка берилади [24]. Ушбу оқсилнинг концентрацияси ва унга нисбатан организм сезувчанлигининг ошиши касаллик оғирлиги билан бевосита боғлиқ деб ҳисобланади.

Шунингдек, жигарда карнитин-пальмитоилтрансфераза I митохондриял ферменти етишмовчилиги ҳам ҳомиладорлик даврида қусиш ривожланиши билан боғлиқлиги аниқланган [15]. Бундан ташқари, тиреотропин рецепторининг ИХГга юқори сезувчанлигини юзага келтирувчи генетик мутациялар билан боғлиқ оилавий гестацион гипертиреоз ҳолатлари ҳам тасвирланган бўлиб, уларда ҳомиладорликдаги қусишнинг оғир кечиши кузатилиши мумкин [16].

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, тухумдон гормонлари — эстроген ва прогестерон ҳам ҳомиладорлик даврида кузатиладиган кўнгил айланиши, қусиш ҳамда hyperemesis gravidarum патогенезида муҳим ўрин тутати. Айрим аёлларда орал контрацептивларни қабул қилиш даврида ҳам кўнгил айланиши кузатилиши ушбу гормонларнинг мазкур жараёндаги аҳамиятини тасдиқлайди. Шунингдек, организмда эстроген миқдорининг юқори бўлиши билан кечувчи ҳолатлар, жумладан онада тана вазни индекси юқори бўлиши ёки айрим репродуктив хусусиятлар, ҳомиладорликдаги оғир қусиш ҳолатларининг кўпроқ учраши билан боғлиқ экани қайд этилган [4,18].

Оксидловчи стресс ҳомиладорликдаги қусиш ривожланишининг муҳим патогенетик механизмларидан бири ҳисобланади [6]. Ҳомиладорликнинг эрта босқичларида шаклланаётган плацента митохондрияларининг юқори метаболик фаоллиги натижасида реактив кислород турлари ҳосил бўлиши кучаяди [22]. Ҳомиладорлик давом этган сари плацента кон айланишининг шаклланиши билан бир вақтда плацента тўқимасида реактив кислород турлари ва супероксид радикаллари миқдорининг ортиши кузатилади. Бу эса тизимли оксидловчи стрессни юзага келтириб, клиник жиҳатдан ҳомиладорликдаги ортиқча қусиш ривожланишига замин яратади [11,21].

Жаббаров Ю.К. ва ҳаммуаллифларининг маълумотларига кўра, ҳомиладорликдаги қусиш ҳолатларида яллиғланишга қарши эмас, балки яллиғланишни кучайтирувчи цитокинлар — IL-1 β ва IL-6 секрецияси мос равишда икки ва уч баробарга ошади, шу билан бирга TNF- α ишлаб чиқарилиши деярли икки баробар камаяди. Ушбу цитокинлар мувозанатининг бузилиши «цитокин бўрони» ривожланишининг эрта белгиси сифатида баҳоланади. Бундай ҳолат ўз вақтида даволанмаса ёки ҳомиладорлик тўхтатилмаса, кўп аъзолар етишмовчилиги ва ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин[3].

Ҳомиладорликдаги қусиш ривожланиш хавфини оширувчи омиллар қаторига аёлнинг ёшлиги, биринчи ҳомиладорлик, паст ижтимоий-иқтисодий шароит, қандли диабет, артериал гипертензия, чекиш, алкоғолли ичимликлар истеъмоли, экстракорпорал уруғлантириш, аёл жинсли ҳомила, кўп ҳомилали ҳомиладорлик ҳамда аёлнинг психоэмоционал ҳолати киради [24]. Хавф омилларининг жуда кўплиги ва турличалиги ушбу касаллик патогенези ҳали ҳам тўлиқ аниқланмаганлигини кўрсатади

Ҳомиладорлик даврида кўнгил айланиши ва қусишнинг оғирлик даражасини баҳолашда халқаро миқёсда эътироф этилган Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) шкаласидан фойдаланилади. Ушбу шкала ҳомиладор аёлларда кўнгил айланиши, қусиш ва қайт қилиш эпизодларини миқдорий баҳолаш имконини берувчи объектив диагностик восита ҳисобланади. PUQE кўрсаткичлари беморнинг ҳаёт сифати билан яқин корреляцияга эга бўлиб, бу уни нафақат дастлабки баҳолашда, балки даволаш жараёни самарадорлигини динамик кузатишда ҳам клиник жиҳатдан аҳамиятли эканлигини кўрсатади [8].

Шкала бўйича симптомларнинг оғирлиги жавоблар асосида йиғилган баллар йиғиндиси орқали аниқланади: 6 баллгача — енгил даража, 7–12 балл — ўрта оғирлик, 13 балл ва ундан юқори — оғир даража деб баҳоланади. Енгил кечувчи ҳолатларда даволаш амбулатор шароитда олиб борилади, ўрта оғирликда эса госпитализация масаласи беморнинг умумий ҳолатидан келиб чиққан ҳолда индивидуал ҳал этилади. Оғир кечувчи қусиш, айниқса hyperemesis gravidarum, шилинч равишда стационарга ётқизишни талаб қилади [3,15].

Касалликларнинг халқаро таснифи бўйича енгил ва ўрта оғир даражадаги ҳомиладорликдаги қусиш суткасига 3–5 марта ёки ундан кўп такрорланиши мумкин. Бундай ҳолатлар диспептик бузилишлар, лаборатор кўрсаткичлардаги ўзгаришлар ҳамда аёлнинг ҳаёт сифати пасайиши билан кечади ва аксарият ҳолларда даволаш чораларини талаб қилади.

Ҳомиладорликдаги ортиқча қусиш (hyperemesis gravidarum) касалликнинг энг оғир шакли бўлиб, узоқ давом этувчи кўнгил айланиши ва қусиш, дастлабки тана вазнининг 5% дан ортиқ камайиши, яққол сувсизланиш ҳамда электролитлар мувозанатининг жиддий бузилиши билан тавсифланади. Ушбу патология ҳомиладорларнинг 0,3–3,6% ида кузатилади ва стационар шароитида даволаш учун асосий кўрсатмалардан бири ҳисобланади [5].

Hyperemesis gravidarum ташхиси, аввало, беморнинг субъектив шикоятларига асосланади. Озиқ-овқат ва суюқликларни қабул қила олмаслик, умумий ҳолсизлик, меҳнат қобилиятининг пасайиши энг муҳим клиник белгилар ҳисобланади. Объектив мезонлар сифатида организмнинг сувсизланиши, тана вазнининг камайиши ва лаборатор таҳлиллардаги ўзгаришлар инobatга

олинади. Бемор ва шифокорнинг мазкур субъектив белгиларга ўз вақтида эътибор қаратиши касалликни эртароқ аниқлаш ва даволашни ўз вақтида бошлаш имконини беради [6].

Оғир кечувчи ҳомиладорликдаги қусиш нафақат тана вазнининг кескин йўқолишига, балки жигар ва буйрак фаолияти етишмовчилиги, метаболик алкалоз, ҳаёт учун хавфли гипокалиемиа ва гипомагниемиа, шунингдек, В₁ витамини (тиамин) танқислиги каби оғир асоратларнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлиши мумкин [10, 12].

Оғир кечувчи ҳомиладорликдаги қусиш оқибатида юзага келадиган патологик ўзгаришлар нафақат ҳомилада, балки янги туғилган чақалоқларда ҳам кузатилиши мумкин. Айрим кузатувларда айнан ушбу бузилишлар антенатал ўлимнинг эҳтимолий сабабларидан бири сифатида қайд этилган. М. V. Veenendaal ва ҳаммуаллифлари (2011) томонидан ўтказилган мета-таҳлил ҳамда бошқа қатор тадқиқотлар ҳомиладорликдаги қусишнинг оғир шакллари перинатал натижаларнинг ёмонлашиши билан боғлиқлигини кўрсатган [11, 25]. Мазкур патологияга чалинган ҳомиладорларнинг тахминан 1% ида она ва ҳомила учун нохуш оқибатлар қайд этилади. Айниқса, касалликнинг оғир кечишида олигурия, жигар функциясининг бузилиши ва поллиорган етишмовчилиги ривожланиб, она ҳаёти учун жиддий хавф туғдириши мумкин.

Даволашни бошлашдан олдин ҳомиладорликдаги қусишга ўхшаш клиник белгиларни келтириб чиқарувчи бошқа касалликларни истисно этиш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда ошқозон-ичак тизими касалликлари (гепатит, панкреатит, ўт йўллари касалликлари), пиелонефрит ҳамда диабетик кетоацидоз, порфирия ва Аддисон касаллиги каби метаболик бузилишлар билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Мета-таҳлиллار ва тизимли шарҳлар натижаларига кўра, кетонурия ҳомиладорликдаги қусиш оғирлигини баҳолашда муҳим лаборатор кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Маълумотларга кўра, ушбу асоратнинг тахминан 65% ҳолатларида кетонурия аниқланади. Бироқ айрим тадқиқотчилар уни касаллик оғирлигининг ишончли мезони сифатида қабул қилмайдилар [16].

Ҳомиладорликдаги кўнгил айланиши ва қусишни даволашнинг биринчи босқичи овқатланиш тартибини тўғри ташкил этишдан бошланади. Беморларга кўп миқдорда бир марта овқатланиш ўрнига кун давомида тез-тез, оз-оздан овқатланиш тавсия этилади. Рационда ёғ миқдори кам бўлиши лозим, чунки ёғли маҳсулотлар ошқозон бўшагини секинлаштириб, кўнгил айланиши ва қусишни янада кучайтириши мумкин.

Парҳезда имбир, мойчечак ва ялпиз эфир мойларидан фойдаланиш, шунингдек, антиэметик препаратларни қўллаш муайян даражада ижобий самара бериши мумкин. Замонавий дори воситалари орасида серотонин рецепторлари антагонисти бўлган ондасетрон кенг қўлланилади. Муаллифлар ондасетрон қабул қилган ҳомиладорларда тушиш ва ҳомиладорликнинг барвақт тугатилиши камроқ учраганини, тирик туғилишлар сони эса юқорида бўлганини қайд этганлар [19].

Ҳомиладорликдаги кўнгил айланиши ва қусишни даволашда энг кўп тавсия этиладиган дори воситалари қаторига Н₁-гистамин рецепторлари блокаторлари ҳам киради. Клиник тадқиқотлар натижалари ушбу препаратларни қабул қилган ҳомиладорларда туғма нуқсонлар ривожланиш хавфи уларни қабул қилмаган аёллар гуруҳига нисбатан ошмаслигини кўрсатган [20].

Даволаш самарадорлигини таъминлашда асосий йўналишлардан бири электролитлар мувозанатининг бузилишларини бартараф этиш, метаболик алкалозни тузатиш, организмдаги сууюқлик етишмовчилигини тиклаш ҳамда неврологик асоратларнинг олдини олишдан иборат.

Ҳомиладорликдаги қусиш сабабли стационарга ётқизилган ва сувсизланиш белгилари мавжуд бўлган беморларга, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, тромбознинг олдини олиш мақсадида паст молекуляр оғирликка эга гепаринлар ёрдамида тромбопрофилактика ўтказиш тавсия этилади.

Хулоса

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айланиши ва қусиш, айниқса hyperemesis gravidarum, акушерлик амалиётида кенг тарқалган ва она ҳамда ҳомила саломатлигига салбий таъсир кўрсатиши мумкин бўлган мураккаб патологик ҳолатлардан бири ҳисобланади. Ушбу ҳолатнинг патогенези кўп омилли хусусиятга эга бўлиб, унинг ривожланишида гормонал ўзгаришлар, генетик мойиллик, иммун ва нейроэндокрин бузилишлар, оксидловчи стресс, цитокинлар мувозанатининг ўзгариши ҳамда метаболик омиллар муҳим аҳамият касб этади.

Эрта токсикознинг енгил шакллари кўп ҳолларда физиологик ҳолат сифатида кечса-да, оғир шакллари организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, дегидратация, озикланиш

етишмовчилиги, метаболик ўзгаришлар ва ички аъзолар фаолиятининг бузилишига олиб келиши мумкин. Шу сабабли касалликни эрта аниқлаш, унинг оғирлик даражасини тўғри баҳолаш ва ўз вақтида комплекс даволаш чораларини бошлаш муҳим аҳамиятга эга.

Замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, hyperemesis gravidarum нафақат аёлнинг ҳаёт сифатига, балки ҳомиланинг ривожланиши ва перинатал натижаларга ҳам таъсир кўрсатиши мумкин. Шунинг учун ушбу патологияни фақат симптоматик ҳолат сифатида эмас, балки кенг қамровли патогенетик ёндашувни талаб қилувчи клиник муаммо сифатида баҳолаш зарур. Касаллик кенг тарқалганига қарамай, унинг патогенези ҳанузгача тўлиқ ўрганилмаган. Шу сабабли даволаш асосан симптоматик йўналишда олиб борилади. Терапевтик ёндашувлар овқатланиш тартибини ўзгартириш ва оғиз орқали қабул қилинадиган дори воситаларидан тортиб, оғир ҳолатларда беморни стационарга ётқизиш, томир ичига суюқликлар юбориш ҳамда озиклантирувчи терапия ўтказишгача бўлган чора-тадбирларни ўз ичига олади, ҳомиладорликдаги қусишнинг гормонал омиллар, иммун реакциялар ва генетик предикторларни чуқур ўрганиш касалликни эрта прогноз қилиш, индивидуал профилактика ва самарали даволаш усуллари ишлаб чиқиш имконини беради.

АДАБИЁТЛАР РҲЙХАТИ:

1. Балтаниязова ГП, Расуль-Заде ЮГ. Тошнота и рвота беременных: новые аспекты диагностики и лечения. Вестник врача (Доктор ахборотномаси). 2020;1(4):151–155. doi:10.38095/2181-466X-2020974-150-154.
2. Баранов ИИ, Клименченко НИ, Лимонова ЕМ, Робертус АИ. Современные подходы к лечению рвоты беременных: обзор клинических рекомендаций. Доктор.Ру. 2025;24(5):93–100. doi:10.31550/1727-2378-2025-24-5-93-100.
3. Джаббаров ЮК, Абдиева С, Суяркулова МЭ. Hyperemesis gravidarum – это «цитокиновый шторм»? Российский иммунологический журнал. 2024;27(4):865–870. doi:10.46235/1028-7221-16636-HGI.
4. Чикалова КИ, Гречканев ГО, Андосова ЛД, Зиновьева ОС, Рувимбо Р, Тугушева РА. Тошнота и рвота беременных — актуальные аспекты патогенеза (обзор). Медицинский альманах. 2025;(2):83. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/toshnota-i-rvota-beremennyh-aktualnye-aspekty-patogeneza-obzor>. Accessed July 27, 2026.
5. Радзинский ВЕ, Костин ИИ. Акушерство: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021.
6. Стрижаков АН, Игнатко ИВ, Тимохина ЕВ. Ранний токсикоз беременных: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014.
7. Сухих ГТ, Серова ОФ. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2022.
8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and Vomiting of Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(1):e30. doi:10.1097/AOG.0000000000002456.
9. Bolin M, Åkerud H, Cnattingius S, Stephansson O, Wikström AK. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study. BJOG. 2013;120(5):541–547. doi:10.1111/1471-0528.12132.
10. Carstairs SD. Ondansetron use in pregnancy and birth defects: a systematic review. Obstet Gynecol. 2016;127(5):878–883.
11. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. Int J Womens Health. 2010;2:241–248. doi:10.2147/IJWH.S6794.
12. Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, Koren G. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. Can Fam Physician. 2007;53(12):2109–2111.
13. Fejzo MS, Trovik J, Grooten IJ, Sridharan K, Roseboom TJ, Vikanes Å, et al. Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. Nat Rev Dis Primers. 2019;5:62. doi:10.1038/s41572-019-0110-3.
14. Fiaschi L, Nelson-Piercy C, Tata LJ. Hospital admission for hyperemesis gravidarum: a nationwide study of occurrence, reoccurrence and risk factors among 8.2 million pregnancies. Hum Reprod. 2016;31(8):1675–1684. doi:10.1093/humrep/dew128.

15. Grooten IJ, Roseboom TJ, Painter RC. Barriers and challenges in hyperemesis gravidarum research. *Nutr Metab Insights*. 2016;8(Suppl 1):33–39. doi:10.4137/NMI.S29523.
16. Jansen LAW, Shaw V, Dean C, Grooten IJ, Koot MH, Painter RC. Diagnosis and treatment of hyperemesis gravidarum. *CMAJ*. 2024;196(14):E485. doi:10.1503/cmaj.221502.
17. Vadakekut ES, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; updated July 6, 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>.
18. Koren G, Maltepe C. Pre-emptive therapy for severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(5):530–533. doi:10.1080/01443610410001722581.
19. O'Donnell A, McParlin C, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review and economic assessment. *Health Technol Assess*. 2016;20(74):1–268. doi:10.3310/hta20740.
20. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, Fejzo MS. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(6):632–636. doi:10.3109/14767058.2011.598588.
21. Niebyl JR. Clinical practice: nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med*. 2010;363(16):1544–1550. doi:10.1056/NEJMcp1003896.
22. Pasternak B, Svanström H, Hviid A. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(9):814–823. doi:10.1056/NEJMoa1211035.
23. Petry CJ, Ong KK, Burling KA, Barker P, Goodburn SF, Perry JRB. Associations of vomiting and antiemetic use in pregnancy with levels of circulating GDF15 early in the second trimester: a nested case-control study. *Wellcome Open Res*. 2018;3:123. doi:10.12688/wellcomeopenres.14818.1.
24. Nelson-Piercy C, Dean C, Shehmar M, Gadsby R, O'Hara M, Hodson K, et al; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No. 69). *BJOG*. 2024;131(7):e30. doi:10.1111/1471-0528.17739.
25. Veenendaal MVE, van Abeelen AFM, Painter RC, van der Post JAM, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2011;118(11):1302–1313. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03023.x.
26. Shehmar M, MacLean MA, Nelson-Piercy C. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. Green-top Guideline No. 69. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016.

Қабул қилинган сана 20.07.2026