

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»**

УДК 618.3-06

На правах рукописи



ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА

**АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ ВО ВНЕШНЕЙ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ**

АВТОРЕФЕРАТ

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.01 - Акушерство и гинекология**

ДУШАНБЕ – 2025

Научная работа выполнена в акушерском отделе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» и на базе Московской клиники ООО «Авиценна».

**Научный
руководитель:**

Камилова Мархабо Ядгаровна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая акушерским отделом ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ

**Официальные
оппоненты:**

Закирова Нодира Исламовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета Республики Узбекистан

Кадырова Соджида Гафуровна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Ведущая организация:

«Таджикский национальный университет»

Защита диссертации состоится «22» января 2026 г. в «14» часов на заседании Диссертационного совета 6D.КOA – 006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно – исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: г. Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, дом 31, Sh.tabarovna@mail.ru: телефон: 918 69 16 68

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте (www.niiagip.tj) ГУ «Таджикский научно– исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Автореферат разослан « _____ » _____ 2025 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

кандидат медицинских наук



Муминова Ш.Т.

Введение

Актуальность темы исследования. Иммиграционные процессы в современном мире демонстрируют устойчивую тенденцию к росту, что напрямую связано с глобальными социально-экономическими преобразованиями. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время почти каждый десятый житель Европейского региона является международным мигрантом, что подчёркивает масштаб и устойчивость миграционных потоков. В рамках изучения миграционной мобильности особое внимание привлекает гендерный аспект. Согласно оценкам Международной организации труда (МОТ), в 2021 году общее число трудовых мигрантов в мире достигло примерно 164 миллионов человек, из которых женщины составили 41,6 %. Эти данные свидетельствуют о возрастающем участии женщин в международной трудовой миграции. Феномен так называемой «феминизации» миграционных потоков рассматривается сегодня как одна из ключевых характеристик современной стадии развития мировой миграции. Он отражает не только изменения в структуре глобальной экономики и трансформацию рынков труда, но и растущее вовлечение женщин в процессы международной мобильности. Женщины всё чаще мигрируют в поисках занятости, более высокого уровня жизни и социальной защищённости. С учётом этих факторов особую актуальность приобретает исследование социального положения и состояния здоровья женщин-мигрантов, в том числе находящихся в репродуктивном возрасте, что является важной частью научного дискурса в области миграционной и социальной медицины [Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН – <https://news.un.org/ru>] [1].

Таджикистан занимает второе место по числу граждан, выезжающих на работу в Россию. По данным официальной статистики, количество женщин среди мигрантов на сегодняшний день превышает 57,4 тыс. человек, что почти вдвое больше по сравнению с аналогичным периодом 2021 года [Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический ежегодник России. 2023: статистический сборник. – Москва: Росстат, 2023. – 256 с.] [2].

Неравенство, с которым сталкиваются мигранты в сфере охраны здоровья и доступа к качественным медицинским услугам, подтверждено рядом международных исследований и докладов глобальных организаций. Перинатальные исходы среди женщин-мигрантов ранее изучались преимущественно в странах с высоким уровнем дохода. В частности, сообщалось о повышенном риске неблагоприятных перинатальных исходов у женщин-мигрантов в государствах Северной Европы по сравнению с местным населением [International Organization for Migration. World Migration Report 2023. – Geneva: IOM, 2023] [3].

Несмотря на возрастающее внимание международного сообщества к проблемам здоровья мигрантов, сведения о состоянии перинатального здоровья женщин-мигрантов в России остаются ограниченными. В период переселения и адаптации женщины сталкиваются с многочисленными психологическими, социальными и экономическими трудностями. Уровень удовлетворённости жизнью и общее благополучие могут быть связаны с показателями здоровья, что подчёркивает необходимость их изучения в перинатальном периоде [United Nations Department of Economic and Social Affairs. International Migration 2022. – New York: UN, 2022] [4].

Фетоплацентарный комплекс, синтезирующий широкий спектр гормонов и белков, играет ключевую роль в обеспечении нормального течения беременности. Пренатальный стресс, которому подвержены женщины-мигранты, способен нарушать гормональную функцию фетоплацентарного комплекса. Снижение или дисбаланс выработки гормонов лежит в основе патогенеза ряда осложнений беременности, включая невынашивание и синдром задержки внутриутробного развития плода [Expression of Placental Hormones in Pregnant Women with High Levels of Stress and Depression // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019] [5].

Симптомы депрессии и высокий уровень стресса относятся к наиболее изученным пренатальным факторам, ассоциированным с изменением

гормонального статуса беременной женщины [The Impact of Maternal Stress on Pregnancy Outcomes // Stress. – 2020] [6].

Изучение роли оси «гипоталамус–гипофиз–надпочечники» и оси «гипоталамус–гипофиз–щитовидная железа» в формировании влияния миграционных процессов на психическое здоровье женщин в перинатальном периоде представляет собой актуальное направление дальнейших исследований. Полученные результаты могут иметь важное практическое значение, позволяя разработать подходы, направленные на улучшение акушерских и перинатальных исходов у женщин-мигрантов.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Анализ литературных источников, посвящённых особенностям течения беременности, а также акушерским и перинатальным исходам у женщин-трудовых мигрантов, свидетельствует о том, что в последние годы число мигрантов во всех развитых странах неуклонно растёт. В связи с этим данная проблема активно изучается в различных государствах, что обусловлено её приоритетным характером и высокой социально-экономической значимостью.

В то же время остаются недостаточно исследованными вопросы психоэмоционального статуса женщин-мигрантов, специфики течения беременности, акушерских и перинатальных исходов, а также возможных изменений в подходах к ведению беременных женщин из Таджикистана, проживающих в Российской Федерации. Эти обстоятельства определяют актуальность настоящего исследования.

Связь исследования с программами (проектами) научной тематикой.

В Таджикистане государственные программы, связанные с соматическим и репродуктивным здоровьем, предусматривают обеспечение безопасной беременности, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Проведенное нами исследование имеет связь с такими программами, как «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2020 года», «Декларация тысячелетия ООН», «Стратегия развития Республики Таджикистан до 2030», «Сексуальное и репродуктивное здоровье

ВОЗ». Исследование проведено с целью решения задач НИР акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ, на тему «Преждевременные роды: эпидемиология в различных регионах и стационарах разного уровня Таджикистана, факторы риска, прогнозирование, диагностика, профилактика и лечение», регистрационный номер №0123TJ1526.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные исходы в параллелях с характеристиками психо-эмоционального и гормонального статуса для оптимизации подходов ведения женщин, находящихся в трудовой миграции.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-социально-anamnestическую характеристику беременных женщин, трудовых иммигрантов из Таджикистана в Россию
2. Оценить характеристики психо-эмоционального статуса беременных женщин-мигрантов из Таджикистана.
3. Изучить гормональный статус беременных женщин-мигрантов из Таджикистана.
4. Изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы женщин-мигрантов из Таджикистана.
5. Провести параллели неблагоприятного пренатального периода, акушерских и перинатальных исходов с особенностями психо-эмоционального и гормонального статуса женщин-мигрантов из Таджикистана
6. Провести оценку предложенных подходов ведения беременности женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию.

Объект исследования. Объектом исследования явились беременные женщины, граждане Таджикистана, находящиеся в трудовой иммиграции.

Предмет исследования. Предметом исследования явилось изучение особенностей психо-эмоционального статуса, особенностей течения беременности, акушерских и перинатальных исходов, связи психо-эмоциональных характеристик с гормональными изменениями во время

беременности и выраженностью осложнений беременности, связанных с дисфункцией эндотелия женщин трудовых иммигрантов. На основании выявленных изменений оптимизированы подходы ведения беременных женщин, находящихся в трудовой иммиграции, проведена их оценка.

Научная новизна исследования.

Впервые изучены клиничко- социально- анамнестические характеристики беременных женщин, трудовых иммигрантов из Таджикистана в Россию. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности у женщин, трудовых мигрантов превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных.

Впервые оценены характеристики психо-эмоционального статуса беременных женщин-мигрантов из Таджикистана. Установлена высокая распространенность реактивной тревожности и депрессивных состояний, связанных с социальным положением женщин, находящихся в трудовой миграции.

Представлен гормональный статус беременных женщин-мигрантов из Таджикистана. Доказано, что снижение уровней гормонов фето-плацентарного комплекса связаны с осложнениями беременности, повышение уровня кортизола – с нарушениями психо-эмоционального статуса. Изучена гемодинамическая функция плаценты у женщин, трудовых мигрантов и доказано, что неблагоприятные условия пренатального развития плода связаны с повышением частоты осложнений беременности.

Впервые проведено сопоставление неблагоприятного пренатального периода, акушерских и перинатальных исходов с особенностями психоэмоционального статуса беременных женщин - трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию. Доказано, что некорригированные нарушения психоэмоциональной сферы являются значимым фактором, способствующим развитию неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.

Выполнена оценка эффективности предлагаемых подходов к ведению беременности у женщин-мигрантов из Таджикистана. Установлено, что

включение в тактику ведения регулярного антенатального наблюдения, систематической оценки психоэмоционального статуса и последующего сопровождения при выявленных нарушениях способствует снижению выраженности тревожных и депрессивных расстройств, а также улучшению акушерских и перинатальных исходов.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Результаты настоящей диссертационной работы обладают высокой практической значимостью и могут быть эффективно интегрированы в образовательный процесс кафедр акушерства и гинекологии, а также общественного здоровья и здравоохранения медицинских вузов. Полученные в ходе исследования данные об особенностях течения беременности, акушерских и перинатальных исходах у женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, могут служить основой для подготовки лекционного материала, тематических семинаров и практических занятий по следующим направлениям: «Влияние факторов миграции на репродуктивное здоровье женщин», «Клинические особенности течения беременности у мигранток», «Психоэмоциональные нарушения в антенатальном периоде и их последствия», «Связь нейроэндокринной регуляции с психоэмоциональным состоянием беременной» и «Пути оптимизации акушерского наблюдения за женщинами-мигрантками». Применение этих материалов в рамках подготовки специалистов способствует расширению профессиональных компетенций обучающихся и формированию у них клинического мышления, ориентированного на учет социально-медицинских детерминант.

Положения, выносимые на защиту:

1. Доказано, что беременные женщины - трудовые мигранты в России характеризуются низким индексом здоровья, высокой частотой осложнений беременности, нарушений психоэмоционального статуса, а также неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.
2. Установлено, что осложнения беременности у женщин-мигрантов связаны со снижением уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и нарушениями

кровотока в системе «мать–плацента–плод». Нарушения психоэмоционального статуса сопряжены с повышением уровня кортизола - ключевого гормона стресса.

3. Доказано, что тактика ведения беременных женщин-мигрантов, включающая регулярное антенатальное наблюдение, оценку психоэмоционального состояния и последующее сопровождение при выявленных нарушениях, позволяет уменьшить выраженность тревожных и депрессивных расстройств и способствует улучшению акушерских и перинатальных исходов.

Степень достоверности результатов диссертации. Высокая степень достоверности полученных результатов подтверждается репрезентативным объёмом исследованного материала, применением современных методов статистической обработки данных, использованием адекватных методов исследования, публикацией основных положений в рецензируемых изданиях, а также обоснованностью сделанных на основании полученных данных выводов.

Соответствие исследования паспорту научной специальности. Тематика и направленность выполненного исследования в полной мере соответствуют положениям паспорта научной специальности 14.01.01 – «Акушерство и гинекология», утверждённого Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан. Объектом диссертационного анализа стали женщины, являющиеся гражданками Таджикистана и находящиеся в условиях трудовой миграции в Российской Федерации. В рамках работы всесторонне изучены особенности течения физиологической и осложнённой беременности, характер родоразрешения, динамика послеродового периода, а также показатели роста и развития плода, что напрямую соответствует ключевым научным направлениям специальности, охватывающим аспекты «Физиологические и осложнённые беременность, роды и послеродовой период у женщины», а также «Перинатальный период жизни ребёнка».

Кроме того, значительное внимание в исследовании уделено анализу факторов, влияющих на акушерские и перинатальные исходы у женщин-

мигранток, включая оценку психоэмоционального и гормонального статуса, что позволяет отнести данную работу к разделу, касающемуся разработки и совершенствования методов диагностики и профилактики осложнённого течения беременности и родов. В диссертации представлены обоснованные рекомендации по оптимизации наблюдения за беременными женщинами из числа трудовых мигрантов, что подтверждает её актуальность и научную значимость в контексте развития клинической практики в области акушерства и гинекологии.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование. Все этапы научного исследования были выполнены диссертантом самостоятельно после предварительного согласования цели, задач и методологического подхода с научным руководителем. Автором проведён систематический поиск и критический анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвящённой влиянию факторов трудовой миграции на течение беременности, акушерские и перинатальные исходы. На основе изученного материала был подготовлен и структурирован литературный обзор по заявленной проблематике. Диссертант лично осуществлял разработку карт первичного учёта, организовывал и проводил сбор эмпирических данных, последующую статистическую обработку информации, интерпретацию результатов и формулирование научных выводов. Кроме того, автор принимал активное участие в профильных научно-практических конференциях, готовил и публиковал научные статьи и учебно-методическое пособие. Полученные данные были внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения, а также использованы в образовательном процессе. Заключительным этапом работы стали подготовка и написание текста диссертации и автореферата, что подчёркивает высокий уровень самостоятельности и научной зрелости соискателя.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты исследования представлены и обсуждены на конференции «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и

здравоохранения” в Хатлонском государственном медицинском университете в 2023 году, в European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG-2025), который состоялся 5-7 июня 2025 года в Франкфурте, Мать и дитя в 2024 году, Москва. Результаты проведенных исследований внедрены в работу Московской клиники “Авиценна”, где набирали материал исследования.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 5 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 179 страницах компьютерного текста. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы, посвященной материалу и методам исследования, и 2 глав результатов собственных исследований, обзора результатов исследования, заключения, списка литературы, состоящего из 152 источников, из них 10 на русском языке и 142 на английском языке, иллюстрирована 25 таблицами и 24 рисунками.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал и методы исследования. Исследования проводилось на базе Московской клиники «Авиценна» и ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ. Материалом исследования стали 100 беременных женщин с гражданством Таджикистана, находившихся в трудовой миграции на территории Российской Федерации. Предметом исследования было изучение клинико-социально-анамнестических характеристик, акушерских и перинатальных исходов, гормональной и гемодинамической функций плаценты, а также психоэмоционального состояния женщин-мигрантов.

Для оценки эффективности подходов к ведению беременных женщин-мигрантов был проведён сравнительный анализ: в основную группу вошли 32 женщины, получавшие дородовое медико-психологическое сопровождение, а в группу сравнения - 68 женщин, ведение беременности у которых не соответствовало стандартам физиологического наблюдения и не включало

медико-психологическую поддержку. В рамках исследования регистрировались углонезависимые параметры кровотока, включая систоло-диастолическое отношение (отношение максимальной систолической скорости к конечной диастолической скорости), пульсационный индекс (отношение разности между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью к их среднему значению), а также индекс резистентности (соотношение разности между систолической и диастолической скоростями кровотока к максимальной систолической скорости). Измерения проводились в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода на сроке беременности 28-34 недели. Степень нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока классифицировалась в соответствии с критериями, предложенными В.В. Митьковым (1996).

Фетометрическая оценка состояния плода включала измерение бипариетального размера головки, окружности головки, окружности грудной клетки, окружности живота и длины бедренной кости. Полученные параметры сопоставлялись с установленными нормативными значениями для соответствующего срока гестации.

Для оценки наличия анемии и общего соматического состояния беременных проводились лабораторные исследования. Оценка уровня гемоглобина и общего анализа крови позволяла диагностировать анемию. Состояние мочевыделительной системы оценивали с помощью общего анализа мочи, а также измерения уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. Функциональное состояние печени определялось по концентрации общего билирубина, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Состояние системы гемостаза оценивали с применением коагулограммы, включающей определение времени свертывания крови по Ли-Уайту, уровня фибрина и фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и количества тромбоцитов.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ SPSS версии 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Для количественных переменных рассчитывались средние значения (M) и

стандартные отклонения (σ). Для качественных данных определялись частотные распределения в процентах. Сравнение качественных признаков проводилось с использованием χ^2 -критерия Пирсона при частотах более 10 наблюдений, χ^2 -критерия с поправкой Йейтса при частотах от 5 до 10 и точного критерия Фишера при малых выборках (менее 5 наблюдений). Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная группа (100 беременных женщин-мигрантов) отличалась относительно молодым возрастом (средний - 29 лет), с преобладанием участниц 18–32 лет (69%) и минимальной долей старше 40 лет (7%). У большинства был низкий уровень образования (высшее - лишь у 5%), 96% состояли в браке. На момент исследования 75% продолжали работать, сохраняя трудовую нагрузку во время беременности (рисунок 1).

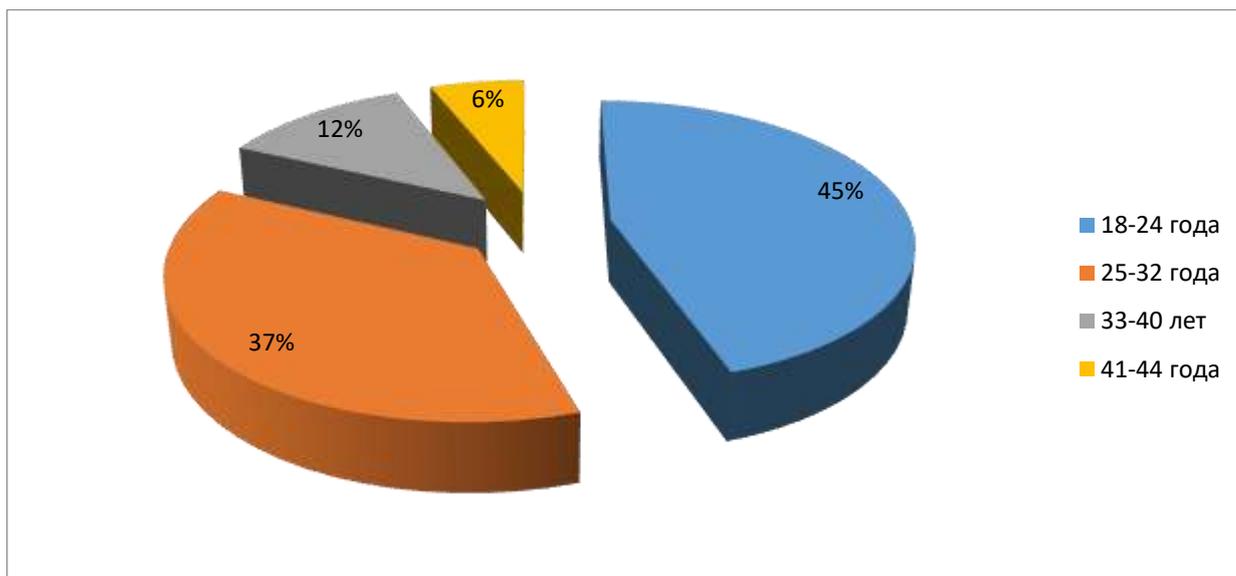


Рисунок 1. –Распределение обследованных женщин по возрасту.

В основной группе отмечалась высокая распространённость экстрагенитальной патологии: анемия выявлена у каждой второй беременной мигрантки, йоддефицитные состояния - у каждой второй–третьей, заболевания почек - у 39%, частые ОРВИ - у 40%. С возрастом частота этих заболеваний значимо возрастала ($p < 0,001$). Корреляционный анализ показал прямую зависимость возраста с анемией, йоддефицитными состояниями, болезнями почек и ОРВИ ($r=0,67-0,72$; $p < 0,001$), а для хронической гипертензии и

йоддефицита выявлена особенно сильная положительная связь ($r=0,835$ и $r=0,808$; $p<0,001$).

В четверти случаев (25% женщин) имелись нарушения менструальной функции в анамнезе, включая олигоменорею, дисменорею, аномальные маточные кровотечения, а также отклонения сроков менархе (раннее – у 16%, позднее – у 8% из числа указанных пациенток). В репродуктивной истории 8% женщин отметили прежние самопроизвольные выкидыши, а 15% – эпизоды неразвивающейся (замершей) беременности. По показателю паритета в основной группе 36% пациенток были первородящими, 26% – повторнородящими, и 38% – многорожавшими, что свидетельствует о высокой доле многократных родов среди трудовых мигранток.

Распределение обследованных женщин по индексу массы тела (ИМТ) показало следующие результаты: у 13 участниц (13%) выявлена недостаточная масса тела, что может указывать на наличие потенциальных нутритивных дефицитов. У большинства женщин - 72 (72%) - масса тела соответствовала нормальным значениям. Избыточная масса тела зафиксирована у 11 женщин (11%), что рассматривается как фактор риска развития заболеваний, связанных с ожирением. Кроме того, у 3 участниц диагностировано ожирение I степени, а у 1 женщины - ожирение II степени. Данные показатели указывают на сосуществование как факторов пищевой недостаточности, так и избыточной массы тела в данной группе, что потенциально влияет на риски для здоровья.

Ключевой особенностью основной группы стало высокое распространение йоддефицитных нарушений: у 44% беременных мигранток выявлен дефицит йода, при котором почти в половине случаев диагностировались структурные изменения щитовидной железы - диффузные (52,3%) и узловые (11,4%). Полученные данные указывают на формирование зубных изменений вследствие йодного дефицита и подчёркивают необходимость обязательного скрининга и своевременной коррекции эндокринных нарушений у беременных мигранток.

Отмечена высокая частота акушерских осложнений в наблюдаемой группе. Угрожающий выкидыш на ранних сроках беременности диагностирован

у 25% женщин; эпизоды угрозы прерывания во втором–третьем триместрах – у 9%; многоводие – у 2%; маловодие – у 5%; преэклампсия – у 5%; нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока – у 15%; синдром задержки роста плода (СЗРП) – у 6% случаев. Полученные показатели указывают на существенно повышенный риск развития гестационных осложнений у беременных женщин трудовых мигрантов.

Социально-экономические и организационные факторы существенно усиливают уязвимость беременных мигранток: ограниченный доступ к медицинской помощи, тяжелые условия труда, хронический стресс и низкий социальный статус способствуют ухудшению их состояния и повышают риск осложнений беременности.

При клинико-лабораторном обследовании основной группы не выявлено выраженных отклонений от физиологической нормы. Средние значения ключевых показателей находились в референтных пределах: например, гемоглобин $12,2 \pm 0,13$ г/дл, лейкоциты $7,84 \pm 0,21 \times 10^9$ /л, СОЭ $14 \pm 0,9$ мм/час; уровень фибриногена $\sim 3,2$ г/л (≈ 320 мг/дл), фибрин 12,3 г/л; АлАТ 19 ± 1 ЕД/л, АсАТ $21 \pm 0,6$ ЕД/л, креатинин ~ 62 мкмоль/л. Таким образом, показатели общего анализа крови, коагулограммы, биохимических тестов функции печени и почек у беременных мигрантов в среднем соответствовали нормативным значениям для данного срока гестации.

Результаты указывают на многоплановое неблагоприятное воздействие на здоровье беременных мигранток, что требует междисциплинарного подхода и координации медицины, социальных служб и снижения частоты осложнений.

В проведенном исследовании детально проанализировано психоэмоциональное состояние 100 беременных женщин, находящихся во внешней трудовой миграции (основная группа). Оценка включала количественное измерение уровня тревожности и выраженности депрессивных симптомов с использованием модифицированных шкал Спилбергера–Ханина для личностной и реактивной тревожности, а также шкалы депрессии Бека.

Полученные данные выявили значимые отклонения в психоэмоциональном статусе данной популяции, требующие особого внимания.

Анализ показал, что личностная (ситуативно-независимая) тревожность у беременных мигранток была повышена у практически всех участниц. Умеренный уровень личностной тревожности выявлен у 53% женщин, тогда как высокий уровень зафиксирован у 47% случаев. Ни у одной из обследованных мигранток не отмечено низких значений по шкале личностной тревожности, что свидетельствует о повсеместно высоком базовом уровне тревожности в основной группе. Средний балл по шкале личностной тревожности соответствовал границе между умеренной и высокой тревогой.

У большинства беременных мигранток (74%) отмечен низкий уровень реактивной тревожности, у 26% - умеренный; случаев высокой тревожности не выявлено. При этом прослеживалась тенденция к росту умеренной тревожности в третьем триместре, что требует дальнейшего наблюдения.

В подгруппе с высокой личностной тревожностью (n=47) у 45% сохранялся низкий уровень ситуативной тревожности, тогда как у 55% отмечена умеренная. Это свидетельствует о вариабельности стресс-реакций и наличии адаптационных резервов даже при выраженной предрасположенности к тревоге.

Депрессивная симптоматика выявлена у 53% беременных мигранток: лёгкая депрессия - у 35%, средняя - у 6%, выраженная - у 9%, тяжёлая - у 3%; у 47% признаки депрессии отсутствовали. Средний балл по шкале Бека соответствовал лёгкой депрессии. Отмечена тенденция к усилению депрессивных проявлений в III триместре.

У женщин с высокой личностной тревожностью депрессивные состояния выявлены в 78% случаев, тогда как лишь 22% не имели симптомов. Это подчёркивает тесную связь тревожности и депрессии: хронический стресс у беременных мигранток существенно повышает риск депрессивной симптоматики, что может усиливать неблагоприятное влияние на течение беременности.

Нарушения психоэмоционального состояния у беременных женщин-мигрантов сопровождаются выраженными клиническими последствиями: хронический стресс и тревожно-депрессивные расстройства негативно влияют на течение беременности и повышают риск гестационных осложнений. В основной группе зафиксировано достоверное ухудшение акушерских исходов по сравнению с контролем.

Гемодинамическая функция плаценты играет критическую роль в обеспечении адекватного кровоснабжения плода на всех этапах пренатального развития. Нормальный кровоток в системе «мать–плацента–плод» свидетельствует об эффективной работе плаценты, тогда как отклонения в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном кровотоке служат важными индикаторами плацентарной дисфункции и могут приводить к плацентарной недостаточности. В ходе исследования выполнена оценка кровотока в маточных артериях (маточно-плацентарный компонент) и в артерии пуповины (фетоплацентарный компонент) у беременных мигранток (таблица 1).

Из-за ограниченной доступности медицинской помощи только половина женщин основной группы (50 из 100, то есть 50%) прошли доплерографию в третьем триместре беременности.

Таблица 1. – Средние показатели уголнезависимых параметров в маточных артериях, артерии пуповины у беременных обследованных женщин.

Показатель	СДО	ПИ	ИР
Среднее маточных артерий	1,94±0,02	1,33±0,02	0,51±0,01
Артерия пуповины	2,52±0,02	0,92±0,01	0,58±0,005

Полученные показатели доплерометрии отражают интегрированное влияние материнского организма и плаценты на состояние плода и укладываются в допустимые нормы для гестационного возраста (3-й триместр). В то же время они позволяют своевременно выявлять отклонения гемодинамики.

По результатам доплерографии у 15 из 50 обследованных женщин (30%, что составляет 15% всей основной группы) диагностированы различные стадии плацентарной недостаточности. Преобладала субкомпенсированная форма плацентарной недостаточности – 13 случаев (86,7% среди выявленных нарушений), тогда как компенсированная форма отмечена только у 2 женщин (13,3%). Декомпенсированных случаев в данной выборке не зафиксировано. Эти данные свидетельствуют о значительном превалировании субкомпенсированной плацентарной недостаточности у беременных мигранток, что указывает на функционирование фетоплацентарного комплекса на грани возможностей и необходимость усиленного мониторинга состояния плаценты.

Анализ частоты нарушений кровотока в различных звеньях системы «мать–плацента–плод» показал, что у женщин основной группы гемодинамические отклонения носили изолированный характер. Нарушения плодово-плацентарного кровотока (патология в артерии пуповины) выявлены у 5 женщин (10% от общего числа обследованных). Нарушения маточно-плацентарного кровотока (в маточных артериях) обнаружены у 6 женщин (12%). Также у 4 беременных (8% от общего числа обследованных) диагностировано снижение кровотока в средней мозговой артерии плода, что может указывать на проблемы с церебральной перфузией плода. Случаев сочетанных (одновременных) нарушений сразу в нескольких сегментах кровеносной системы не отмечено. Анализ состояния фетоплацентарного комплекса у беременных мигранток показал высокий риск плацентарной недостаточности и связанных с ней гемодинамических нарушений. Ограниченный доступ к доплерографии приводит к поздней диагностике, тогда как преобладание субкомпенсированных форм указывает на частичное сохранение функции плаценты при её напряжённой работе. Выявленные изолированные нарушения маточно- или фетоплацентарного кровотока свидетельствуют о возможности их ранней коррекции. Эти данные подчёркивают необходимость расширения мониторинга системы «мать–плацента–плод» для снижения риска осложнений и улучшения перинатальных исходов.

В исследование гормонального профиля включено 28 беременных женщин – трудовых мигрантов из Таджикистана (основная группа) и 30 беременных женщин, проживающих в Таджикистане (группа сравнения). У всех участниц измеряли уровни гормонов фетоплацентарного комплекса (прогестерон, плацентарный лактоген – ПЛГ, эстриол, кортизол) иммуноферментным методом (таблица 2).

Таблица 2. - Средний уровень гормонов фето-плацентарного комплекса обследованных групп женщин

Гормон	Основная группа	Группа сравнения	t	p
Прогестерон (нмоль/л)	106,6±1,5	115,8±5,4	1,6	$p^1-p^2 p>0,05$
ПЛГ (мг/л)	5,7±0,5	8,6±0,7	3,4	$p^1-p^2<0,05$
Эстриол (нмоль/л)	23,6±1,8	26,3±1,9	8,7	$p^1-p^2 p>0,05$
Кортизол	19,2±0,4 нг/мл	16,2±1,1 нг/мл	5,4	$p^1-p^2<0,05$

В основной группе беременных мигрантов отмечалась более высокая частота ряда акушерских осложнений по сравнению с группой сравнения. Угроза преждевременного прерывания беременности диагностирована у 9 из 28 мигрантов (32,1% случаев), тогда как в контрольной группе – у 3 из 30 женщин (10%). Преэклампсия возникла у 5 мигрантов (17,9%) против 1 случая в группе сравнения (3,3%). Синдром задержки развития плода (СЗРП) выявлен у 3 женщин основной группы (10,7%), тогда как среди местных жительниц - в 1 случае (3,3%). Частота железодефицитной анемии в основной группе также была высокой (зарегистрирована у 57,1% женщин). Хотя указанные осложнения встречались у мигрантов чаще, статистически значимые различия между группами по частоте угрозы прерывания, преэклампсии и СЗРП не достигнуты ($p>0,05$). Вместе с тем, нарушения маточно-плацентарного кровотока (по данным доплерометрии) достоверно чаще регистрировались у беременных мигрантов – в 15 (53,6%) случаях из 28 женщин с исследованием гормонального

статуса против 1 случая (3,3%) в контроле ($p < 0,001$), что указывает на значимое ухудшение плацентарной гемодинамики в группе мигрантов с осложненно протекающей беременностью (табл.3).

Таблица 3. - Частота снижения гормонов обследованных групп женщин

Группа	Прогестерон	ПЛГ	Эстриол
Основная (n=28)	15 (53,6 %)	15 (53,6 %)	3 (10,7 %)
Сравнения (n=30)	3 (10 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)
Хи-квадрат с поправкой Йейтса	10,89	15,87	0,35
p	$p < 0,05$	$p < 0,001$	$p > 0,05$

Проведен корреляционный анализ для установления связи гормональных изменений с осложнениями беременности. Установлено, что снижение уровня прогестерона тесно ассоциируется с угрозой прерывания беременности: среди женщин со сниженным прогестероном угроза выкидыша отмечалась значительно чаще (12 случаев из 14) по сравнению с пациентками с нормальным прогестероном (2 случая). Статистически подтверждена сильная положительная корреляция между снижением прогестерона и частотой угрозы прерывания (коэффициент корреляции Пирсона $r \approx 0,78$). Аналогично, все 16 женщин с нарушениями маточно-плацентарного кровотока имели пониженный уровень ПЛГ, тогда как при нормальном ПЛГ гемодинамических нарушений не выявлено. Частота снижения ПЛГ показала чрезвычайно сильную связь с частотой нарушений кровотока ($r=1,0$). Также получены данные, что во всех случаях СЗРП у мигрантов наблюдалось значительное снижение уровня эстриола к 34 неделе гестации. Корреляционный анализ подтвердил связь дефицита эстриола с развитием СЗРП (коэффициент сопряженности Пирсона 0,707; $p < 0,01$). Таким образом, гормональные отклонения фетоплацентарного комплекса напрямую связаны с возникновением перечисленных осложнений гестации.

У этих обследованных 28 женщин-мигрантов выявлены выраженные психоэмоциональные нарушения по сравнению с контролем. Депрессивные

расстройства различной степени диагностированы почти у половины (46,4% против 16,7%; $p < 0,05$), а высокий или умеренный уровень личностной тревожности отмечен у 89,3% против 16,7% в группе сравнения ($p < 0,001$). Риск депрессии у мигранток оказался почти в 3 раза выше ($RR=2,79$; 95% ДИ 1,14–6,81), тревожности - более чем в 11 раз ($RR=11,79$; 95% ДИ 3,05–45,59). У пациенток с выраженными психоэмоциональными нарушениями зафиксированы нейроэндокринные сдвиги, включая гиперкортизолемию и снижение ПЛГ, что подчёркивает значимую роль миграционного стресса в формировании эндокринных нарушений и осложнённого течения беременности.

У беременных мигранток стресс, сопровождающий миграцию, обуславливает нарушения гормонального и психоэмоционального баланса, что значительно повышает риск гестационных осложнений. Это обосновывает необходимость специализированных программ ведения беременности с регулярной оценкой эндокринного статуса и психоэмоционального состояния, включая психологическую поддержку.

Проведено сравнительное исследование акушерских и перинатальных исходов беременных женщин миграционного статуса (основная группа, $n=100$) и постоянно проживающих в Республике Таджикистан (контроль, $n=30$). Наиболее значимые межгрупповые различия отмечены в структуре и сроках родоразрешения. Доля срочных родов в основной группе была статистически значимо ниже (47% против 80% в контрольной группе; $\chi^2=8,851$; $p < 0,05$), тогда как частота преждевременных родов, напротив, значительно выше (40% против 16,7%; $\chi^2=4,568$; $p < 0,05$). Запоздалые роды встречались редко и статистически значимых различий не выявлено. Анализ структуры преждевременных родов у мигранток показал преобладание умеренно ранних родов до 34⁶ недель, которые составили 25% случаев, а поздние преждевременные роды (34⁶–36⁶ недель) — 5%. Доля крайне ранних преждевременных родов (22–27⁶ недель) составила 4%, ранних – 6%.

У новорождённых женщин миграционного статуса выявлены более неблагоприятные перинатальные показатели по сравнению с контрольной

группой. Отмечена тенденция к большей частоте низкой массы тела при рождении (<2500 г) — 12% против 4% в контроле, а также к увеличению доли СЗРП (6% против 3,3%; $p>0,05$). Значимые межгрупповые различия выявлены при оценке адаптации новорождённых по шкале Апгар: у 16% детей мигранток показатель был ≤ 6 баллов, что свидетельствовало о перинатальной асфиксии и потребности в реанимационных мероприятиях. Снижение доли новорождённых с оценкой 8 и 7 баллов в основной группе ($p < 0,05$) указывает на ухудшение ранней неонатальной адаптации. Совокупность данных демонстрирует характерный профиль перинатальных рисков у мигранток — более частое преждевременное родоразрешение, снижение показателей физического состояния и жизнеспособности новорождённых, что обосновывает необходимость ранней диспансеризации, расширенного перинатального мониторинга и междисциплинарного сопровождения данной когорты.

В исследовании сопоставлены данные основной группы ($n = 32$), получавшей комплексную медико-психологическую поддержку, группа сравнения ($n = 68$), наблюдавшейся вне структурированных программ. Использование валидизированных шкал Спилбергера–Ханина и Бека до и после реализации программы психоэмоциональной поддержки с анализом динамики показателей позволило количественно зафиксировать изменения уровней тревожности и депрессивной симптоматики. До проведения интервенции высокая личностная тревожность выявлялась у 62,5 % женщин, субдепрессия или депрессия различной степени — у 71,9 %. После реализации психокоррекционной программы доля участниц с признаками депрессии снизилась до 21,9 %, а отсутствие депрессивной симптоматики зафиксировано у 78,1 %. Также отмечено значительное снижение уровня реактивной тревожности: доля женщин с низкой тревожностью увеличилась с 68,8 % до 87,5 %. Полученные данные свидетельствуют о выраженном положительном влиянии целенаправленных психоэмоциональных вмешательств на ситуативные психические состояния беременных мигранток. При этом устойчивость личностной тревожности подчёркивает необходимость длительного,

индивидуализированного психотерапевтического сопровождения в условиях миграционной уязвимости. Эти результаты обосновывают включение программ психологической поддержки в комплекс акушерско-гинекологической помощи данной группе женщин.

Результаты анализа стандартизированного наблюдения в антенатальном периоде показали, что в группе женщин мигрантов с антенатальным сопровождением срочные роды зафиксированы у 78,1 % женщин, тогда как в группе мигрантов без сопровождения - лишь у 32,4 % ($\chi^2 = 16,510$; $p < 0,05$). Частота преждевременных родов была в 2,7 раза ниже (18,8 % против 50 %; $\chi^2 = 7,600$; $p < 0,05$), а кесарево сечение проводилось реже — в 15,6 % против 32,4 % случаев. В группе с сопровождением также наблюдалось меньшее число геморрагических и гнойно-септических послеродовых осложнений (эндометрит, гипотонические кровотечения, субинволюция матки). Несмотря на отсутствие статистической значимости по ряду гестационных осложнений (преэклампсия, ДРПО, хориоамнионит), прослеживалась тенденция к более благоприятному течению беременности в условиях междисциплинарного наблюдения. Полученные результаты подчёркивают важность включения психоэмоционального компонента и качественного стандартизированного наблюдения в антенатальном периоде беременных женщин мигрантов как фактора, снижающего риск осложнений в родах и послеродовом периоде. Также проведен сравнительный анализ перинатальных исходов у беременных женщин-мигранток в зависимости от характера антенатального наблюдения. Установлено, что доля новорождённых с массой тела менее 2500 г в основной группе составила лишь 3,1 % против 16,2 % в контроле, что свидетельствует о снижении риска внутриутробной гипотрофии при условии полноценного сопровождения. Высокие показатели жизнеспособности по шкале Апгар (9 баллов) наблюдались у 18,75 % новорождённых основной группы и ни у одного — в контрольной; при этом случаи асфиксии (оценка < 7 баллов) отмечены в 19,1 % наблюдений контрольной группы и лишь в 6,3 % - в основной. Перинатальные патери зафиксированы только в группе сравнения — 8 случаев

(11,8 %), включая антенатальные, интранатальные и раннее неонатальные потери, преимущественно на фоне врожденных пороков развития (6 случаев) и тяжелой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных потерь произошли после преждевременных родов: ЭРПР- 4 случая, РПР +УПР – 4 случая.

Таким образом, антенатальное наблюдение беременных женщин трудовых мигрантов, включающее психоэмоциональную поддержку и качественные антенатальные визиты, существенно улучшает неонатальные исходы, снижает частоту асфиксии и исключает перинатальные потери.

Выводы

1. Течение беременности женщин, трудовых мигрантов характеризуется повышением частоты таких осложнений беременности как угроза прерывания в 1,2 раза, многоводия в 4 раза, маловодия в 2 раза, преэклампсии в 2,5 раза, плацентарной недостаточности в 4 раза, СЗРП в 1,5 раза по сравнению с общей популяцией беременных [4-А, 5А].
2. Характеристиками психо-эмоционального статуса женщин, трудовых мигрантов являются высокая степень личной тревожности у каждой 2-й женщины, умеренная степень реактивной тревожности – у каждой 5-й женщины, депрессивные состояния различной степени - у каждой 2-й женщины. При этом обнаружено комплексное взаимодействие тревожных и депрессивных расстройств на фоне высокой личной тревожности. Ключевыми факторами, способствующими развитию нарушений психо-эмоционального статуса, явились экономическая нестабильность (90%), разделение с семьей (79%), социальная изоляция (65%), культурный и языковой барьер (49%) [3-А].
3. Частота нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» женщин трудовых мигрантов составила 30%, с преобладанием субкомпенсированной формы (86,7%) [4-А].

4. Выявлена сильная корреляционная связь между частотой угрозы прерывания беременности, нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод», СЗРП и частотой женщин с низкими уровнями прогестерона ($r=0,784$), ПЛГ ($r=1$), эстриола ($r=0,707$) соответственно, что подтверждает связь изменений гормональной функции плаценты с осложнениями беременности. Средний уровень кортизола женщин трудовых мигрантов ($19,2\pm 0,4$ нг/мл) статистически значимо превышает соответствующий показатель женщин, жительниц Таджикистана ($16,2\pm 1,1$ нг/мл), что доказывает влияние миграционного статуса и стресса на уровни кортизола [4-А].
5. Акушерские исходы женщин трудовых мигрантов характеризуются повышением частоты преждевременных родов – 40% (хи-квадрат с поправкой Йейтса 4,6; $p < 0,05$) с высокой долей необходимости досрочного родоразрешения (67,5%); кесарева сечения – 27% (хи-квадрат с поправкой Йейтса 4,4; $p < 0,05$) по сравнению с жительницами Таджикистана 16,7%; 6,6% соответственно. Перинатальные исходы женщин трудовых мигрантов характеризуются повышением случаев перинатальной смертности, ведущей причиной которой являются ВПР, несовместимые с жизнью [1-А, 2-А, 4-А, 5-А].
6. Регулярное антенатальное наблюдение и психо-эмоциональное сопровождение женщин трудовых мигрантов с нарушениями психо-эмоционального статуса улучшает характеристики психо-эмоционального статуса, а также акушерские и перинатальные исходы. Установлено уменьшение частоты депрессии с 78% до 28% и степени ее выраженности в 25% случаев, степени выраженности реактивной тревожности в 18,8% случаях. Улучшение акушерских исходов при использовании подходов ведения женщин, трудовых мигрантов, подтверждает снижение частоты преждевременных родов (хи-квадрат с поправкой Йейтса 7,6; $p < 0,05$), связь средней силы (нормированный коэффициент Пирсона 0,245) между использованием подхода антенатального сопровождения и частотой кесарева сечения (хи-квадрат с поправкой Йейтса 7,6; $p < 0,05$). Достоверное

увеличение количества новорожденных с оценкой по шкале Апгар 9 баллов (хи-квадрат с поправкой Йейтса 710,443; $p < 0,05$), отсутствие случаев перинатальной смертности в группе женщин с регулярным антенатальным наблюдением и психо-эмоциональным сопровождением подтверждают эффективность данного подхода в плане улучшения перинатальных исходов женщин, трудовых мигрантов [1-А, 2-А, 3-А, 4-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Беременные женщины, находящиеся в трудовой миграции в России, наблюдаются на антенатальном уровне, согласно Российским клиническим рекомендациям Нормальная беременность: клинические рекомендации. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2023
2. Консультирование беременных женщин, трудовых мигрантов обязательно включает вопросы здорового образа жизни: питание беременных с объяснением пирамиды питания, физической активности.
3. Женщинам, трудовым мигрантам обязательно проведение профилактики анемии и йоддефицитных состояний в течение всей беременности.
4. При выявлении осложнений беременности женщинам, трудовым мигрантам, показано своевременное дополнительное обследование и терапия, согласно Российским клиническим протоколам-Преждевременные роды. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов, Минздрав России. Утверждено в 2024 году, Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде: клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов. Москва, 2021)
5. Всем беременным женщинам, находящимся в трудовой миграции, показана оценка психо-эмоционального статуса с использованием шкалы

Спилбергера-Хана для оценки уровня тревожности и шкалы Бека для оценки степени депрессии.

6. При выявлении нарушений психо-эмоциональных характеристик (реактивная тревожность умеренной и высокой степени, депрессивные состояния различной степени) показано консультирование для выяснения факторов, способствующих развитию нарушений психо-эмоционального статуса и обеспечение психо-эмоциональной поддержки в течение всей беременности.

Женщины, трудовые мигранты с выявленными нарушениями психо-эмоционального статуса, должны быть обучены методикам, которые улучшают душевное состояние: расслабление мышц тела и применение дыхательных практик, такие как:

- Дыхание животом – вдох через нос, следя, чтобы приподнимался живот, а не грудная клетка
- Дыхание Бхрамари пранаяма - вдох, наполняя легкие воздухом, затем выдох параллельно пропевая слово Ом
- Методика мышечной релаксации - это расслабление мышц посредством разума и упражнений, которые обеспечивают отдых тела и снимают напряжение. Необходимыми условиями эффективности методики расслабления являлись приглушенный свет, комфортная температура в комнате, отсутствие отвлекающих факторов, позитивная атмосфера, удобная поза.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах:

Статьи в журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте РФ

[1-А.] Гафурова Т. У. Особенность течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у женщин-мигрантов в зависимости от психо-эмоционального статуса [Текст] / Т. У. Гафурова // Симург. – 2023. – № 19(3). – С. 152–159.

[2-А.] Гафурова Т. У. Течение беременности у женщин-мигрантов в зависимости от психо-эмоционального статуса [Текст] / Т. У. Гафурова // Медицинский вестник Национальной Академии Наук Таджикистана– 2024. – № 2. – С. 25–29.

[3-А.] Гафурова Т.У. Особенности психо-эмоционального статуса женщин-мигрантов из Таджикистана в Российскую Федерацию [Текст] / Т. У. Гафурова // Наука и инновация. – 2024. – №3. – С. 15–21.

[4-А.] Гафурова Т.У. Клинико-лабораторные параллели в разрезе уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и осложнений беременности у трудовых мигрантов [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Мать и Дитя. – 2024 - №4. – С. 5–13

[5-А.] Гафурова Т.У. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика беременных женщин трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Наука и инновация – 2025. (принята в печать)

Статьи и тезисы в сборниках материалов съездов и конференций

[6-А.] Гафурова Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток в России [Текст] / Т. У. Гафурова // Сборник тезисов 30 форума Мать и Дитя, Москва, 2024 г.-С.- 182.

[7-А.] Гафурова Т.У. Структура преждевременных родов женщин трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 66-67.

[8-А.] Гафурова Т.У. Клинико-лабораторные параллели в разрезе уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и осложнений беременности у трудовых мигрантов [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 68-69.

[9-А.] Гафурова Т.У. Акушерские и перинатальные исходы женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 64-66.

Доклады на съездах и конференции

[10-А.] Gafurova T. Characteristics of the psycho-emotional status of pregnant women, labor migrants in Russia [Text] / T. Gafurova, M. Kamilova, 29-th European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) Frankfurt (5-7 June 2025).

[11-А.] Гафурова Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток [Текст] / Т.У. Гафурова, Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения, Хатлон 2023 год.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ООН – Организация Объединенных Наций

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

МОТ – Международной организации труда

НИР – Научно-исследовательская работа

ГУ – Государственное учреждение

МЗ СЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ГУ ТНИИ АГ и П – Государственное учреждение Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

РТ – Республика Таджикистан
РФ – Российская Федерация
АлАТ – Аланинаминотрансфераза
АсАТ – Аспартатаминотрансфераза
АЧТВ – Активированное частичное тромбопластиновое время
США – Соединённые Штаты Америки
ОРВИ – Острые респираторные вирусные инфекции
СЗРП – Синдром задержки роста плода
СОЭ – Скорость оседания эритроцитов
СДО – Систоло-диастолическое отношение (при доплерометрии)
ПИ – Пульсационный индекс
ИР – Индекс резистентности
ПЛГ – Плацентарный лактоген
ВПР – Врождённые пороки развития
ВАК – Высшая аттестационная комиссия
ИМТ- Индекс массы тела
ДРПО – Дородовый разрыв плодных оболочек
ЭРПР – Экстремально ранние преждевременные роды
РПР – Ранние преждевременные роды
УПР – Умеренно преждевременные роды
МПК – Маточно-плацентарный кровоток
ФПК – Фетоплацентарный комплекс
ФПН – Фетоплацентарная недостаточность
RR – Относительный риск
ДИ – Доверительный интервал
p – Уровень статистической значимости

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖЎҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ,
ГИНЕКОЛОГӢ ВА ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»**

ВБД 618.3-06

ба сифати дастнавис



ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА

**ОҚИБАТҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАЕ, КИ
ДАР МУҲОЦИРАТИ МЕҲНАТИИ ХОРИҶӢ ҚАРОР ДОРАНД**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии номзади илмҳои тиббӣ
аз рӯи ихтисоси 14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе – 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар бахши акушерии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ, ва перинатологияи Тоҷикистон» ва дар пойгоҳи клиникаи «Авиценна» – и шаҳри Москва ва иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ: **Комилова Марҳабо Ёдгоровна** - доктори илмҳои тиб, дотсент, роҳбари бахши акушерии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон»-и ВТ ХИА ҚТ.

Муқарризони расмӣ: **Закирова Нодира Исломовна** — доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и факултети тиббии Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Қодирова Соҳида Ғафуровна — номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муассисаи пешбар: «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Ҳимояи рисола санаи "22" январи соли 2026 соати "14" дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA– 006 дар заминаи Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор мегардад. Суроға: шаҳри Душанбе, кӯчаи Мирзо Турсунзода, хонаи 31, Sh.tabarovna@mail.ru: телефони 918 69 16 68.

Бо рисола дар китобхона ва сомонаи расмӣ (www.niiagip.tj) МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон шиноқ шудан мумкин аст.

Автореферат " _____ " _____ соли 2025 ирсол гардид

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ, номзади илмҳои тиб



Муминова Ш. Т.

Муқаддима

Мубрами мавзӯи таҳқиқот. Равандҳои муҳоҷират дар ҷаҳони муосир тамоюли устувори афзоиши нишон медиҳанд, ки ин падида бевосита бо тағйироти иҷтимоиву иқтисодии глобалӣ алоқаманд мебошад. Ба иттилои Созмони Ҷаҳонии Тандурустӣ, айни замон қариб ҳар даҳум сокини минтақаи Аврупо муҳоҷири байналмилалӣ ба ҳисоб меравад, ки ин ҳолат миқёс ва пайдории чараёнҳои муҳоҷиратро таъкид менамояд. Дар доираи омӯзиши ҳаракати муҳоҷиратӣ ҷанбаи гендерӣ тавачҷуҳи махсусро ҷалб менамояд. Тибқи арзёбиҳои Созмони Байналмилалӣи Меҳнат (СБМ), соли 2021 шумораи умумии муҳоҷирони меҳнатӣ дар ҷаҳон ба тақрибан 164 миллион нафар расид, ки аз ин шумора 41,6 фоизро занон ташкил медиҳанд. Ин нишондиҳандаҳо далели афзоиши нақши занон дар муҳоҷирати байналмилалӣи меҳнат мебошанд. Феномени ба истилоҳ «заноншавӣ»-и чараёнҳои муҳоҷиратӣ имрӯз яке аз хусусиятҳои калидии марҳилаи муосири рушди муҳоҷирати ҷаҳонӣ ба шумор меравад. Ин раванд на танҳо тағйиротро дар сохтори иқтисодиёти ҷаҳонӣ ва табдилёбии бозорҳои меҳнат инъикос мекунад, балки иштироки рӯзафзуни занонро дар равандҳои мобилияти байналмилалӣ низ нишон медиҳад. Занон торафт бештар бо ҳадафи дарёфти шуғл, баланд бардоштани сатҳи зиндагӣ ва таъмини ҳифзи иҷтимоӣ муҳоҷират мекунад. Бо дарназардошти ин омилҳо, омӯзиши мавқеи иҷтимоӣ ва саломатии занони муҳоҷир, аз ҷумла онҳое, ки дар синни репродуктивӣ қарор доранд, аҳамияти хоса пайдо мекунад. Ин масъала қисми муҳими муҳоҷимарониҳои илмӣ дар соҳаи тибби муҳоҷиратӣ ва иҷтимоӣ мебошад [<https://news.un.org/ru>] [1].

Тоҷикистон аз рӯи шумораи шахрвандоне, ки барои кор ба Русия мераванд, ҷои дуюмро ишғол мекунад. Тибқи маълумоти омори расмӣ, шумораи занон миёни муҳоҷирон то имрӯз беш аз 57,4 ҳазор нафарро ташкил медиҳад, ки ин қариб ду баробар зиёд аст нисбат ба ҳамин давраи соли 2021 [Трудовая миграция в России: Ежегодный доклад. – Москва: Росстат, 2023] [2].

Нобаробарие, ки муҳоҷирон дар соҳаи ҳифзи саломатӣ ва дастрасӣ ба хизматрасониҳои босифати тиббӣ дучор мешаванд, бо як қатор таҳқиқотҳои байналмилалӣ ва гузоришҳои созмонҳои глобалӣ тасдиқ шудааст. Натиҷаҳои перинаталӣ миёни занони муҳоҷир қаблан асосан дар кишварҳои дорои сатҳи баланди даромад мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд. Аз ҷумла, дар давлатҳои Аврупои Шимолӣ дар муқоиса бо аҳолии маҳаллӣ хавфи афзоиши натиҷаҳои номусоиди перинаталӣ дар занони муҳоҷир ба қайд гирифта шудааст [International Organization for Migration. World Migration Report 2023. – Geneva: IOM, 2023] [3].

Бо вучуди таваҷҷуҳи афзояндаи ҷомеаи байналмилалӣ ба масъалаҳои марбут ба саломатии муҳоҷирон, маълумот дар бораи ҳолати саломатии перинаталии занони муҳоҷир дар Федератсияи Русия то ҳол маҳдуд боқӣ мемонад. Дар раванди кӯч ва мутобиқшавӣ занон бо мушкилоти гуногуни раванӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ рӯбарӯ мешаванд. Сатҳи қаноатмандӣ аз зиндагӣ ва некӯаҳволии умумӣ метавонад бо нишондиҳандаҳои саломатӣ алоқаманд бошад, ки зарурати омӯзиши онҳоро дар давраи перинаталӣ таъкид менамояд [United Nations Department of Economic and Social Affairs. International Migration 2022. – New York: UN, 2022] [4].

Комплекси фетопласентарӣ, ки маҷмӯи васеи гормонҳо ва сафедаҳоро тавлид мекунад, дар таъмини ҷараёни муътадили ҳомиладорӣ нақши асосӣ дорад. Стресси пренаталӣ, ки ба занони муҳоҷир хос аст, метавонад фаъолияти гормонии комплекси фетопласентарино ҳалалдор созад. Коҳиш ё вайроншавии тавозуни истеҳсоли гормонҳо ба асоси патогенези як қатор оризаҳои ҳомиладорӣ, аз ҷумла исқоти ҳамл ва синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл, асос мегузорад [Expression of Placental Hormones in Pregnant Women with High Levels of Stress and Depression // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019] [5].

Аломатҳои депрессия ва сатҳи баланди стресс ба омилҳои пренаталии бештар омӯзишёфта мансубанд, ки бо тағйироти ҳолати гормонии зани ҳомила

алоқаманд мебошанд [The Impact of Maternal Stress on Pregnancy Outcomes // Stress. – 2020] [6].

Омӯзиши нақши меҳвари «гипоталамус–гипофиз–гадудҳои болои гурда» ва меҳвари «гипоталамус–гипофиз–гадуди сипаршакл» дар ташаккули таъсири равандҳои муҳочират ба саломатии рӯҳии занон дар давраи перинаталӣ яке аз самтҳои муҳим ва саривақтии таҳқиқоти илмии минбаъда ба ҳисоб меравад. Натиҷаҳои бадастомада метавонанд аҳамияти амалии калон дошта бошанд, зеро онҳо замина фароҳам меоранд барои таҳияи усулҳои нав, ки ба беҳтарсозии натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар байни занони муҳочир равона шудаанд.

Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Омӯзиш ва таҳлили манбаъҳои адабӣ оид ба масъалаҳои хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ занони ҳомилаи муҳочирӣ меҳнатӣ нишон дод, ки солҳои охир шумораи муҳочирон дар ҳамаи кишварҳои рушдёфта меафзояд ва ин масъала бинобар афзалиятнокӣ ва аҳамияти иҷтимоию иқтисодӣ дар кишварҳои гуногун васеъ омӯхта мешавад. Бо вучуди ин, саволҳои марбут ба ҳолати психоэмоционалӣ, хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, инчунин имкониятҳои тағйири равишҳои идораи занони ҳомила, сокинони Тоҷикистон дар Федератсияи Россия, то ҳол пурра омӯхта нашудаанд, ки ин бошад аҳамияти баланди илмӣ ва амалӣ доштани таҳқиқоти мазкурро муайян мекунад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаҳои давлатӣ, вобаста ба саломатии соматикӣ ва репродуктивӣ, таъмини ҳомиладорӣ беҳатар, паст кардани сатҳи беморӣ ва фавти модарону навзодонро дар бар мегиранд. Тадқиқоти мо бо чунин барномаҳо алоқаманд аст, аз ҷумла: «Стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давра то соли 2020», «Эъломияи ҳазорсолаи СММ», «Стратегияи рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон то соли 2030», «Саломатии чинсӣ ва репродуктивии ТУТ». Тадқиқот бо мақсади иҷрои вазифаҳои корҳои илмӣ-тадқиқотӣ шуъбаи акушерии Муассисаи давлатии «Институти илмӣ-тадқиқотӣ акушерӣ, гинекология ва перинатология»-и Вазорати тандурустӣ ва

ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ гузаронида шудааст, дар мавзӯи «Таваллудҳои бармаҳал: эпидемиология дар минтақаҳои гуногун ва беморхонаҳои сатҳи мухталифи Тоҷикистон, омилҳои хатар, пешгӯӣ, ташхис, пешгирӣ ва муолиҷа», таҳти рақами бақайдгирии №0123ТJ1526.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар параллел бо хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалӣ ва гормоналӣ бо мақсади оптимизатсияи равишҳои идоракунии заноне, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон дар Русия.
2. Арзёбии хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон.
3. Омӯзиши ҳолати гормоналии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон.
4. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд, давраи баъди таваллуд ва натиҷаҳои перинаталии занони муҳочир аз Тоҷикистон.
5. Баррасии робитаҳои давраи номусоиди пренаталӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бо хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалӣ ва гормоналии занони муҳочир аз Тоҷикистон.
6. Арзёбии самаранокии равишҳои пешниҳодшудаи идоракунии ҳомиладорӣ занони муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон дар Русия.

Объекти таҳқиқот. Объекти тадқиқотро занони ҳомила, шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, ташкил доданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалӣ, ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, ҳамчунин робитаи хусусиятҳои психоэмоционалӣ бо тағйироти гормоналӣ дар давраи ҳомиладорӣ ва шиддати осебҳои ҳомиладорӣ, вобаста ба дисфунксияи эндотелия дар занони муҳочирони меҳнатиро дар бар мегирад. Дар асоси

тағйироти муайяншуда равишҳои идоракунии занони ҳомила, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, оптимизатсия гардида, арзёбӣ шуданд.

Навгони илми таҳқиқот. Бори аввал хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикии занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон ба Русия омӯхта шуданд. Далел оварда шуд, ки басомади патологияи соматикӣ ва осебҳои ҳомиладорӣ дар занони муҳочирони меҳнатӣ аз нишондодҳои миёнаи умумии аҳолии занони ҳомила баландтар аст.

Бори аввал хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон арзёбӣ шуданд. Муайян карда шуд, ки паҳншавии изтиробии реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ, ки бо мақоми иҷтимоии занони дар муҳочирати меҳнатӣ буда вобастаанд, баланд мебошад.

Ҳолати гормоналии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон пешниҳод гардид. Далел оварда шуд, ки пастшавии сатҳи гормонҳои комплекси фетопласентарӣ бо осебҳои ҳомиладорӣ алоқаманд аст, дар ҳоле ки баландшавии сатҳи кортизол бо вайроншавиҳои ҳолати психоэмоционалӣ алоқаманд мебошад. Функсияи гемодинамикии машина дар занони муҳочирони меҳнатӣ омӯхта шуда, собит гардид, ки шароити номусоиди рушди пренаталӣ тифл бо афзоиши басомади осебҳои ҳомиладорӣ робита дорад.

Бори аввал муқоисаи давраи номусоиди пренаталӣ ва натиҷаҳои акушерии перинаталӣ бо хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалии занони ҳомила — муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон ба Федератсияи Русия анҷом дода шуд. Дар натиҷа собит гардид, ки ихтилофҳои ислоҳнашудаи ҳолати психоэмоционалӣ яке аз омилҳои асосии мусоидаткунанда ба рушди натиҷаҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ ба шумор мераванд.

Арзёбии ҳамаҷонибаи самаранокии равишҳои пешниҳодшуда дар идоракунии ҳомиладорӣ миёни занони муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон анҷом дода шуд. Дар натиҷа муайян гардид, ки ворид намудани назорати мунтазами антенаталӣ, гузаронидани арзёбии системавӣ ва пайдарпайи ҳолати психоэмоционалӣ, инчунин ташкили ҳамроҳии мақсаднок дар ҳолати ошкор шудани ихтилофҳо, ба таври назаррас ба паст шудани сатҳи изтироб ва

нишонаҳои депрессия мусоидат менамояд. Ин омилҳо дар маҷмӯъ боиси беҳтар гардидани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мегарданд, ки аҳамияти амалӣ ва иҷтимоии баланд доранд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои ин корҳои диссертатсионӣ дорои аҳамияти баланди амалии илмӣ мебошанд ва метавонанд ба таври самаранок ба раванди таълимии кафедраҳои «Акушерӣ ва гинекология» ва «Саломатии ҷамъиятӣ ва ҳифзи тандурустӣ» дар муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ ворид карда шаванд. Маълумотҳои бадастомада дар рафти тадқиқот оид ба хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, инчунин натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар заноне, ки дар шароити муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, метавонанд ҳамчун асоси илмӣ барои таҳияи маводи лексионӣ, семинарҳои мавзӯӣ ва машғулиятҳои амалӣ дар самтҳои зерин хизмат намоянд: «Таъсири омилҳои муҳочират ба саломатии репродуктивии занон», «Хусусиятҳои клиникалии ҷараёни ҳомиладорӣ дар занони муҳочир», «Ихтилофҳои психоэмоционалӣ дар давраи антенаталӣ ва оқибатҳои онҳо», «Робитаи танзими нейроэндокринӣ бо ҳолати психоэмоционалии занони ҳомила», «Самтҳои тақвир ва оптимизатсияи назорати акушерӣ дар занони муҳочир». Татбиқи ин маводҳо дар раванди тайёр намудани мутахассисони соҳаи тиб ба баланд бардоштани сатҳи донишу салоҳиятҳои касбӣ мусоидат намуда, дар онҳо тафаккури клиникалии муосирро ташаккул медиҳад, ки ба дарназардошти омилҳои иҷтимоӣ ва тиббии саломатии модару кӯдак равона гардидааст.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Далел оварда шуд, ки занони ҳомила — муҳочирони меҳнатӣ дар Русия бо индекси пасти саломатӣ, басомади баланди осебҳои ҳомиладорӣ, вайроншавиҳои ҳолати психоэмоционалӣ ва натиҷаҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ тавсиф мешаванд.

2. Муайян гардид, ки оризаҳои ҳомиладорӣ дар занони муҳочир бо коҳиш ёфтани сатҳи гормонҳои комплекси фетопласентарӣ ва ҳалалдоршавии гардиши хун дар системаи «модар–машина–тифл» робитаи зич доранд. Илова бар ин,

вайроншавии ҳолати психоэмоционалӣ бо болоравии сатҳи кортизол — гормони асосии стресс — ҳамроҳӣ мекунад.

3. Исбот карда шуд, ки тактикаи мукаммали идоракунии ҳомиладорӣ дар занони муҳочир, ки дар бар мегирад назорати мунтазами антенаталӣ, арзёбии даврии ҳолати психоэмоционалӣ ва ҳамроҳии минбаъда дар ҳолати ошкор гардидани ихтилофҳо, ба таври назаррас сатҳи изтироб ва нишонаҳои депрессияро коҳиш медиҳад ва дар натиҷа ба беҳтаршавии нишондиҳандаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат менамояд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Дарачаи баланди бозътимодии натиҷаҳои бадастомада бо ҳаҷми репрезентативии маводи тадқиқот, коркарди омории маълумотҳо бо истифода аз усулҳои муосири статистикӣ, истифодаи усулҳои мувофиқи тадқиқот, нашри мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ баррасишаванда ва хулосаҳои асоснок, ки бар пояи натиҷаҳои бадастомада тартиб дода шудаанд, тасдиқ мегардад.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мавзӯё ва самтгирии тадқиқоти анҷомдодашуда пурра ба талаботи шиносномаи ихтисоси илмӣ 14.01.01 – «Акушерӣ ва гинекология», ки аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудааст, мувофиқат дорад. Объекти таҳлили диссертатсионӣ заноне мебошанд, ки шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон буда, дар шароити муҳочирати меҳнатӣ дар Федератсияи Русия қарор доранд.

Дар доираи ин таҳқиқот хусусиятҳои чараёни ҳомиладории физиологӣ ва бо оризаҳо, тавсифи раванди таваллуд, динамикаи давраи баъди таваллуд, инчунин нишондиҳандаҳои рушди тифл ба таври ҳамаҷониба мавриди омӯзиш қарор дода шудаанд. Ин самтҳо пурра ба соҳаҳои калидии илмӣ ихтисос мутобиқ мебошанд, ки бахшҳои «Ҳомиладории физиологӣ ва бо оризаҳо, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар зан» ва «Давраи перинаталии ҳаёти кӯдак»-ро дар бар мегиранд.

Ҳамзамон, дар таҳқиқот ба омилҳои таваччуҳи хос зоҳир шудааст, ки ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занони муҳочир таъсир мерасонанд. Аз

ҷумла, арзёбии ҳолати психоэмоционалӣ ва гормоналӣ гузаронида шудааст, ки ин имкон медиҳад кори мазкур ба самте мансуб гардад, ки ба таҳия ва такмили усулҳои таҳҳис ва пешгирии чараёни мушкили ҳомиладорӣ ва таваллуд баҳшида шудааст.

Дар диссертатсия тавсияҳои илмӣ ва амалии асоснок пешниҳод гардидаанд, ки ба оптимизатсияи системаи назорат ва идоракунии ҳомиладорӣ дар байни занони муҳочири меҳнатӣ равона шудаанд. Ин ҳолат аҳамияти баланди амалии илмӣ ва саҳми назарраси тадқиқоти мазкурро дар рушди амалияи клиникӣ дар соҳаи акушерӣ ва гинекология тасдиқ менамояд.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Ҳамаи марҳилаҳои тадқиқоти илмӣ аз ҷониби диссертант ба таври мустақилона анҷом дода шудаанд, пас аз мувофиқаи пешакӣ бо роҳбари илмӣ оид ба ҳадаф, вазифаҳо ва асосҳои методологии тадқиқот. Диссертант ҷустуҷӯи системавӣ ва таҳлили интиқодии адабиёти илмии ватанӣ ва хориҷиро, ки ба таъсири омилҳои муҳочирати меҳнатӣ ба чараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ баҳшида шудаанд, амалӣ намудааст. Дар асоси маводи омӯзишшуда муаллиф шарҳи муфассал ва сохтори адабиётро оид ба масъалаи таҳқиқ таҳия кардааст. Диссертант шахсан таҳияи варақаҳои бақайдгирии ибтидоӣ, ташкил ва гузаронидани ҷамъоварии маълумоти эмпирикӣ, коркарди оморӣ онҳо, таҳлили натиҷаҳо ва ташаккули хулосаҳои илмиро ба иҷро расонидааст. Ғайр аз ин, муаллиф дар конференсияҳои илмӣ-амалии соҳавӣ фаъолона иштирок намуда, мақолаҳои илмӣ ва дастури таълимӣ-методиро таҳия ва нашр намудааст. Натиҷаҳои бадастомада ба фаъолияти амалӣ дар муассисаҳои тандурустӣ ҷорӣ карда шудаанд ва инчунин дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ истифода гардидаанд. Марҳилаи ниҳонии кори илмӣ аз таҳия ва навиштани матни пурраи диссертатсия ва автореферат иборат буда, ин ҳолат сатҳи баланди мустақилият, масъулият ва камолоти илмии довталабро возеҳона нишон медиҳад.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии тадқиқот дар конференси илмӣ-амалии «Ҷолишҳои муосир ва стратегияҳои

рушди илми тиб ва ҳифзи тандурустӣ», ки соли 2023 дар Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон баргузор гардид, муаррифӣ ва муҳокима шудаанд. Илова бар ин, натиҷаҳои тадқиқот дар European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG-2025), ки рӯзҳои 5–7 июни соли 2025 дар шаҳри Франкфурти Олмон баргузор шуд, инчунин дар конференси байналмилалӣ «Модар ва кӯдак», ки соли 2024 дар шаҳри Москва доир гардид, пешниҳод гардидаанд. Натиҷаҳои бадастомадаи тадқиқот ба фаъолияти амалии Клиникаи «Авиценна» дар шаҳри Москва, ки дар он чамбоварии маводи тадқиқотӣ гузаронида мешуд, татбиқ шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Дар мавзӯи диссертатсия 9 кори илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 5-тои онҳо дар маҷаллаҳои илмӣ ресензияшаванда, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил мешаванд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 179 саҳифаи матни компютерӣ ифода ёфтааст. Таркиби диссертатсия аз муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, боби махсус оид ба мавод ва усулҳои тадқиқот, ду боби натиҷаҳои тадқиқоти шахсӣ, баррасии натиҷаҳои бадастомада, хулоса ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт аз 152 манбаъ таркиб ёфтааст, ки аз онҳо 10-то ба забони русӣ ва 142-то ба забони англисӣ мебошанд. Қор бо 25 ҷадвал ва 24 расм тасвир ёфтааст.

ҚИСМҲОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот дар клиникаи «Авиценна»-и шаҳри Москва ва Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд. Маводи тадқиқотро занони ҳомила бо шаҳрвандии Тоҷикистон, ки дар муҳочирати меҳнатӣ дар Федератсияи Россия қарор доранд (100 нафар), ташкил доданд. Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусиятҳои клинико-иҷтимоӣ-анамнестикӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, фаъолияти гормонии машина, фаъолияти гемодинамикии машина ва

хусусиятҳои психоэмоционалии занони муҳочирони меҳнатӣ буд. Бо мақсади арзёбии самаранокии тактикаи идоракунии занони ҳомилаи муҳочир вобаста ба сатҳи дастгирии психоэмоционалӣ ва риояи стандартҳои идоракунии ҳомиладории физиологӣ гурӯҳи асосӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуд. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар 32 зан (гурӯҳи асосӣ), ки аз ҳамроҳкунии тиббию равонии давраи пеш аз таваллуд бархӯрдор буданд, бо 68 зан (гурӯҳи муқоиса), ки идоракунии ҳомиладории онҳо ба стандартҳои ҳомиладории физиологӣ мувофиқат намекард ва онҳо дастгирии тиббию равониро дарёфт накарда буданд, гузаронида шуд.

Дар доираи тадқиқот параметрҳои аз самти нур вобастанабудаи гардиши хун ба қайд гирифта шуданд, аз ҷумла муносибати систоло-диастоликӣ (таносуби суръати ҳадди аксари систоликӣ ба суръати диастоликии ниҳой), индекси пулсатсионӣ (таносуби фарқияти байни суръати ҳадди аксари систоликӣ ва суръати диастоликии ниҳой ба арзиши миёнаи онҳо), инчунин индекси резистентӣ (таносуби фарқияти байни суръатҳои систоликӣ ва диастоликӣ ба суръати ҳадди аксари систоликӣ). Андозагирӣ дар рағҳои бачадон, рағи ноф ва аортии тифл дар давраи ҳомиладории 28–34 ҳафта гузаронида шуд. Дарачаи вайроншавии гардиши хуни модар–машина–тифл мутобиқи меъёрҳои, ки аз ҷониби В.В. Митков соли 1996 пешниҳод шудаанд, тасниф карда шуд.

Арзёбии фетометрии ҳолати тифл ченкунии андозаи бипариеталии сар, гирди сари тифл, гирди қафаси сина, гирди шикам ва дарозии устухони ронро дар бар мегирифт. Параметрҳои бадастомада бо меъёрҳои муқарраршуда барои муҳлати мувофиқи гестасия муқоиса карда шуданд.

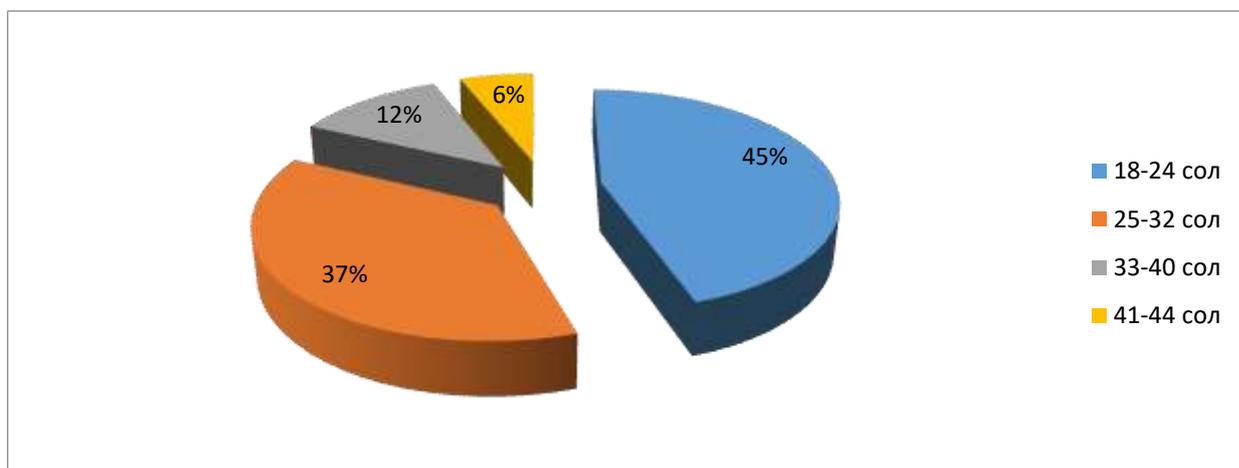
Барои арзёбии мавҷудияти камхунӣ ва ҳолати умумии соматикӣ занони ҳомила таҳқиқотҳои лабораторӣ гузаронида шуданд. Арзёбии сатҳи гемоглобин ва таҳлили умумии хун имкон медод, ки камхунӣ ташхис гардад. Ҳолати системаи пешоб бо истифода аз таҳлили умумии пешоб, инчунин ченкунии сатҳи мочевина ва креатинин дар зардоби хун арзёбӣ карда шуд. Вазъияти функционалии чигар аз рӯи концентратсияи билирубини умумӣ, фаъолияти аланинаминотрансфераза (АлАТ) ва аспартатаминотрансфераза (АсАТ) муайян

карда мешуд. Ҳолати системаи гемостаз бо истифода аз коагулограмма арзёбӣ гардид, ки муайян намудани вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт, сатҳи фибрин ва фибриноген, вақти тромбопластини қисман фаъолшуда (ВТКФ) ва шумораи тромбоцитҳоро дар бар мегирифт.

Коркарди оморӣ маълумотҳо бо истифода аз бастаи барномаҳои амалӣ SPSS версияи 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) анҷом дода шуд. Барои тағйирёбандаҳои миқдорӣ миёнаи арифметикӣ (M) ва инҳирофҳои стандартӣ (σ) ҳисоб карда шуданд. Барои маълумоти сифатӣ тақсимооти басомадҳо дар фоизҳо муайян карда шуд. Муқоисаи нишонаҳои сифатӣ бо истифодаи меъёри χ^2 -и Пирсон дар ҳолати басомадҳои зиёда аз 10 мушоҳида, меъёри χ^2 бо ислоҳи Йейтс дар ҳолати басомадҳои аз 5 то 10 ва меъёри дақиқи Фишер барои интихобҳои хурд (камтар аз 5 мушоҳида) анҷом дода шуд. Ҳипотезаи сифрӣ дар сатҳи аҳамиятнокии $p < 0,05$ рад карда мешуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Гурӯҳи асосӣ (100 зани ҳомилаи муҳочир) бо синни нисбатан ҷавон фарқ мекард (синни миёна — 29 сол), ки дар он занони синнашон аз 18 то 32 сол 69%-ро ташкил медоданд ва ҳиссаи занони аз 40-сола боло ҳадди ақал 7% буд. Аксарият сатҳи пасти таҳсилот доштанд (таҳсилоти олӣ — ҳамагӣ 5%), 96% дар ақди никоҳ қарор доштанд. Дар вақти тадқиқот 75% занон фаъолияти меҳнатиро идома дода, сарбории кориро дар давраи ҳомиладорӣ нигоҳ медоштанд (расми 1).



Расми 1. –Тақсимооти занони таҳқиқшуда аз рӯи синну сол

Дар гурӯҳи асосӣ паҳншавии баланди патологияи экстрагениталӣ мушоҳида гардид: камхунӣ дар ҳар дуввум зани ҳомилаи муҳочир, ҳолатҳои норасоии йод — дар ҳар дуввум–сеюм, бемориҳои гурда — дар 39%, ва бемории сироятӣ шади роҳи нафас (БСШРН) — дар 40% муайян шуданд. Бо зиёд шудани синну сол басомади ин бемориҳо ба таври назаррас меафзуд ($p < 0,001$). Таҳлили коррелясионӣ вобастагии мустақими синну солро бо камхунӣ, норасоии йод, бемориҳои гурда ва БСШРН нишон дод ($r \approx 0,67-0,72$; $p < 0,001$), дар ҳоле ки барои гипертонияи музмин ва норасоии йод робитаи махсусан қавии мусбат ошкор шуд ($r = 0,835$ ва $r = 0,808$; $p < 0,001$).

Дар чоряки ҳолатҳо (25% занон) вайроншавиҳои фаъолияти ҳайзӣ дар анамнез ба қайд гирифта шуданд, ки олигоменорея, дисменорея, хунравии ғайримуқаррарии бачадон, инчунин тағйироти муҳлатҳои менархе (бармаҳал – дар 16%, дер – дар 8% аз шумораи ин беморон) -ро дар бар мегирифтанд. Дар таърихи репродуктивии занони таҳқиқшуда 8% ҳолатҳои исқоти ҳомиладорӣ худсаронаи пешина ва 15% ҳолатҳои ҳомиладорӣ аз инкишоф бозмонда (ё қатъшуда) ба қайд гирифта шудаанд. Таҳлили нишондиҳандаи паритет нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ 36% занон ҳомиладорӣ аввал, 26% — ҳомиладорӣ такрорӣ ва 38% — бисёрзоя буданд. Ин далел аз ҳиссаи нисбатан баланди таваллудҳои зиёд миёни занони муҳочирӣ меҳнатӣ шаҳодат медиҳад.

Тақсимооти занони таҳқиқшуда аз рӯи индекси массаи бадан (ИМБ) чунин натиҷаҳо нишон дод: дар 13 нафар (13%) камвазнӣ мушоҳида гардид, ки метавонад ба мавҷудияти норасоии эҳтимолии моддаҳои ғизоӣ ишора кунад. Аксарияти занон — 72 нафар (72%) — дорои массаи бадани мутобиқ ба меъёр буданд. Дар 11 зан (11%) зиёдии массаи бадан ба қайд гирифта шуд, ки ҳамчун омили хавфи рушди бемориҳои марбут ба фарбеҳӣ арзёбӣ мегардад. Илова бар ин, дар 3 зан фарбеҳии дараҷаи I ва дар 1 зан фарбеҳии дараҷаи II таъхис карда шуд. Маълумоти бадастомада далели ҳамзамон мавҷуд будани ҳам камғизоӣ ва ҳам фарбеҳии изофӣ дар ин гурӯҳ мебошанд, ки метавонанд ба баланд шудани хавфҳои саломатӣ таъсир расонанд.

Хусусияти асосии гурӯҳи асосӣ паҳншавии баландии ихтилофҳои вобаста ба норасоии йод мебошад: дар 44% занони ҳомилаи муҳочир норасоии йод ошкор гардид. Дар қариб нисфи ин ҳолатҳо тағйироти сохтории ғадуди сипаршакл мушоҳида шуданд — тағйироти диффузӣ дар 52,3% ва гирехӣ дар 11,4% ҳолатҳо. Ин натиҷаҳо далели ташаккули зоб дар натиҷаи норасоии йод буда, зарурати гузаронидани скрининги ҳатмӣ ва ислоҳи саривактӣи ихтилофҳои эндокринӣ дар байни занони ҳомилаи муҳочирро таъкид мекунанд.

Дар гурӯҳи мушоҳидашуда басомади баланди осебҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд. Хатари бачапартоии бармаҳал дар муҳлатҳои аввали ҳомиладорӣ дар 25% занон ташхис гардид; ҳолатҳои хатари қатъшавии ҳомиладорӣ дар семоҳаҳои дуюм–сеюм – дар 9%; бисёробӣ – дар 2%; камобӣ – дар 5%; преэкамписия – дар 5%; вайроншавиҳои гардиши хуни модар–машина–тифл – дар 15%; синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) – дар 6% ҳолатҳо. Нишондиҳандаҳои бадастомада ба хавфи назаррас баланди рушди осебҳои гестационӣ дар занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ ишора мекунанд.

Омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилотӣ ба осебпазирии занони ҳомилаи муҳочир ба таври назаррас таъсир мерасонанд: дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ, шароити вазнини меҳнат, стрессҳои музмин ва сатҳи пасти иҷтимоӣ боиси бадашавии ҳолати умумии онҳо гардида, хатари пайдоиши оризаҳои ҳомиладориро зиёд мегардонанд.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти клинико-лабораторӣ дар гурӯҳи асосӣ ягон дуршавии назаррас аз меъёрҳои физиологӣ мушоҳида нагардид. Арзишҳои миёнаи нишондиҳандаҳои асосӣ дар ҳудуди меъёрҳои истинодӣ қарор доштанд: гемоглобин — $12,2 \pm 0,13$ г/дл, лейкоцитҳо — $7,84 \pm 0,21 \times 10^9$ /л, СФЭ — $14 \pm 0,9$ мм/соат; сатҳи фибриноген — тақрибан 3,2 г/л (≈ 320 мг/дл), фибрин — 12,3 г/л; АлАТ — 19 ± 1 ЕД/л, АсАТ — $21 \pm 0,6$ ЕД/л, креатинин — тақрибан 62 мкмол/л. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои таҳлили умумии хун, коагулограмма ва тестҳои биохимиявии арзёбии фаъолияти чигар ва гурдаҳо дар занони ҳомилаи муҳочир ба ҳисоби миёна ба меъёрҳои физиологӣ, ки ба давраи ҳомиладорӣ мутобиқанд, ҷавобгӯ буданд.

Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки омилҳои гуногунсафт ба саломатии занони ҳомили муҳочир таъсири номусоид мерасонанд. Ин ҳолат зарурати татбиқи равиши байнисоҳавӣ ва ҷамоҳангсозии фаъолияти сохторҳои тиббӣ, хадмоти иҷтимоӣ ва мақомоти масъули соҳаи муҳочиратро ба миён меорад, то сатҳи назорат беҳтар ва эҳтимоли пайдоиши оризаҳои ҳомиладорӣ коҳиш дода шавад.

Дар тадқиқоти гузаронидашуда ҳолати психоэмоционалии 100 зани ҳомила, ки дар муҳочирати меҳнатии хориҷӣ қарор доранд (гурӯҳи асосӣ), ба таври муфассал таҳлил карда шуд. Арзёбӣ ченкунии миқдории сатҳи изтироб ва дараҷаи зуҳури аломатҳои депрессияро бо истифода аз шкалаҳои тағйирёфтаи Спилбергер–Ҳанин барои изтироби шахсӣ ва реактивӣ, инчунин шкалаи депрессияи Бек дар бар мегирифт. Маълумоти бадастомада инҳирофҳои назаррасро дар вазъи психоэмоционалии ин гурӯҳ ошкор намуданд, ки ба таваҷҷуҳи махсус ниёз доранд.

Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки сатҳи изтироби шахсиятӣ (яъне изтиробе, ки аз вазъияти мушаххас вобаста нест) дар байни занони ҳомили муҳочир ба таври назаррас баланд мебошад. Изтироби миёнаи шахсиятӣ дар 53% занон ва сатҳи баланд дар 47% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Дар ягон нафар аз иштирокчиён сатҳи пасти изтироби шахсиятӣ мушоҳида нашуд, ки ин далели паҳншавии умумии изтироби баланд дар гурӯҳи асосӣ мебошад. Арзиши миёнаи нишондиҳанда аз рӯи миқёси изтироби шахсиятӣ дар ҳудуди байни сатҳи миёна ва баланд қарор дошт, ки аз ҳолати доимии шиддати рӯҳӣ миёни занони ҳомили муҳочир шаҳодат медиҳад.

Дар аксари занони ҳомили муҳочир (74%) сатҳи пасти изтироби реактивӣ мушоҳида гардид, дар 26% — сатҳи миёна, дар ҳоле ки ҳолатҳои изтироби баланд ба қайд гирифта нашуданд. Бо ин вучуд, дар сеоҳаи сеюми ҳомиладорӣ тамоюл ба афзоиши изтироби миёна мушоҳида шуд, ки зарурати назорати мунтазам ва дастгирии равонии мақсаднокро нишон медиҳад.

Дар зергуруҳи заноне, ки дорои сатҳи баланди изтироби шахсиятӣ буданд ($n = 47$), дар 45% ҳолатҳо сатҳи пасти изтироби ситуатсионӣ нигоҳ дошта мешуд,

дар ҳоле ки дар 55% сатҳи миёна мушоҳида гардид. Ин далел аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳатто дар шароити майли баланди дохилӣ ба изтироб, занон қобилияти мутобиқшавӣ ва захираҳои равонии муайянро нигоҳ медоранд, ки ин нишонаи имкониятҳои муҳофизатии равонӣ мебошад.

Аломатҳои депрессия дар 53% занони ҳомилаи муҳочир муайян гардиданд: депрессияи сабук — дар 35%, миёна — дар 6%, шадид — дар 9% ва вазнин — дар 3% ҳолатҳо. Дар 47% занон нишонаҳои депрессия мушоҳида нашуданд. Нишондиҳандаи миёна дар миқёси Бек ба сатҳи депрессияи сабук мутобиқат дошт. Ҳамзамон, дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ тамоюли афзоиши нишонаҳои депрессивӣ мушоҳида шуд, ки зарурати мониторинги равонӣ ва дастгирии мунтазами психосоциалиро таъкид мекунад.

Дар заноне, ки сатҳи баланди изтироби шахсӣ доштанд, ҳолатҳои депрессивӣ дар 78% ҳолатҳо муайян гардиданд, дар ҳоле ки ҳамагӣ 22% нишонаҳои депрессия надоштанд. Ин робитаи зичи изтироб ва депрессияро таъкид мекунад: стресси музмин дар занони ҳомилаи муҳочир хавфи баланди рушди нишонаҳои депрессивиро ба вучуд оварда, метавонад таъсири манфиро ба чараёни ҳомиладорӣ тақвият бахшад.

Норасоноҳои ҳолати психосоциали дар занони ҳомилаи муҳочир бо оқибатҳои клиникалии возеҳ ҳамроҳӣ мекунанд: стресси музмин ва ихтилолҳои изтиробию депрессивӣ ба чараёни ҳомиладорӣ таъсири манфӣ расонда, хавфи осебҳои гестациониро зиёд менамоянд. Дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ бадшавии боэътимоди натиҷаҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд.

Функсияи гемодинамикии машина нақши муҳим дар таъмини гардиши хуни кофии тифл дар ҳамаи марҳилаҳои рушди пренаталӣ мебозад. Гузариши муътадили хун дар системаи «модар–машина–тифл» нишонаи фаъолияти самараноки машина мебошад, дар ҳоле ки инҳирофҳо дар гардиши хуни бачадон–машина ва тифл–машина нишондиҳандаи муҳими дисфунксияи машина буда, метавонанд ба норасоии машинагӣ оварда расонанд. Дар раванди таҳқиқот арзёбии гардиши хун дар рағҳои бачадон (компоненти бачадон–

машина) ва дар раги ноф (компоненти тифл–машина) дар занони ҳомилаи муҳочир гузаронида шуд (ҷадвали 1).

Ба сабаби дастрасии маҳдуди ёрии тиббӣ танҳо нисфи занони гурӯҳи асосӣ (50 аз 100, яъне 50%) дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ доплерография гузаронидаанд.

Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои миёнаи параметрҳои аз самт вобастананашаванда дар рағҳои бачадон ва раги ноф дар занони ҳомилаи мавриди таҳқиқ қароргирифта

Нишондиҳанда	ТСД	ИП	ИР
Арзиши миёнаи нишондиҳандаҳо дар рағҳои бачадон	1,94±0,02	1,33±0,02	0,51±0,01
Артерияи ноф	2,52±0,02	0,92±0,01	0,58±0,005

Нишондиҳандаҳои бадастомадаи доплерометрӣ таъсири ҳамгирои организми модар ва машимаро ба ҳолати тифл инъикос намуда, ба меъёрҳои иҷозатдодашуда барои синни гестационӣ (семоҳаи сеюм) мувофиқат мекунад. Ҳамзамон, онҳо имкон медиҳанд, ки инҳирофҳои гемодинамикӣ сари вақт ошкор карда шаванд.

Тибқи натиҷаҳои доплерография дар 15 аз 50 зани таҳқиқшуда (30%, ки 15% тамоми гурӯҳи асосиро ташкил медиҳад) марҳилаҳои гуногуни норасоии машинагӣ ташхис гардиданд. Шакли субкомпенсатории норасоии машинагӣ бартарӣ дошт – 13 ҳолат (86,7% миёни вайроншавиҳои муайяншуда), дар ҳоле ки шакли компенсаторӣ танҳо дар 2 зан (13,3%) ба қайд гирифта шуд. Ҳолатҳои декомпенсационӣ дар ин интиҳоб муайян карда нашуданд. Ин маълумот аз ҳукмронии назарраси норасоии субкомпенсационии машинагӣ дар занони ҳомилаи муҳочир шаҳодат медиҳад, ки ба фаъолияти комплекси фетопласентарӣ дар ҳадди имкониятҳо ишора намуда, зарурати назорати пурзӯри ҳолати пласентаро тақозо мекунад.

Таҳлили басомади вайроншавиҳои гардиши хун дар звеноҳои гуногуни низоми «модар–машина–тифл» нишон дод, ки дар занони гурӯҳи асосӣ инҳирофҳои гемодинамикӣ хусусияти изолятсияшуда доштанд. Вайроншавиҳои

гардиши хуни тифл–машима (патология дар раги ноф) дар 5 зан (10% аз шумораи умумии таҳқиқшудагон) муайян гардиданд. Вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон-машима (дар рағҳои бачадон) дар 6 зан (12%) ошкор гардиданд. Ҳамчунин, дар 4 зани ҳомила (8% аз шумораи умумии таҳқиқшудагон) пастшавии гардиши хун дар раги миёнаи майнаи тифл таъхис шуд, ки метавонад ба мушкилоти перфузияи майнаи тифл ишора намояд. Ҳолатҳои ҳамзамон (якбора дар якҷанд сегменти низоми хунгузар) ба қайд гирифта нашуданд. Таҳлили ҳолати комплекси фето-пласентарӣ дар занони ҳомилаи муҳочир хавфи баланди норасоии плацентарӣ ва гемодинамикаи марбут ба онро нишон дод. Дастрасии маҳдуд ба доплерография боиси таъхиси дер мегардад, дар ҳоле ки бартарии шаклҳои субкомпенсатсионӣ ба нигоҳдории қисман фаъолияти плацента дар шароити кори шиддатнок ишора мекунад. Вайроншавиҳои изолятсионии гардиши хуни бачадон–машима ё тифл-машима имконияти ислоҳи бармаҳалро нишон медиҳанд. Ин маълумот зарурати тавсеаи мониторинги низоми «модар–машима–тифл»-ро барои коҳиши хавфи осебҳо ва беҳтарсозии натиҷаҳои перинаталӣ таъкид менамояд.

Ба таҳқиқи профили гормоналӣ 28 зани ҳомила – муҳочирони меҳнатии тоҷик (гурӯҳи асосӣ) ва 30 зани ҳомила, ки дар Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд (гурӯҳи муқоиса), ҷалб карда шуданд. Дар ҳамаи иштирокчиён сатҳи гормонҳои комплекси фето-пласентарӣ (прогестерон, лактогени плацентарӣ-ЛП, эстрадиол, кортизол) бо усули иммуноферментӣ чен карда шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. - Сатҳи миёнаи гормонҳои комплекси фето-пласентарӣ дар гурӯҳҳои занони мавриди таҳқиқ

Гормон	Гурӯҳи асосӣ	Гурӯҳи муқоиса	t	p
Прогестерон (нмол/л)	106,6±1,5	115,8±5,4	1,6	p ¹ -p ² p>0,05
ЛП (мг/л)	5,7±0,5	8,6±0,7	3,4	p ¹ -p ² <0,05
Эстриол (нмол/л)	23,6±1,8	26,3±1,9	8,7	p ¹ -p ² p>0,05
Кортизол	19,2±0,4 нг/мл	16,2±1,1 нг/мл	5,4	p ¹ -p ² <0,05

Дар гурӯҳи асосии занони ҳомилаи муҳочир нисбат ба гурӯҳи муқоиса басомади баланди як қатор осебҳои акушерӣ мушоҳида шуд. Хатари қатъшавии бармаҳали ҳомиладорӣ дар 9 аз 28 занони муҳочир (32,1% ҳолатҳо) таҳқиқ гардид, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ – танҳо дар 3 аз 30 зан (10%). Презкламписия дар 5 зани муҳочир (17,9%) ба вучуд омад, дар муқоиса бо 1 ҳолат дар гурӯҳи муқоиса (3,3%). Синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) дар 3 зани гурӯҳи асосӣ (10,7%) муайян шуд, дар ҳоле ки миёни сокинони маҳаллӣ — танҳо дар 1 ҳолат (3,3%). Басомади камхунии норасоии оҳан низ дар гурӯҳи асосӣ баланд буд (дар 57,1% занон ба қайд гирифта шуд). Гарчанде ки ин осебҳо дар муҳочирон бештар мушоҳида гардиданд, фарқиятҳои омории байни гурӯҳҳо аз рӯи басомади хатари қатъшавӣ ҳомиладори, презкламписия ва ССИДТ аҳамияти статистикиро нарасонданд ($p>0,05$). Ҳамзамон, вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон–машина (бар асоси маълумоти доплерометрӣ) боэътимод бештар дар занони ҳомилаи муҳочир ба қайд гирифта шуданд – дар 15 ҳолат (53,6%) муқобили 1 ҳолат (3,3%) дар гурӯҳи назоратӣ ($p < 0,001$), ки ба бадшавии назарраси гемодинамикаи пласентарӣ дар гурӯҳи муҳочирон ишора мекунад (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Басомади пастшавии гормонҳо дар гурӯҳҳои занони мавриди таҳқиқ

Гурӯҳ	Прогестерон	ЛП	Эстриол
Асосӣ (n=28)	15 (53,6 %)	15 (53,6 %)	3 (10,7 %)
Муқоиса (n=30)	3 (10 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)
Хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс	10,89	15,87	0,35
p	$p<0,05$	$p<0,001$	$p>0,05$

Таҳлили коррелясионӣ барои муайян кардани робитаи тағйироти гормоналӣ бо осебҳои ҳомиладорӣ гузаронида шуд. Муайян гардид, ки пастшавии сатҳи прогестерон бо хатари қатъшавии ҳомиладорӣ зич алоқаманд аст: миёни заноне, ки сатҳи прогестерон паст доштанд, хатари исқоти ҳамл ба маротиб бештар мушоҳида шуд (12 ҳолат аз 14) нисбат ба беморони дорои сатҳи

мӯътадили прогестерон (2 ҳолат). Аз ҷиҳати оморӣ робитаи мусбии қавӣ байни пастшавии прогестерон ва басомади хатари қатъшавии ҳомиладорӣ тасдиқ гардид (коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон $r \approx 0,78$). Ҳамчунин, ҳамаи 16 зани дорои вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон–машина сатҳи пасти ЛП доштанд, дар ҳоле ки бо сатҳи мӯътадили ЛП ягон инҳирофи гемодинамикӣ муайян нагардид. Басомади пастшавии ЛП робитаи фавқулода қавӣ бо басомади вайроншавиҳои гардиши хун нишон дод ($r=1,0$). Илова бар ин, маълум гардид, ки дар ҳамаи ҳолатҳои ССИДТ дар занони муҳочир то ҳафтаи 34-уми ҳомиладорӣ коҳиши назарраси сатҳи эстриол мушоҳида шудааст. Таҳлили коррелятсионӣ робитаи норасоии эстриолро бо инкишофи ССИДТ тасдиқ кард (коэффитсиенти пайвастагии Пирсон 0,707; $p < 0,01$). Ҳамин тавр, ихтилолҳои гормоналии комплекси фето-пласентарӣ бевосита бо пайдоиши ин осебҳои гестационӣ алоқаманд мебошанд.

Дар байни 28 зани ҳомилае, ки дар шароити муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ дараҷаи ихтилолҳои равонӣ–эмотсионалӣ ба таври назаррас баландтар ошкор гардид. Ихтилолҳои депрессивӣ бо дараҷаҳои гуногун қариб дар нисфи ҳолатҳо таъхис гардиданд (46,4% муқобили 16,7%; $p < 0,05$), ва сатҳи баланд ё миёнаи изтиробӣ шахсӣ дар 89,3% занон мушоҳида шуд, дар муқоиса бо 16,7% дар гурӯҳи муқоиса ($p < 0,001$). Хавфи депрессия дар занони муҳочир тақрибан се маротиба баландтар буд ($RR=2,79$; 95% ИА 1,14–6,81), хавфи изтироб бошад — зиёда аз 11 маротиба ($RR=11,79$; 95% ИА 3,05–45,59).

Дар беморони дорои ихтилолҳои психоэмоционалӣ тағйироти нейроэндокринӣ ба қайд гирифта шуданд, аз ҷумла гиперкортизолемиа ва пастшавии сатҳи ЛП, ки нақши муҳими стресси муҳочиратро дар ташаккули ихтилолҳои эндокринӣ ва мураккабшавии чараёни ҳомиладорӣ таъкид мекунад. Дар занони ҳомилаи муҳочир стресс, ки муҳочиратро ҳамроҳӣ мекунад, боиси ҳалал дар тавозуни гормоналӣ ва психоэмоционалӣ мегардад, ки хатари осебҳои гестационӣ ба таври назаррасро зиёд менамояд. Ин ҳолат зарурати барномаҳои махсуси идоракунии ҳомиладориро асоснок месозад, ки бояд арзёбии мунтазами

вазъи эндокринӣ ва ҳолати психозмоционалиро бо дарбаргирии дастгирии равонӣ таъмин намоянд. Татбиқи равиши комплексӣ имкон медиҳад, ки хавфи оризаҳо коҳиш ёфта, натиҷаҳои перинаталӣ ба таври назаррас беҳтар гарданд.

Гузaronидани таҳқиқоти муқоисавӣ оид ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталии занони ҳомила дорои мақоми муҳочирати меҳнатӣ (гурӯҳи асосӣ, $n=100$) ва занони доимӣ истиқоматкунанда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (гурӯҳи назоратӣ, $n=30$) сурат гирифт. Тафовутҳои ба таври назаррас муҳими байнигурӯҳӣ дар сохтор ва муҳлати таваллуд ба қайд гирифта шуданд. Саҳми таваллудҳои саривақтӣ дар гурӯҳи асосӣ ба таври оморӣ аҳамиятнок пасттар буд (47% бар зидди 80% дар гурӯҳи назоратӣ; $\chi^2=8,851$; $p < 0,05$), дар ҳоле ки басомади таваллудҳои бармаҳал, баръакс, ба таври назаррас баландтар мушоҳида гардид (40% бар зидди $16,7\%$; $\chi^2=4,568$; $p < 0,05$). Таваллудҳои дер ба қайд гирифта мешуданд, вале фарқияти оморӣ аҳамиятнок мушоҳида нашуд. Таҳлили сохтори таваллудҳои бармаҳал дар занони муҳочир бартарияти таваллудҳои мӯътадилан бармаҳал то 34^6 ҳафта (25%) ва дербармаҳал (34^6-36^6 ҳафта) — 5% -ро нишон дод. Саҳми таваллудҳои хеле бармаҳал ($22-27^6$ ҳафта) 4% ва бармаҳалии барвақт — 6% -ро ташкил дод.

Дар навзодони занони дорои мақоми муҳочират нишондиҳандаҳои перинаталӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ нохуштар ба қайд гирифта шуданд. Тамоюл ба басомади бештар доштани вазни кам ҳангоми таваллуд (< 2500 г) мушоҳида гардид — 12% бар зидди 4% дар гурӯҳи назорат, инчунин тамоюл ба зиёдшавии ҳиссаи ССИДТ (синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл) — 6% бар зидди $3,3\%$ ($p > 0,05$) ба қайд расид. Тафовутҳои муҳими байнигурӯҳӣ ҳангоми баҳодиҳии мутобиқшавии навзодон аз рӯи шкалаи Апгар ба қайд гирифта шуданд: дар 16% кӯдакони занони муҳочир нишондиҳанда ≤ 6 ҳол буд, ки ин аз асфиксияи перинаталӣ ва зарурати гузаронидани чораҳои реаниматсионӣ шаҳодат медиҳад. Пастшавии ҳиссаи навзодон бо баҳогузориҳои 8 ва 7 ҳол дар гурӯҳи асосӣ ($p < 0,05$) аз бадшавии мутобиқшавии барвақтии неонаталӣ шаҳодат медиҳад. Маҷмӯи маълумоти бадастомада профили хоси хавфҳои перинаталиро дар занони муҳочир инъикос менамояд — басомади

бештар доштани таваллудҳои бармаҳал, пастшавии нишондиҳандаҳои ҳолати ҷисмонӣ ва қобилияти ҳаётии навзодон, ки зарурати диспансеризатсияи барвақт, мониторинги васеи перинаталӣ ва ҳамроҳии бисёрсоҳаиро барои ин гурӯҳ асоснок менамояд.

Дар тадқиқот маълумоти гурӯҳи асосӣ ($n=32$), ки дастгирии мукаммали тиббию-психологӣ мегирифт, бо гурӯҳи муқоисавӣ ($n=68$), ки берун аз барномаҳои сохторёфта назорат мешуд, муқоиса карда шуд. Истифодаи шкалаҳои валидонидашудаи Спилбергер–Ханин ва Бек дар марҳилаҳои пеш ва пас аз татбиқи барномаи дастгирии психоэмоционалӣ бо таҳлили динамикаи нишондиҳандаҳо имкон дод, ки тағйирёбии сатҳҳои изтироб ва аломатҳои депрессия ба таври миқдорӣ сабт карда шаванд. Пеш аз татбиқи интервенсия сатҳи баланди изтироби шахсиятӣ дар 62,5% занон, инчунин ҳолатҳои субдепрессия ва депрессия ба дараҷаҳои гуногун — дар 71,9% ба қайд гирифта шуданд. Пас аз татбиқи барномаи психокоррексионӣ ҳиссаи иштирокчиён бо аломатҳои депрессия то 21,9% коҳиш ёфт, ва набудани аломатҳои депрессия дар 78,1% занон мушоҳида карда шуд.

Ҳамзамон коҳиши назарраси сатҳи изтироби реактивӣ мушоҳида гардид: ҳиссаи занон бо сатҳи пасти изтироб аз 68,8% то 87,5% афзоиш ёфт. Маълумоти бадастомада аз таъсири мусбии назарраси мудоҳилаҳои ҳадафманди психоэмоционалӣ ба ҳолатҳои равонии вазъиятии занони ҳомилаи муҳочир шаҳодат медиҳад. Дар айни замон устувории изтироби шахсиятӣ зарурати дастгирии тӯлонӣ, инфиродии равонпизишкӣ дар шароити осебпазирии муҳочиратро таъкид мекунад. Ин натиҷаҳо зарурати ворид намудани барномаҳои дастгирии психологиро ба маҷмӯи кӯмаки акушерӣ-гинекологӣ барои ин гурӯҳи занон асоснок менамоянд.

Натиҷаҳои таҳлили назорати стандартизатсияшудаи антенаталӣ нишон доданд, ки дар гурӯҳи занони ҳомилаи-муҳочир, ки ҳамроҳии антенаталӣ мегирифтанд, таваллудҳои саривақтӣ дар 78,1% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуданд, дар муқоиса бо 32,4% дар гурӯҳи занони муҳочир бе ҳамроҳӣ ($\chi^2 = 16,510$; $p < 0,05$). Басомади таваллудҳои бармаҳал дар гурӯҳи бо ҳамроҳӣ 2,7

маротиба пасттар буд (18,8% бар зидди 50%; $\chi^2 = 7,600$; $p < 0,05$), ва амалиёти чарроҳии буриши кайсарӣ низ камтар гузаронида шуд — 15,6% бар зидди 32,4% ҳолатҳо.

Дар гурӯҳи бо ҳамроҳӣ инчунин шумораи камтари оризаҳои геморрагӣ ва сироятӣ баъд аз таваллуд, аз ҷумла эндометрит, хунравихоӣ гипотоникӣ ва субинволютсияи бачадон, ба қайд гирифта шуд. Бо вуҷуди он ки барои як қатор оризаҳо (аз ҷумла преэклампсия, рехтани пешазмуҳлатии моеъи амниотикӣ ва хориоамнионит) фарқияти омӯрӣ ба қайд гирифта нашуд, тамоюл ба чараёни мусоидтари ҳомиладорӣ дар шароити назорати бисёрсоҳа мушоҳида гардид.

Натиҷаҳои бадастомада зарурати ворид намудани ҷузъи психоземосионалӣ ва назорати босифати стандартизатсияшудаи антенаталиро дар раванди нигоҳубини занони ҳомилаи муҳочир ҳамчун омили коҳишдиҳандаи хавфи оризаҳо дар таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд асоснок менамоянд.

Ҳамчунин, таҳлили муқоисавии натиҷаҳои перинаталӣ вобаста ба хусусиятҳои назорати антенаталӣ дар занони ҳомилаи муҳочир анҷом дода шуд. Муайян гардид, ки ҳиссаи навзодон бо массаи камтар аз 2500 г дар гурӯҳи асосӣ ҳамагӣ 3,1%—ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ин нишондиҳанда 16,2% буд. Ин далел аз коҳиш ёфтани хатари гипотрофияи дохилибачадонӣ дар шароити таъмини ҳамроҳии пурра ва босифати антенаталӣ шаҳодат медиҳад. Нишондиҳандаҳои баландтари қобилияти ҳаётӣ тибқи шкалаи Апгар (9 ҳол) дар 18,75% навзодони гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шуданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ягон ҳолат мушоҳида нагардид. Дар ҳамин замина, асфиксияи перинаталӣ (баҳо <7 ҳол) дар 19,1% навзодони гурӯҳи муқоисавӣ ба қайд гирифта шуд, ки ин нишондиҳанда дар гурӯҳи асосӣ ҳамагӣ 6,3%—ро ташкил дод.

Талафоти перинаталӣ танҳо дар гурӯҳи муқоисавӣ ба қайд гирифта шуд — 8 ҳолат (11,8%), ки ба он талафоти антенаталӣ, интранаталӣ ва неонаталӣ барвақт дохил мешаванд. Аксари ин ҳолатҳо дар заминаи нуқсонҳои модарзодии инкишоф (6 ҳолат) ва гипоксияи шадиди перинаталӣ (2 ҳолат) рух доданд. Муҳим он аст, ки ҳамаи ҳолатҳои талафоти перинаталӣ пас аз таваллудҳои

бармаҳал ба қайд гирифта шуданд: 4 ҳолат пас аз таваллудҳои хеле бармаҳал ва 4 ҳолат пас аз таваллудҳои бармаҳали барвақт ва дербармаҳал.

Ҳамин тариқ, маълумотҳои бадастомада бечунуҷаро нишон медиҳанд, ки ҳамроҳии антенаталии занони ҳомилаи муҳочир, ки дастгирии психосоциалӣ ва ташрифҳои мунтазами босифати назорати перинаталиро дар бар мегирад, ба таври назаррас натиҷаҳои неонаталиро беҳтар сохта, басомади асфиксияро коҳиш медиҳад ва имкон медиҳад, ки аз талафоти перинаталӣ пешгирӣ карда шавад.

Хулоса

1. Ҷараёни ҳомиладорӣ дар занони муҳочирони меҳнатӣ бо зиёдшавии басомади як қатор осебҳо тавсиф мегардад: хатари қатъшавии ҳомиладорӣ — 1,2 маротиба бештар, бисеробӣ — 4 маротиба зиёдтар, камобӣ — 2 маротиба бештар, преэклампсия — 2,5 маротиба зиёдтар, норасоии пласентарӣ — 4 маротиба бештар ва синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) — 1,5 маротиба зиёдтар нисбат ба популятсияи умумии занони ҳомила [4-М; 5-М].
2. Хусусиятҳои ҳолати психосоциалӣ занони муҳочирони меҳнатӣ чунин муайян гардиданд: сатҳи баланди изтиробӣ шахсӣ дар ҳар дуюм зан, сатҳи миёнаи изтиробӣ реактивӣ дар ҳар панҷум зан ва ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун низ дар ҳар дуюм зан ба қайд гирифта шуданд. Дар баробари ин, ҳамкориҳои мураккаби ихтилолҳои изтиробӣ ва депрессивӣ дар заминаи сатҳи баланди изтиробӣ шахсӣ ошкор гардид. Омилҳои асосии ташаккулёбии ин норасоӣҳои психосоциалӣ ноустувории иқтисодӣ (90%), ҷудой аз оила (79%), изолятсияи иҷтимоӣ (65%) ва монетаҳои фарҳангиву забонӣ (49%) буданд [3-М].
3. Басомади вайроншавиҳои гардиши хун дар низоми «модар–машина–тифл» дар занони муҳочирони меҳнатӣ 30%-ро ташкил дод, ки дар онҳо шакли субкомпенсатсионӣ ҳукмрон буд (86,7%) [4-М].

4. Муайян гардид, ки робитаи қавии коррелятсионӣ миёни басомади хатари катъшавии ҳомиладорӣ, вайроншавиҳои гардиши хун дар низоми «модар–машина–тифл», синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) ва сатҳи пасти гормонҳо мавҷуд аст: прогестерон ($r=0,784$), ЛП ($r=1$), эстриол ($r=0,707$). Ин натиҷаҳо вобастагии тағйироти фаъолияти гормонии машимаро бо осебҳои ҳомиладорӣ тасдиқ менамоянд. Сатҳи миёнаи кортизоли занони муҳочирони меҳнатӣ ($19,2\pm 0,4$ нг/мл) аз ҷиҳати оморӣ ба таври боэътимод баландтар аз сатҳи занони сокини Тоҷикистон ($16,2\pm 1,1$ нг/мл) буд, ки таъсири мақоми муҳочиратӣ ва омилҳои стрессро ба сатҳи кортизол собит месозад [4-М].
5. Натиҷаҳои акушерии занони муҳочирони меҳнатӣ бо зиёдшавии басомади таваллудҳои пешазмӯҳлат тавсиф мегарданд – 40% (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 4,6; $p < 0,05$), ки дар 67,5% ҳолатҳо зарурати таваллуди бармаҳал ба миён меояд; басомади амалиёти буриши қайсарӣ бошад, 27% (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 4,4; $p < 0,05$) бар зидди 16,7% дар занони сокини Тоҷикистон ва мутаносибан 6,6%. Натиҷаҳои перинаталӣ низ дар занони муҳочир бо афзоиши ҳолатҳои марги перинаталӣ тавсиф мешаванд, ки сабаби асосии он нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ), номувофиқ бо ҳаёт мебошанд [1-М, 2-М, 4-М, 5-М].
6. Назорати мунтазами антенаталӣ ва дастгирии психоэмоционалӣ дар занони муҳочирони меҳнатӣ бо ихтилолҳои равонӣ ба беҳтаршавии ҳолати психоэмоционалӣ, инчунин ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат намуд. Муайян карда шуд, ки басомади депрессия аз 78% то 28% коҳиш ёфт ва дараҷаи ифодаи он дар 25% ҳолатҳо сабуктар гардид; сатҳи изтиробии реактивӣ низ дар 18,8% ҳолатҳо кам шуд. Беҳбудии натиҷаҳои акушерӣ ҳангоми татбиқи ин равиш бо камшавии басомади таваллудҳои пешазмӯҳлат (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 7,6; $p < 0,05$) тасдиқ гардид. Муайян шуд, ки робитаи миёна (коэффитсиенти нормақунонидашудаи Пирсон 0,245) байни истифодаи назорати антенаталӣ ва басомади амалиёти буриши қайсарӣ мавҷуд аст (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 7,6; $p < 0,05$). Боэътимодӣ афзоиш ёфтани

шумораи навзодон бо 9 хол тибқи шкалаи Апгар (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 710,443; $p < 0,05$) ва набудани ҳолатҳои марги перинаталӣ дар гурӯҳи заноне, ки назорати мунтазам ва дастгирии психоэмоционалӣ гирифтаанд, самаранокии ин усулро дар беҳтар намудани натиҷаҳои перинаталии занони муҳочирони меҳнатӣ исбот менамояд. [1-М, 2-М, 3-М, 4-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Занони ҳомила, ки дар муҳочирати меҳнатӣ дар Русия қарор доранд, дар сатҳи антенаталӣ тибқи «Тавсияҳои клиникаи Русия: Ҳомиладорӣ муқаррарӣ. – М.: Вазорати тандурустии ФР, 2023» зерин назорат қарор дода мешаванд.
2. Машварати занони ҳомила, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, ҳатман мавзӯҳои тарзи ҳаёти солимро дар бар мегирад, аз ҷумла ғизои дурусти ҳомиладор бо шарҳи «пирамидаи ғизо» ва инчунин тавсияҳо оид ба фаъолияти ҷисмонӣ.
3. Барои занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ гузаронидани пешгирии камхунӣ ва ҳолатҳои норасоии ҷод дар тамоми давраи ҳомиладорӣ ҳатмӣ мебошад.
4. Дар ҳолати ошкор гардидани осебҳои ҳомиладорӣ, занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ бояд сари вақт ба ташҳиси иловагӣ ва табобат ҷалб карда шаванд, мутобиқи протоколҳои клиникаи Русия: «Таваллудҳои пешазмӯҳлат. Тавсияҳои клиникӣ» (Ҷамъияти русии акушерон-гинекологҳо, Вазорати тандурустии ФР, тасдиқшуда соли 2024), инчунин «Прееклампсия. Эклампсия. Варамҳо, протеинурия ва ихтилолҳои гипертензивӣ дар давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва баъди таваллуд» (Ҷамъияти русии акушерон-гинекологҳо, Ассотсиатсияи акушерон-анестезиологҳо-реаниматологҳо, Москва, 2021).
5. Ба ҳамаи занони ҳомила, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, гузаронидани баҳодихии ҳолати психоэмоционалӣ бо истифода аз шкалаи Спилбергер–Ханин барои муайян кардани сатҳи изтироб ва шкалаи Бек барои баҳодихии дараҷаи депрессия тавсия мешавад

6. Дар ҳолати муайян шудани ихтилолҳои психо-эмотсионалӣ (изтиробии реактивии дараҷаи миёна ё баланд, ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун) гузаронидани машварат бо мақсади муайян намудани омилҳои ба инкишофи онҳо мусоидаткунанда ва таъмини дастгирии психо-эмотсионалӣ дар тамоми давраи ҳомиладорӣ зарур мебошад.

Занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ, ки дар онҳо ихтилолҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ошкор шудаанд, бояд ба усулҳои омӯзонида шаванд, ки ба беҳсозии ҳолати рӯҳӣ мусоидат мекунанд: оромсозии мушакҳои бадан ва машқҳои нафасгирӣ. Ба чунин усулҳо дохил мешаванд:

- Нафаскашии шикамӣ – нафаскашӣ аз бинӣ бо назорат, то ки шикам боло равад, на қафаси сина.
- Нафасгирии «Бхрамари пранаяма» – нафаскашӣ бо пур кардани шуш аз ҳаво ва ҳангоми нафасбарорӣ ҳамзамон талаффуз намудани калимаи «Ом».
- Методикаи релаксатсияи мушакҳо – ором сохтани мушакҳо тавассути шуур ва машқҳои махсус, ки ба истироҳати бадан ва бартарафсозии таниш мусоидат мекунанд.

Шароити зарурии самаранокии ин усулҳо чунинанд: рӯшноии мулоим, ҳарорати бароҳати утоқ, набудани омилҳои парешонкунанда, муҳити мусбат ва мавқеи бароҳати нишаст ё хоб.

Феҳристи адабиёти истифодашуда

1. <https://news.un.org/ru> Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН – <https://news.un.org/ru>
2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический ежегодник России. 2023: статистический сборник. – Москва: Росстат, 2023. – 256 с.
3. International Organization for Migration. World Migration Report 2023. – Geneva: IOM, 2023. – 564 p.

4. United Nations Department of Economic and Social Affairs. International Migration 2022. – New York: United Nations, 2022. – 272 p.
5. Expression of Placental Hormones in Pregnant Women with High Levels of Stress and Depression // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – Vol. 32, No. 18. – P. 3051–3058.
6. The Impact of Maternal Stress on Pregnancy Outcomes // Stress. – 2020. – Vol. 23, No. 5. – P. 573–581.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М.] Гафурова Т. У. Особенность течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у женщин-мигрантов в зависимости от психо-эмоционального статуса [Текст] / Т. У. Гафурова // Симург. – 2023. – № 19(3). – С. 152–159.

[2-М.] Гафурова Т. У. Течение беременности у женщин-мигрантов в зависимости от психо-эмоционального статуса [Текст] / Т. У. Гафурова // Медицинский вестник Национальной Академии Наук Таджикистана– 2024. – № 2. – С. 25–29.

[3-М.] Гафурова Т.У. Особенности психо-эмоционального статуса женщин-мигрантов из Таджикистана в Российскую Федерацию [Текст] / Т. У. Гафурова // Наука и инновация. – 2024. – №3. – С. 15–21.

[4-М.] Гафурова Т.У. Клинико-лабораторные параллели в разрезе уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и осложнений беременности у трудовых мигрантов [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Мать и Дитя. – 2024 - №4. – С. 5–13

[5-М.] Гафурова Т.У. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика беременных женщин трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Наука и инновация – 2025. (принята в печать)

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводҳои анҷуманҳо ва конференсиҳо

[7-М.] Гафурова Т.У. Структура преждевременных родов женщин трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова, Ф.Р. Ишан-

Ходжаева // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 66-67.

[8-М.] Гафурова Т.У. Клинико-лабораторные параллели в разрезе уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и осложнений беременности у трудовых мигрантов [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 68-69.

[9-М.] Гафурова Т.У. Акушерские и перинатальные исходы женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию [Текст] / Т. У. Гафурова // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 64-66.

Маърузаҳо дар анчуманҳо ва конференсиҳо

[10-М.] Gafurova T. Characteristics of the psycho-emotional status of pregnant women, labor migrants in Russia [Text] / T. Gafurova, M. Kamilova, 29-th European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) Frankfurt (5-7 June 2025).

[11-М.] Гафурова Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток [Текст] / Т.У. Гафурова, Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения, Хатлон 2023 год.

Номгӯи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

СММ – Созмони Милали Муттаҳид

ТУТ – Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ

СБМ – Созмони Байналмилалии Меҳнат

МД – муассисаи давлатӣ

ВТҲИА ҚТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

МД ПАГ ва ПТ – Муассисаи давлатии Пажухишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ Тоҷикистон

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон
ФР – Федератсияи Русия
АЛАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
ВТКФ – вақти қисман фаъолшудаи тромбопластин
ИМА – Иёлоти Муттаҳидаи Амрико
БСШРН – бемориҳои сироятии шадиди вирусии роҳҳои нафас
ССИДТ – синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл
СФЭ – суръати фурурабии эритроцитҳо
ТСД – таносуби систоло-диастоликӣ (дар доплерометрия)
ИП – индекси пулсатсионӣ
ИР – индекси резистентнокӣ
ЛП – лактогени плацентарӣ
НМИ – нуқсонҳои модарзодии инкишоф
КОА – Комиссияи олии аттестатсионӣ
КФ – комплекси фетоплацентарӣ
НФ – норасоии фетоплацентарӣ
RR – хатари нисбӣ
ИЭ – интервали эътимод
p – сатҳи аҳамияти статистики

АННОТАЦИЯ

Гафурова Таманно Усмонкуловна

«Акушерские и перинатальные исходы беременных женщин, находящихся во внешней трудовой миграции»

Специальность 14.01.01 – Акушерство и гинекология

Ключевые слова: фетоплацентарный комплекс, осложнения беременности, акушерские исходы, психо-эмоциональные расстройства, женщины-мигранты, клиничко-социальный статус, экстрагенитальные заболевания.

Цель исследования: Изучить акушерские и перинатальные исходы в параллелях с характеристиками психо-эмоционального и гормонального статуса для оптимизации подходов ведения женщин, находящихся в трудовой миграции.

Методы исследования и использованная аппаратура: опрос по показателям социального статуса, сбор анамнеза, общеклиническое, акушерское исследование, общепринятые лабораторные методы, ультразвуковое исследование, включая УЗИ щитовидной железы, доплерографию и фетометрию плода, статистические методы.

Полученные результаты и их новизна: Впервые изучены клиничко- социально- анамнестические характеристики беременных женщин, трудовых иммигрантов из Таджикистана в Россию. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности у женщин, трудовых мигрантов, превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных. Впервые оценены характеристики психо-эмоционального статуса беременных женщин-мигрантов из Таджикистана. Установлена высокая распространенность реактивной тревожности и депрессивных состояний, связанных с социальным положением женщин, находящихся в трудовой миграции. Представлен гормональный статус беременных женщин-мигрантов из Таджикистана. Доказано, что снижение уровней гормонов фето-плацентарного комплекса связаны с осложнениями беременности, повышение уровня кортизола – с нарушениями психо-эмоционального статуса. Изучена гемодинамическая функция плаценты у женщин, трудовых мигрантов и доказано, что неблагоприятные условия пренатального развития плода связаны с повышением частоты осложнений беременности. Проведены параллели неблагоприятного пренатального периода, акушерских и перинатальных исходов с особенностями психо-эмоционального статуса беременных женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию. Доказано, что некоррегированные нарушения психо-эмоциональных характеристик способствуют неблагоприятным акушерским и перинатальным исходам.

Практическая значимость: Оптимизированы алгоритмы обследования и введения беременности женщин-трудовых мигрантов.

Рекомендации по использованию: Результаты проведенных исследований внедрены в работу ООО “Авиценна”.

Область применения: Акушерство и гинекология.

АННОТАТСИЯИ

Гафурова Таманно Усмонкуловна

" Оқибатҳои акушерӣ ва перинаталии занони ҳомилае, ки дар муҳочирати меҳнати хориҷӣ қарор доранд. "

Ихтисос 14.01.01- Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Калимаҳои асосӣ: комплекси фетопласентарӣ, осебҳои ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ, ихтилолҳои психоэмотсионалӣ, занони муҳочир, вазъи клинико-ичтимоӣ, бемориҳои экстрагениталӣ.

Мақсади тадқиқот: омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар параллел бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ва гормоналӣ бо мақсади оптимизатсияи равишҳои идоракунии заноне, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд.

Усулҳо ва таҷҳизоти тадқиқотӣ истифода мешаванд: пурсиш оид ба нишондиҳандаҳои вазъи иҷтимоӣ, ҷамъоварии анамнез, таҳқиқоти умумии клиникӣ, таҳқиқоти акушерӣ, усулҳои умумӣ қабулшудаи лабораторӣ, таҳқиқоти ултрасадо, аз ҷумла УЗИ ғадуди сипаршакл, доплерометрия ва фетометрияи тифл, усулҳои оморӣ.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоари онҳо: Бори аввал хусусиятҳои клинико-ичтимоӣ ва анамнестикӣ занони ҳомилаи муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон ба Федератсияи Русия мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Исбот шуд, ки басомади патологияҳои соматикӣ ва осебҳои ҳомиладорӣ дар занони муҳочирони меҳнатӣ назар ба аҳолии умумии занони ҳомила ба таври назаррас баландтар мебошад. Бори аввал ҳолати психоэмотсионалии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон арзёбӣ гардида, паҳншавии баланди изтиробии реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ муайян карда шуд, ки мустақиман бо вазъи иҷтимоии заноне, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, алоқаманд мебошанд. Ҳолати гормоналии занони ҳомилаи муҳочир низ омӯзиш ёфтааст. Далел оварда шуд, ки пастшавии сатҳҳои гормонҳои комплекси фетопласентарӣ бо афзоиши басомади осебҳои ҳомиладорӣ ва баландшавии сатҳи кортизол бошад, бо ихтилолҳои ҳолати психоэмотсионалӣ алоқаманд аст. Функсияи гемодинамикии машина дар занони муҳочир омӯхта шуда, собит гардид, ки шароити номусоиди рушди пренаталии тифл бо афзоиши басомади осебҳои ҳомиладорӣ алоқаманд мебошад. Пайвандҳои байни давраи номусоиди пренаталӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон ба Русия муайян карда шуданд. Далелҳои ба дастмада исбот мекунанд, ки ихтилолҳои ислоҳнашудаи психоэмотсионалӣ ба ташаккули оқибатҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат менамоянд.

Аҳамияти амалӣ. Алгоритмҳои таҳҳис ва идоракунии ҳомиладорӣ занони муҳочирони меҳнатӣ такмил ва оптимизатсия карда шудаанд.

Тавсияҳо барои истифода: Натиҷаҳои тадқиқоти анҷомдода дар фаъолияти ҚДММ «Авиценна» амалӣ гардонидани шудаанд.

Соҳаи татбиқ: Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

ANNOTATION

Gafurova Tamanno Usmonkulovna

“Obstetric and perinatal outcomes in pregnant women under conditions of external labor migration”

Specialty 14.01.01 – Obstetrics and gynecology

Key words: fetoplacental complex, pregnancy complications, obstetric outcomes, psycho-emotional disorders, migrant women, clinical and social status, extragenital diseases.

Purpose of the study: To study obstetric and perinatal outcomes in relation to psycho-emotional and hormonal status characteristics in order to optimize management approaches for women in labor migration.

Material and methods of research: The study population consisted of 100 pregnant women with Tajik citizenship who were in labor migration in the Russian Federation. The examination included assessment of social status indicators, collection of medical and obstetric history, comprehensive clinical and obstetric examination, standard laboratory investigations, ultrasound evaluation (including thyroid ultrasound), Doppler studies and fetal biometry, and statistical analysis.

For the first time, the clinical, social, and anamnestic characteristics of pregnant labor migrant women from Tajikistan to Russia have been investigated. It has been established that the incidence of somatic pathology and pregnancy complications in labor migrants exceeds the corresponding indicators in the general population of pregnant women. For the first time, the characteristics of the psycho-emotional status of pregnant migrant women from Tajikistan have been evaluated, demonstrating a high prevalence of reactive anxiety and depressive disorders associated with the social conditions of women in labor migration. The hormonal status of pregnant migrant women from Tajikistan has been presented. It has been proven that decreased levels of fetoplacental complex hormones are associated with pregnancy complications, whereas elevated cortisol levels are linked to psycho-emotional disturbances. The hemodynamic function of the placenta in labor migrant women has been studied, confirming that adverse prenatal conditions are associated with an increased risk of pregnancy complications. Correlations between adverse prenatal factors, obstetric and perinatal outcomes, and psycho-emotional status of pregnant migrant women from Tajikistan in Russia have been identified. It has been demonstrated that uncorrected psycho-emotional disturbances contribute to unfavorable obstetric and perinatal outcomes.

Practical significance. The results of the conducted research have been implemented in the work of Avicenna LLC.

Area of application: Obstetrics and gynecology.