

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

УДК 618.3-06

На правах рукописи

ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА

**АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН, ПРЕБЫВАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТРАНЫ
ПРОЖИВАНИЯ**

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 « » 2026 г. в « » часов на заседании Диссертационного совета 6D.KOA – 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-анамнестическую характеристику беременных женщин, трудовых мигрантов 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. Оптимизация предложенных подходов ведения беременности женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию.

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

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 мигрантов. На основании выявленных изменений оптимизированы подходы ведения беременных женщин, находящихся в трудовой миграции, проведена их оценка.

Научная новизна исследования.

Впервые выполнено всестороннее исследование клинико-социальных и анамнестических особенностей беременных женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности у женщин, трудовых мигрантов превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных.

Впервые проведено детальное изучение психо-эмоциональных особенностей 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 осуществлен анализ сравнительных характеристик 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 паспорту высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан по шифру специальности 14.01.01. – «Акушерство и гинекология». I. Отрасль науки: медицинские науки. II. Формула специальности - «Акушерство и гинекология». Область исследований – 3.1. Акушерство. «Физиологическая и осложненная беременность, роды и послеродовой период у женщины», «Перинатальный период жизни ребенка», «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов». Подпункт 3.1.2. Определение состояния внутриутробного плода. Обмен веществ, дыхание и питание внутриутробного плода. Развитие органов и систем плода. Диагностика отклонений развития плода. Влияние факторов внешней среды и лекарственных веществ на плод. Коррекция нарушений состояния внутриутробного плода. 3.1.5. Отклонения в

течение беременности: невынашивание, недонашивание и перенашивание плода: гестозы беременных; кровотечения во время беременности. Внематочная беременность, пузырный занос. Клиника, лечение, профилактика. 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 стратегии 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 8 работ, в том числе 4 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 проводились 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 углoneзависимые 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 классифицировались 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).

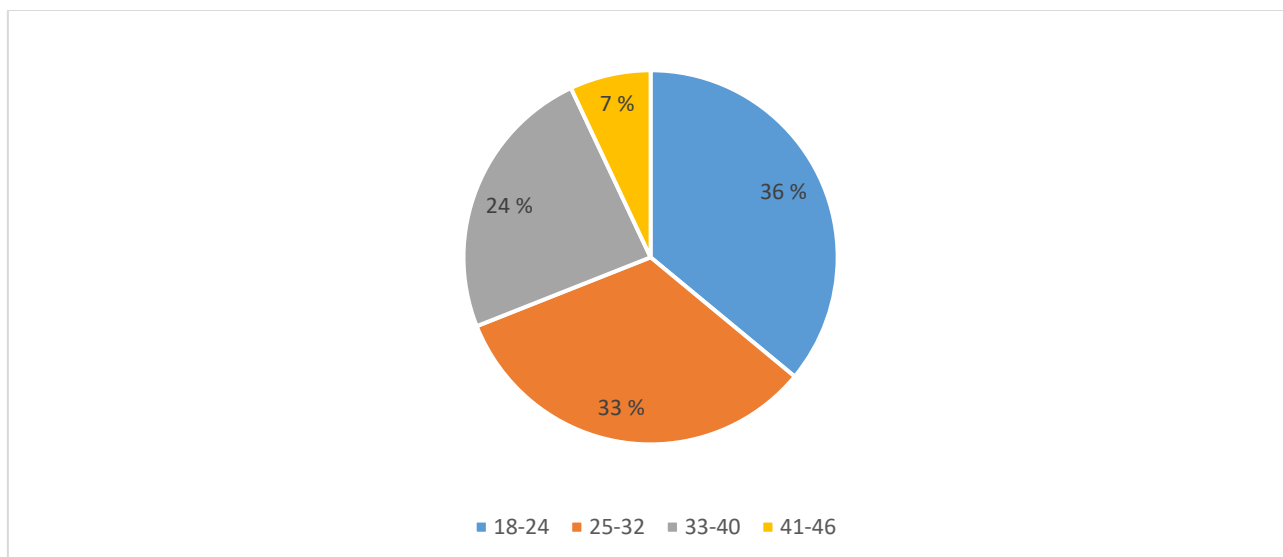


Рисунок 1. –Распределение обследованных женщин по возрасту.

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 значительно 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 проведённом 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 тревожности.

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	$p^1-p^2 > 0,05$
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	$p^1-p^2 > 0,05$
Кортизол (нг/мл)	19,2±0,4	16,2±1,1	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 птери зафиксированы только в группе сравнения — 8 случаев (11,8 %), включая антенатальные, интранатальные и раннее неонатальные птери, преимущественно на фоне врожденных пороков развития (6 случаев) и тяжёлой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных птери 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 птери, снижает частоту асфиксии и исключает перинатальные птери.

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].

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 значительно 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% 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].

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
- 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.

Статьи и тезисы в сборниках материалов съездов и конференций

[5-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.

[6-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.

[7-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.

[8-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

[9-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).

[10-А.] Гафурова Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток [Текст] / Т.У. Гафурова, Современные вызовы и стратегии 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 – Relative risk
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

**НАТИҶАҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАИ
БЕРУН АЗ КИШВАРИ ИСТИҚОМАТИИ ХУД ҚАРОРДОШТА**

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.

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

Муқарризи 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 Абӯалӣ ибни Сино».

Муассисаи пешбар: **«Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»**

Ҳимояи рисола санаи " " соли 2026 соати " " 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 шинос шудан мумкин аст.

Автореферат " _____ " _____ соли 2025 ирсол гардид

**Котиби илмӣ шӯрои
диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб**

Муминова Ш. Т.

Муқаддима

Мубрами мавзӯи таҳқиқот. Равандҳои муҳоҷират дар ҷаҳони муосир тамоюли устувори афзоиширо 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 пайдориҳои ҷараёнҳои муҳоҷиратро таъкид менамояд. Дар доираи омӯзиши ҳаракати муҳоҷиратӣ ҷанбаи гендерӣ таваҷҷуҳи 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 ҷараёнҳои 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 мекунанд. 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 муҳокимарониҳои илмӣ дар соҳаи тибби муҳоҷиратӣ ва иҷтимоӣ мебошад [<https://news.un.org/ru>] [1].

Тоҷикистон аз рӯи шумораи шаҳрвандоне, ки барои кор ба Русия мераванд, ҷои дуюмро ишғол мекунад. Тибқи маълумоти омории 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 равонӣ, 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 фетопласентариро ҳалалдор созад. Қоҳиш 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 ташаққули таъсири равандаҳои муҳоҷират ба саломатии рӯҳии занон дар давраи перинаталӣ яке аз самтҳои муҳим ва саривақтии таҳқиқоти илмӣ 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 муҳоҷир равона шудаанд.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Омӯзиш ва таҳлили манбаъҳои адабӣ оид ба масъалаҳои хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ занони ҳомилаи муҳоҷири меҳнатӣ нишон дод, ки солҳои охир шумораи муҳоҷирон дар ҳамаи кишварҳои рушдёфта меафзояд ва ин масъала бинобар афзалиятнокӣ ва аҳамияти иҷтимоӣ ва иқтисодӣ дар кишварҳои гуногун васеъ омӯхта мешавад. Бо вуҷуди ин, саволҳои марбут ба ҳолати психоемоционалӣ, 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 ҷинсӣ ва репродуктивӣ 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 муолича», 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. Беҳсозии усулҳои пешниҳодшуда оид ба идора ва назорати ҳомиладории занони муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон ба 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 илмӣ таҳқиқот. Бори аввал таҳқиқоти ҳамаҷонибаи хусусиятҳои клиникӣ-ичтимоӣ ва анамнестии занони ҳомиладори муҳочирони меҳнатӣ аз Тоҷикистон ба Русия анҷом дода шуд. 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 таҳқиқоти муфассали хусусиятҳои психо-эмоционалии занони ҳомиладори муҳочир аз Тоҷикистон анҷом дода шуд. Муайян карда шуд, ки паҳншавии изтиробӣ реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ, ки бо маҷоми иҷтимоии занони дар муҳочирати меҳнатӣ буда вобастаанд, баланд мебошад.

Ҳолати гормоналии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон пешниҳод гардид. Далел оварда шуд, ки паҳншавии 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 таҳлили муқоисавии хусусиятҳои давраи номусоиди пренаталӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бо дарназардошти хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалии занони ҳомиладори муҳочирони меҳнатии аз Тоҷикистон ба 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 қонун, ки дар шароити муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, метавонанд ҳамчун асоси илмӣ барои таҳияи маводи лексионӣ, семинарҳои мавзӯӣ ва машғулиятҳои амалӣ дар самтҳои зерин хизмат намоёнд: «Таъсири омилҳои муҳочират ба саломатии репродуктивии занон», «Хусусиятҳои клиникии ҷараёни ҳомиладорӣ дар қонони муҳочир», «Ихтилофҳои психоэмоционалӣ дар давраи антенаталӣ ва оқибатҳои онҳо», «Робитаи танзими нейроэндокринӣ бо ҳолати психоэмоционалии қонони ҳомила», «Самтҳои тақмил ва оптимизатсияи назорати акушерӣ дар қонони муҳочир». Татбиқи ин маводҳо дар раванди тайёр намудани мутахассисони соҳаи тиб ба баланд бардоштани сатҳи донишу салоҳиятҳои касбӣ мусоидат намуда, дар онҳо тафаккури клиникии муосирро ташаккул медиҳад, ки ба дарназардошти омилҳои иҷтимоӣ ва тиббии саломатии модару кӯдак равона гардидааст.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Далел оварда шуд, ки қонони 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 қонони 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 даври 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, наشري мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ баррасишаванда ва хулосаҳои асоснок, ки бар пояи натиҷаҳои бадастомада тартиб дода шудаанд, тасдиқ мегардад.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мавзӯ ва самтгирии таҳқиқоти иҷрошуда пурра ба талаботи паспорти Комиссияи олии аттестатсионӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мувофиқи шифри ихтисоси 14.01.01 – «Акушерӣ ва гинекология» мутобиқат дорад. I. Соҳаи илм: илмҳои тиб. II. Формулаи ихтисос: «Акушерӣ ва гинекология». Самти таҳқиқот— 3.1. Акушерӣ: «Ҳомиладории физиологӣ ва бо ориза, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар зан», «Давраи перинаталии ҳаёти кӯдак», «Таҳия ва беҳтарсозии усулҳои ташхис ва пешгирии чараёни ҳомиладории бо оризаҳо ва таваллуд». Зербанди 3.1.2. Муайян кардани ҳолати тифли дар дохилибачадон; мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизогирии тифли дар дохилибачадон; рушди узвҳо ва системаҳои тифли дар дохилибачадон; ташхиси вайроншавиҳои инкишофи тифли дар дохилибачадон; таъсири омилҳои муҳити зист ва маводи доруворӣ ба тифли дар дохилибачадон; чорабиниҳои ислоҳкунандаи ҳолати тифли дар дохилибачадон. Зербанди 3.1.5. Инҳирофҳои чараёни ҳомиладорӣ: исқоти ҳамл, таваллуди бармаҳал ва ҳомиладории аз муҳлат гузашта; гестозҳои ҳомиладорӣ;

хунравиҳои давраи ҳомиладорӣ. Ҳомиладории берун аз бачадон, ҳубобомос. Клиника, тадбирҳои табобатӣ ва пешгирикунанда.

Объекти таҳлили диссертатсионӣ заноне мебошанд, ки шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон буда, дар шароити муҳоҷирати меҳнатӣ дар Федератсияи Русия қарор доранд.

Дар доираи ин таҳқиқот хусусиятҳои ҷараёни 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 мутобик мебошанд, ки бахшҳои «Ҳомиладории физиологӣ ва бо оризаҳо, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар зан» ва «Давраи перинаталӣ ҳаёти кӯдак»-ро дар бар мегиранд.

Ҳамзамон, дар таҳқиқот ба омилҳои таваҷҷуҳи хос зоҳир шудааст, ки ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занони муҳоҷир 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 тақмили усулҳои ташхис ва пешгирии ҷараёни мушкили ҳомиладорӣ ва таваллуд бахшида шудааст.

Дар диссертатсия тавсияҳои илмӣ ва амалии асоснок пешниҳод гардидаанд, ки ба оптимизатсияи системаи назорат ва идоракунии ҳомиладорӣ дар байни занони муҳоҷири 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 дараҷаи 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 методологияи тадқиқот. Диссертант ҷустуҷӯи системавӣ ва таҳлили интиқодии адабиёти илмӣ ватанӣ ва хориҷиро, ки ба таъсири омилҳои муҳоҷирати меҳнатӣ ба ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бахшида 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 омории онҳо, таҳлили натиҷаҳо ва ташаккули хулосаҳои илмиро ба иҷро расонидааст. Ғайр аз ин, муаллиф дар конференсияҳои илмӣ-амалии соҳавӣ ҷаҳзҳои иштирок намуда, мақолаҳои илмӣ ва дастури таълимӣ-методиро таҳия ва нашр намудааст. Натиҷаҳои бадастомада ба ҷаҳзҳои амалӣ дар муассисаҳои тандурустӣ ҷорӣ карда шудаанд ва инчунин дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ истифода гардидаанд. Марҳилаи ниҳии қори илмӣ аз таҳия ва навиштани матни пурраи диссертатсия ва автореферат иборат буда, ин ҳолат сатҳи баланди мустақилият, масъулият ва қамолоти илмӣ довтолабро возеҳона нишон медиҳад.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии тадқиқот дар конференсияи илмӣ-амалии «Стратегияи рушди илми тиб ва соҳаи тандурустӣ дар замони муосир», 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 конференсия байналмилалӣ «Модар ва кӯдак», ки соли 2024 дар шаҳри Москва доир гардид, пешниҳод гардидаанд. Натиҷаҳои бадастомадаи тадқиқот ба ҷаҳзҳои амалии Клиникаи «Авиценна» дар шаҳри Москва, ки дар он ҷамъоварии маводи тадқиқотӣ гузаронида мешуд, татбиқ шудаанд.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Дар мавзӯи диссертатсия 8 қори илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 4-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. Кор 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 клинικο-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 вобастабудаи 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. Дараҷаи вайроншавии гардиши хуни модар–машина–тифл мутобиқи меъёрҳое, 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.

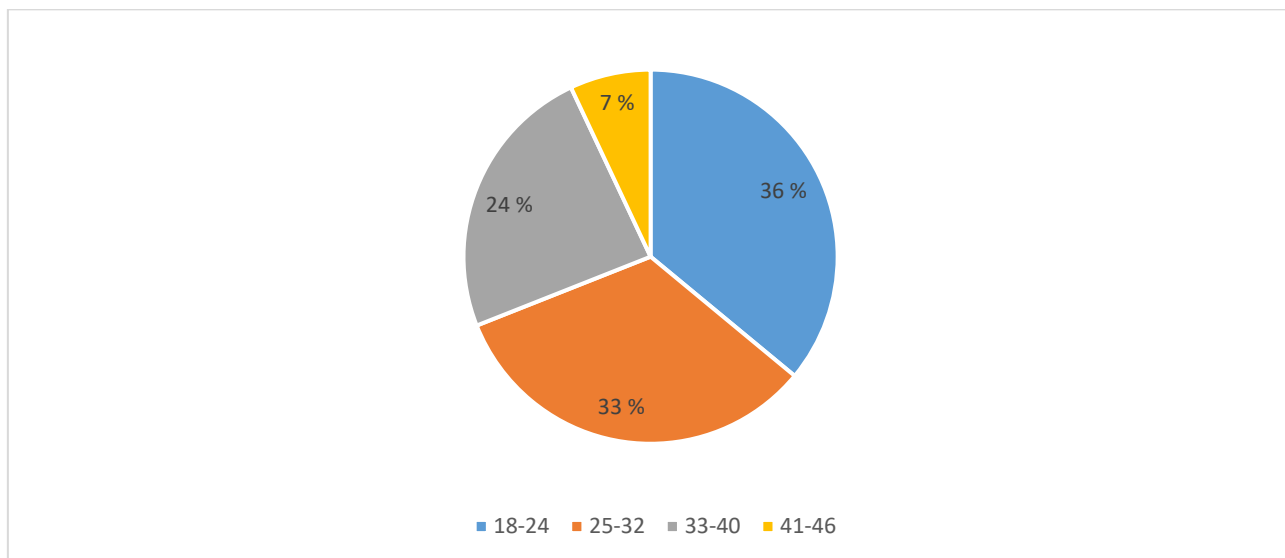
Барои арзёбии мавҷудияти камхунӣ ва ҳолати умумии соматикӣ занони ҳомила таҳқиқотҳои лабораторӣ гузаронида шуданд. Арзёбии сатҳи гемоглобин ва таҳлили умумии хун имкон медод, ки камхунӣ ташхис гардад. Ҳолати системаи пешоб бо истифода аз таҳлили умумии пешоб, инчунин ченкунии сатҳи мочевина ва креатинин дар зардобӣ хун арзёбӣ карда шуд. Вазъияти функционалии ҷигар аз рӯи концентратсияи билирубини умумӣ, фаъолияти аланинаминотрансфераза (АлАТ) ва аспаратаминотрансфераза (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 омории 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 ғоизҳо 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 интиҳобҳои 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 меҳнатиरो идома дода, сарбории кориро дар давраи ҳомиладорӣ нигоҳ медоштанд (расми 1).



Расми 1. –Тақсимои занони таҳқиқшуда аз рӯи синну сол

Дар гурӯҳи асосӣ паҳншавии баланди патологияи экстрагениталӣ мушоҳида гардид: камхунӣ дар ҳар дуввум зани ҳомилаи муҳоҷир, ҳолатҳои норасоии йод — дар ҳар дуввум—сеюм, бемориҳои гурда — дар 39%, ва бемории сироятии шадиди 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 искоти ҳомиладории худсаронаи пешина ва 15% ҳолатҳои ҳомиладории аз инкишоф бозмонда (ё

катъшуда) ба қайд гирифта шудаанд. Таҳлили нишондиҳандаи паритет нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ 36% занон ҳомиладории аввал, 26% — ҳомиладории такрорӣ ва 38% — бисёрзод буданд. Ин далел аз ҳиссаи нисбатан баланди таваллудҳои зиёд миёни занони муҳоҷири меҳнатӣ шаҳодат медиҳад.

Тақсимои занони таҳқиқшуда аз рӯи индекси массаи бадан (ИМБ) чунин натиҷаҳо ро 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 муҳоҷир норасоии йод ошкор гардид. Дар қариб нисфи ин ҳолатҳо тағйироти сохтории ғадуди сипаршакл мушоҳида шуданд — тағйироти диффузӣ дар 52,3% ва гиреҳӣ 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 муҳоҷирро таъкид мекунанд.

Дар гурӯҳи мушоҳидашуда басомади баланди осебҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд. Хатари бачапартоии бармаҳал дар муҳлатҳои аввали ҳомиладорӣ дар 25% занон таъхис гардид; ҳолатҳои хатари қатъшавии ҳомиладорӣ дар семоҳаҳои дуюм–сеюм — дар 9%; бисёрбӣ — дар 2%; камбӣ — дар 5%; преэклампсия — дар 5%; вайроншавии 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 муҳоҷирони меҳнатӣ ишора мекунанд.

Омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилотӣ ба осебпазирии занони ҳомилаи муҳоҷир ба таври назаррас таъсир мерасонанд: дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ, шароити вазнини меҳнат, стрессҳои музмин ва сатҳи пасти иҷтимоӣ боиси бадшавии 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 муҳоҷир ба ҳисоби миёна ба меъёрҳои физиологӣ, ки ба давраи ҳомиладорӣ мутобиқанд, ҷавобгӯ буданд.

Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки омилҳои гуногунсамт ба саломатии занони ҳомилаи муҳоҷир таъсири номусоид мерасонанд. Ин ҳолат зарурати татбиқи равиши байнисоҳавӣ ва ҳамоҳангсозии фаъолияти сохторҳои тиббӣ, хадамоти иҷтимоӣ ва мақомоти масъули соҳаи муҳоҷиратро 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 муҳоҷирати меҳнатии хориҷӣ қарор доранд (гурӯҳи асосӣ), ба таври муфасссал таҳлил карда шуд. Арзёбӣ ченкунии миқдории сатҳи изтироб ва дараҷаи зуҳури аломатҳои депрессияро бо истифода аз шкалаҳои тағйирёфтаи Спилбергер–Ҳанин барои изтиробӣ 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 изтиробӣ шахсиятӣ (яъне изтиробе, ки аз вазъияти мушаххас вобаста нест) дар байни занони ҳомилаи муҳочир ба таври назаррас баланд мебошад. Изтиробӣ миёнаи шахсиятӣ дар 53% занон ва сатҳи баланд дар 47% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Дар ягон нафар аз иштирокчиён сатҳи пасти изтиробӣ шахсиятӣ мушоҳида нашуд, ки ин далели паҳншавии умумии изтиробӣ баланд дар гурӯҳи асосӣ мебошад. Арзиши миёнаи нишондиҳанда аз рӯи миқёси изтиробӣ шахсиятӣ дар ҳудуди байни сатҳи миёна ва баланд қарор дошт, ки аз ҳолати доимии шиддати рӯҳӣ миёни занони ҳомилаи муҳочир шаҳодат медиҳад.

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

Дар зергуруҳи заноне, ки дорои сатҳи баланди изтиробӣ шахсиятӣ буданд ($n = 47$), дар 45% ҳолатҳо сатҳи пасти изтиробӣ 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 психоэмоционалиро таъкид мекунад.

Дар заноне, ки сатҳи баланди изтиробӣ 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 вуҷуд оварда, метавонад таъсири манфиро ба чараёни ҳомиладорӣ таъвият бахшад.

Норасоии ҳолати психосоциалӣ дар занони ҳомилаи муҳочир бо оқибатҳои клиникалии возеҳ ҳамроҳӣ мекунад: 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.

Функцияи 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 дисфункцияи 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 сеоҳаи 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 ҳамгироии организми модар ва машинро ба ҳолати тифл инъикос намуда, ба меъёрҳои иҷозатдодашуда барои синни гестационӣ (сеоҳаи 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 декомпенсатсионӣ дар ин интиҳоб муайян карда нашуданд. Ин маълумот аз ҳукмронии назарраси норасоии субкомпенсатсионии машинагӣ дар занони ҳомили муҳочир шаҳодат медиҳад, ки ба фаъолияти комплекси фето-пласентарӣ 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 хун тифл–машина (патология дар раги ноф) дар 5 зан (10% аз шумораи умумии таҳқиқшудагон) муайян гардиданд. Вайроншавиҳои гардиши хун бачадон-машина (дар рағҳои бачадон) дар 6 зан (12%) ошкор гардиданд. Ҳамчунин, дар 4 зани ҳоила (8% аз шумораи умумии таҳқиқшудагон) пастшавии гардиши хун дар раги миёнаи майнаи тифл ташхис 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 ҳомили муҳочир ҳавфи баланди норасоии пласентарӣ ва гемодинамикаи марбут ба онро нишон дод. Дастрасии маҳдуд ба доплерография боиси ташхиси дер мегардад, дар ҳоле ки бартарии шаклҳои субкомпенсатсионӣ ба нигоҳдории қисман фаъолияти пласента дар шароити кори шиддатнок ишора мекунад. Вайроншавиҳои изолятсионии гардиши хун бачадон–машина ё тифл–машина имконияти ислоҳи бармаҳалро нишон медиҳанд. Ин маълумот зарурати тавсеаи

мониторинги низоми «модар–машина–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-плацентарӣ (прогестерон, лактогени плацентарӣ-ЛП, эстрадиол, кортизол) бо усули иммуноферментӣ чен карда шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. - Сатҳи миёнаи гормонҳои комплекси фето-плацентарӣ 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) таъхир гардид, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ – танҳо дар 3 аз 30 зан (10%). Презклампсия 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, презклампсия ва ССИДТ аҳамияти статистиқиро нарасонданд ($p>0,05$). Ҳамзамон, вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон–машина (бар асоси маълумоти доплерометрӣ) бозътимод бештар дар занони ҳомилаи муҳочир ба

кайд 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 коррелятсионӣ 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 ғавқулода 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 таххис 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 психосоматикӣ тағйироти нейроэндокринӣ ба қайд гирифта шуданд, аз ҷумла гиперкортизолемиа ва пастшавии сатҳи ЛП, ки нақши муҳими стресси муҳочиратро дар ташаккули ихтилолҳои эндокринӣ ва мураккабшавии ҷараёни ҳомиладорӣ таъкид мекунад. Дар занони ҳомилаи муҳочир стресс, ки муҳочиратро ҳамроҳӣ мекунад, боиси ҳалал дар тавозуни гормоналӣ ва психосоматикӣ 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 психосоматикиро 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, $n=30$) сураат гирифт. Тафовутҳои ба таври назаррас муҳими байнигурӯҳӣ дар сохтор ва муҳлати таваллуд ба қайд гирифта шуданд. Саҳми таваллудҳои саривақтӣ дар гурӯҳи асосӣ ба таври омӯрӣ 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 фарқиати омӯрӣ аҳамиятнок мушоҳида нашуд.

Таҳлили сохтори таваллудҳои бармаҳал дар занони муҳочир бартарияти таваллудҳои мӯътадилан бармаҳал то 34⁶ ҳафта (25%) ва дербармаҳал (34⁶–36⁶ ҳафта) — 5%-ро нишон дод. Саҳми таваллудҳои хеле бармаҳал (22–27⁶ 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 меод. 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 изтиробӣ реактивӣ мушоҳида гардид: ҳиссаи занон бо сатҳи пасти изтироб аз 68,8% то 87,5% афзоиш ёфт. Маълумоти бадастомада аз таъсири мусбӣ назарраси муҳолиҳои ҳадафманди психосоциалӣ ба ҳолатҳои равонӣ ва вазъиятҳои занони ҳомилаи муҳоҷир шаҳодат медиҳад. Дар айни замон устувории изтиробӣ шахсиятӣ зарурати дастгирии тӯлонӣ, инфиродӣ равонпизишкӣ дар шароити осебпазирӣ муҳоҷиратро 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-муҳоҷир, ки ҳамроҳии антенаталӣ мегирифтанд, таваллудҳои саривақтӣ дар 78,1% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуданд, дар муқоиса бо 32,4% дар гурӯҳи занони муҳоҷир 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 ҷарроҳии 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, хунравӣҳои гипотоникӣ ва субинволютсияи бачадон, ба қайд гирифта шуд. Бо вучуди он ки барои як қатор оризаҳо (аз ҷумла преэклампсия, рехтани пешазмуҳлатии моеъи амниотикӣ ва хориоамнионит) фарқияти омӯрӣ ба қайд гирифта нашуд, тамоюл ба ҷараёни мусоидтаре ҳомиладорӣ дар шароити назорати бисёрсоҳа мушоҳида гардид.

Натиҷаҳои бадастомада зарурати ворид намудани ҷузъи психосоциалӣ ва назорати босифати стандартизатсияшудаи антенаталиро дар раванди нигоҳубини занони ҳомилаи муҳоҷир 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 навродон 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 ҳаёти тибқи шкалаи Апгар (9 ҳол) дар 18,75% навродони 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% навродони 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 бечунучаро нишон медиҳанд, ки ҳамроҳии антенаталӣ занони ҳомилаи муҳочир, ки дастгирии психоземосионалӣ ва ташрифҳои мунтазами босифати назорати перинаталӣро дар бар мегирад, ба таври назаррас натиҷаҳои неонаталӣро 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].

2. Хусусиятҳои ҳолати психоэмоционалии занони муҳоҷирони меҳнатӣ чунин муайян гардиданд: сатҳи баланди изтиробӣ шахсӣ дар ҳар дуҷум зан, сатҳи миёнаи изтиробӣ реактивӣ дар ҳар панҷум зан ва ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун низ дар ҳар дуҷум 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 норасоҳои психоэмоционалӣ ноустуворӣ иқтисодӣ (90%), ҷудодӣ аз оила (79%), изолятсияи иҷтимоӣ (65%) ва монеаҳои фарҳангиву забонӣ (49%) буданд [3-М].
3. Басомади вайроншавиҳои гардиши хун дар низоми «модар–машина–тифл» дар занони муҳоҷирони 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 қатъшавии 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 машиноро бо осебҳои ҳомиладорӣ тасдиқ менамоянд. Сатҳи миёнаи кортизоли занони муҳоҷирони 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 муҳоҷиратӣ ва омилҳои стрессро ба сатҳи кортизол собит месозад [4-М].
5. Натиҷаҳои акушерии занони муҳоҷирони 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 муҳоҷир бо афзоиши ҳолатҳои марғи перинаталӣ тавсиф мешаванд, ки сабаби асосии он нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ), номувофиқ бо ҳаёт мебошанд [1-М, 2-М, 4-М].

6. Назорати мунтазами антенаталӣ ва дастгирии психосоциалӣ дар занони муҳоҷирони меҳнатӣ бо ихтилолҳои равоӣ ба беҳтаршавии ҳолати психосоциалӣ, 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 нормакунонидашудаи 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 ҳол тибқи шкалаи Апгар (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 710,443; $p < 0,05$) ва набудани ҳолатҳои марғи перинаталӣ дар гурӯҳи заноне, ки назорати мунтазам ва дастгирии психосоциалӣ гирифтаанд, самаранокии ин усулро дар беҳтар намудани натиҷаҳои перинаталии занони муҳоҷирони меҳнатӣ исбот менамояд. [1-М, 2-М, 3-М, 4-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Занони ҳомила, ки дар муҳоҷирати меҳнатӣ дар Русия қарор доранд, дар сатҳи антенаталӣ тибқи «Тавсияҳои клиникии Русия: Ҳомиладории муқаррарӣ. – М.: Вазорати тандурустии ФР, 2023» зери назорат қарор дода мешаванд.
2. Машварати занони ҳомила, ки дар муҳоҷирати 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, мутобики протоколҳои клиникӣ Русия: «Таваллудҳои пешазмӯҳлат. Тавсияҳои клиникӣ» (Ҷамъияти русии акушерон-гинекологҳо, Вазорати тандурустии ФР, тасдиқшуда соли 2024), инчунин «Презклампсия. 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 психоэмотсионалӣ 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 (изтироби 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 қифаси сина.
- 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, харорати бароҳати уток, 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

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводҳои анҷуманҳо ва конференсҳо

[5-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.

[6-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.

[7-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.

[8-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.

Маърӯзаҳо дар анҷуманҳо ва конференсҳо

[9-M.] 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).

[10-M.] 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 Байналмилалӣ Меҳнат

МД – муассисаи давлатӣ

ВТҲИА ҚТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

МД ПАГ ва ПТ – Муассисаи давлатии Пажуҳишгоҳи 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 – relative risk

ИЭ – интервали эътимод

p – сатҳи аҳамияти статистики

АННОТАЦИЯ

Гафурова Таманно Усмонкуловна

«Акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания»

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, доплерометрию 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

" Бехтарсозии натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣи занони ҳомилае, ки берун аз кишвари истиқомати худ қарор доранд"

Ихтисос 14.01.01- Монопизишкӣ ва бемориҳои занона

Калимаҳои асосӣ: комплекси фетопласентарӣ, осебҳои ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ, ихтилолҳои психоэмотсионалӣ, занони муҳочир, вазъи клинικο-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 навоариҳои онҳо: Бори аввал хусусиятҳои клинικο-ичтимоӣ ва анамнестикӣи 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 психоэмотсионалиии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон арзёбӣ гардида, паҳншавии баланди изтиробӣ реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ муайян карда шуд, ки мустақиман бо вазъи иҷтимоии заноне, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, алоқаманд мебошанд. Ҳолати гормоналиии 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 пренаталӣи тифл бо афзоиши басомади осебҳои ҳомиладорӣ алоқаманд мебошад. Пайвандҳои байни давраи номусоиди пренаталӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалиии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон ба Русия муайян карда шуданд. Далелҳои ба дастмада исбот мекунанд, ки ихтилолҳои ислохнашудаи психоэмотсионалӣ ба ташаккули оқибатҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат менамоянд.

Аҳамияти амалӣ. Алгоритмҳои ташҳис ва идоракунии ҳомиладорӣи занони муҳочирони меҳнатӣ такмил ва оптимизатсия карда шудаанд.

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

Соҳаи татбиқ: Монопизишкӣ ва бемориҳои занона

ANNOTATION

Gafurova Tamanno Usmonkulovna

“Obstetric and perinatal outcomes among pregnant women living outside their country of residence ”

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.