

**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**

**Диссертация**

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

**Научный руководитель:**

**Доктор медицинских наук, доцент**

**Камилова М.Я.**

**ДУШАНБЕ – 2025**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Перечень сокращений, условных обозначений.....</b>	<b>5</b>
<b>Введение .....</b>	<b>7</b>
<b>Общая характеристика исследования .....</b>	<b>11</b>
<b>Глава 1. Внешняя трудовая миграция женщин: статистика, влияние на течение беременности, акушерские и перинатальные исходы, (обзор литературы) .....</b>	<b>17</b>
1.1. Демографическая ситуация и миграционные процессы в России.....	17
1.2. Понятие психо-эмоционального статуса, состояние психо-эмоциональных характеристик женщин, трудовых мигрантов.....	21
1.3. Гормональные изменения беременных женщин в условиях стресса.....	25
1.4. Особенности течения беременности, акушерские и перинатальные исходы беременных женщин, трудовых мигрантов.....	30
1.5. Особенности ведения беременности женщин с осложненной беременностью на фоне нарушений психо-эмоционального статуса.....	39
<b>Глава 2. Материал и методы исследования.....</b>	<b>52</b>
2.1. Материал и объект исследования.....	52
2.2. Методы исследования.....	54
2.2.1. Общеклиническое обследование женщин.....	54
2.2.2. Акушерское исследование.....	55
2.2.3. Общеклинические лабораторные исследования.....	58
2.2.4. Иммуноферментный метод определения уровня гормонов в сыворотке крови.....	60
2.2.5. Бактериологическое исследование на инфекции, передающиеся половым путём.....	62

2.2.6. Инструментальные методы исследования.....	65
2.2.7. Оценка объёма кровопотери при родоразрешении.....	69
2.2.8. Оценка психоэмоционального состояния пациенток.....	69
2.2.9. Статистические методы обработки результатов.....	74
<b>Глава 3. Особенности течения беременности, родов, акушерские и перинатальные исходы женщин, находящихся в трудовой миграции.....</b>	<b>76</b>
3.1. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика обследованных женщин.....	76
3.2. Результаты оценки психо-эмоционального статуса женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию.....	84
3.3. Результаты доплерографического исследования беременных женщин, трудовых мигрантов.....	90
3.4. Результаты оценки гормонального статуса беременных женщин, трудовых мигрантов.....	94
3.5. Особенности течения беременности и акушерские исходы женщин, находящихся в трудовой миграции.....	103
3.6. Перинатальные исходы женщин, находящихся в трудовой миграции.....	120
<b>Глава 4. Оценка клинической эффективности подходов ведения беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в результате психо-эмоциональной поддержки.....</b>	<b>126</b>
4.1. Изменения характеристик психо-эмоционального статуса беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в результате психо-эмоциональной поддержки.....	126
4.2. Акушерские исходы беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в зависимости от ведения беременности.....	131
4.3. Перинатальные исходы беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в зависимости от ведения беременности.....	140

<b>Глава 5. Обзор результатов исследования.....</b>	<b>145</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>157</b>
<b>Рекомендации по практическому использованию результатов исследования.....</b>	<b>159</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>161</b>
<b>Публикации по теме диссертации.....</b>	<b>178</b>

## **Перечень сокращений, условных обозначений**

АП – артерия пуповины  
АД - артериальное давление  
ВАК - высшая аттестационная комиссия  
ВДМ – высота стояния дна матки  
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения  
ДГ – доплерография  
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем  
ИАЖ – индекс амниотической жидкости  
ИР – индекс резистентности  
КТГ – кардиотокография  
МА – маточные артерии  
ОЖ – окружность живота  
ООН - Организация Объединенных Наций  
ОРВИ-острая респираторная вирусная инфекция  
ПИ – пульсационный индекс  
ПР – преждевременные роды  
ПС – перинатальная смертность  
ПСС – пиковая систолическая скорость кровотока  
РДС - респираторный дистресс синдром  
РКИ- рандомизированное контролируемое испытание  
РНС - ранняя неонатальная смерть  
СДО – систоло-диастолическое отношение  
СЗРП– задержка внутриутробного развития плода  
СМА – среднемозговая артерия плода  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ЦУР - цели устойчивого развития  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
НИР – научно-исследовательская работа

МОТ - международная организация труда

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

ХАГ - хроническая артериальная гипертензия

ГАГ- гестационная артериальная гипертензия

КПТ - когнитивно-поведенческая терапия

ПД- послеродовая депрессия

ХГЧ- человеческий хорионический гонадотропин

ОКР- обсессивно-компульсивное расстройство

ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство

ГСД – гестационный сахарный диабет

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

США – Соединённые Штаты Америки

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ПЛГ – плацентарный лактоген

ВПР – врождённые пороки развития

RR – relative risk

ДИ – доверительный интервал

p – уровень статистической значимости

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** 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.] [3].

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] [4].

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] [6].

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] [51].



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] [49].

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 и 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 РАБОТЫ**

**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 некорректированные 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.

Научно-практическая ценность диссертационной работы заключается в разработке комплексного подхода к диагностике и коррекции нарушений психоэмоционального состояния у беременных женщин-мигрантов, а также в обосновании роли психоэмоциональных и гормональных факторов в патогенезе осложнённого течения беременности. Особое внимание уделено вопросам профилактики сосудистых осложнений, обусловленных эндотелиальной дисфункцией, характерной для данной группы пациенток. Предложенный алгоритм медико-психологического сопровождения беременных женщин, находящихся в условиях социальной уязвимости, обладает доказанной эффективностью в снижении частоты гестационных осложнений и улучшении

акушерских и перинатальных исходов. Практическое применение разработанных рекомендаций в клинической работе врачей акушеров-гинекологов и специалистов первичного звена медицинской помощи может существенно повысить качество оказания помощи женщинам-мигранткам, а также сократить уровень перинатальных потерь и материнских осложнений.

**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.

# **ГЛАВА 1. ВНЕШНЯЯ ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ ЖЕНЩИН: СТАТИСТИКА, ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ (обзор литературы)**

## **1.1. Демографическая ситуация и миграционные процессы в России**

Иммиграция продолжает неуклонно расти в глобальном масштабе. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, почти каждый десятый житель Европейского региона является международным мигрантом. Согласно докладу Международной организации труда (МОТ), в 2021 году число иностранных рабочих-мигрантов в мире достигло 169 миллионов, что на 3 % больше по сравнению с 2017 годом. Более двух третей мигрантов работают в странах с высоким уровнем доходов: 63,8 млн человек (37,7 %) - в Европе и Центральной Азии, 43,3 млн (25,6 %) - в Северной и Южной Америке. В совокупности эти регионы принимают 63,3 % всех трудовых мигрантов мира. В арабских государствах и странах Азиатско-Тихоокеанского региона трудятся около 24 млн мигрантов, что составляет 28,5 % от их общего числа. Африка остаётся наименее привлекательным регионом для трудовой миграции: здесь насчитывается лишь 13,7 млн иностранных работников (8,1 %). Примечательно, что среди трудящихся-мигрантов большинство составляют мужчины (99 млн), тогда как женщин - 70 млн. Важным направлением является также рост доли молодёжи среди иностранных работников: с 8,3 % в 2017 году до 10 % в 2019 году. По мнению авторов доклада, эта тенденция связана с увеличением уровня безработицы среди молодого населения в развивающихся странах [1].

Одной из наиболее значимых тенденций современной миграции является рост доли женщин среди мигрантов, что стало ключевой характеристикой текущего этапа развития миграционных процессов и получило название феминизации миграционных потоков. Согласно данным ООН за 2020 год, Россия занимает четвёртое место в мире по числу иммигрантов в абсолютных показателях: 11,58 млн человек, что составляет 7,9 % от общей численности населения. По этому показателю она уступает лишь США (13,1 % населения),

Германии (17,0 %) и Саудовской Аравии (37,3 %). В то же время Российская Федерация занимает третье место в мире по числу эмигрантов, уступая только Индии и Мексике [2].

Миграция в Россию в 2023 году продемонстрировала отрицательное сальдо: численность населения сократилась на 1085 человек при 7379 прибывших и 8464 выбывших. Для сравнения, в 2022 году в страну прибыло 10 881 человек, а выбыло 11 585, что также привело к миграционному убытку, но в меньшем объёме - 704 человека. Миграция из стран СНГ в 2023 году составила 4918 прибывших и 5530 выбывших, что дало убыль в 612 человек, тогда как в 2022 году она достигала 1176 человек. Эти данные свидетельствуют о том, что миграционные процессы в России в 2023 году сопровождались сокращением численности населения как за счёт внутренней, так и международной миграции [3].

Состав трудовых мигрантов в России, по данным многочисленных исследований, отличается значительным разнообразием, что обусловлено как географическим положением страны, так и её историческими и экономическими связями с соседними государствами. Основную часть трудовых мигрантов составляют граждане стран СНГ. Среди них особое место занимают граждане Узбекистана, что связано с экономической ситуацией в стране и сравнительно простым порядком получения разрешения на работу в России. Существенную долю также составляют граждане Таджикистана, что объясняется высоким уровнем безработицы и низкими доходами на родине. Важным фактором является и то, что граждане Киргизии имеют право работать в России без необходимости получения специальных разрешений, что значительно облегчает их трудоустройство. Миграция из Украины приобрела особую динамику в связи с политическими и экономическими изменениями в стране. Кроме того, фиксируется заметное количество мигрантов из Армении, Молдовы, Азербайджана и других государств СНГ [4–7].

Среди граждан дальнего зарубежья в России трудовую деятельность осуществляют мигранты из Китая, Вьетнама и Северной Кореи. Китайские

граждане преимущественно заняты в строительстве, сельском хозяйстве и торговле [8], вьетнамцы - в сфере торговли, общественного питания и лёгкой промышленности [9], тогда как мигранты из Северной Кореи работают главным образом в строительстве и лесной промышленности. При этом их численность в последние годы существенно сократилась в связи с действием международных санкций [10].

Среди иностранных работников также отмечается присутствие граждан стран Восточной Европы, в частности Польши и Болгарии, которые вовлечены в различные отрасли российской экономики. Разнообразие национального состава мигрантов вносит вклад в развитие экономики России, однако одновременно создаёт определённые социальные и культурные вызовы [11–14].

По данным Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, в 2023 году за границу выехали 652 014 трудовых мигрантов, что на 16 % меньше по сравнению с 2022 годом (775 578 человек). Из этого числа 627 028 человек направились в Россию, 18 418 - в Казахстан и 6 568 - в другие страны [15].

Доля женщин среди мигрантов, прибывающих в Россию из разных государств, значительно различается. Согласно данным Росстата за 2019 год, наибольшая доля женщин зафиксирована среди мигрантов из Украины и Молдовы - 59 % и 41 % соответственно. Сравнительно высокие показатели отмечаются и среди граждан Казахстана (35 %) и Киргизии (32 %). В то же время наименьшая доля женщин характерна для мигрантов из Таджикистана, Азербайджана и Узбекистана. По результатам социологических опросов, реальная доля женщин среди трудовых мигрантов выше официальных статистических данных и достигает около 32 %. Это указывает на значительное число женщин, занятых в теневом секторе экономики [16].

Неравенство в состоянии здоровья мигрантов и их доступе к качественным медицинским услугам подтверждается многочисленными международными исследованиями и публикациями глобальных организаций. Особое внимание уделялось перинатальным исходам у женщин-мигрантов в

странах с высоким уровнем дохода, где выявлен повышенный риск неблагоприятных исходов по сравнению с местным населением. Этот факт объясняется совокупностью социальных и экономических факторов, ограниченным доступом к медицинской помощи, а также стрессовыми условиями, сопровождающими процесс миграции [17–18].

Исследования показывают, что женщины-мигранты в России сталкиваются с низким уровнем доходов и трудностями в трудоустройстве, многие из них работают в неформальном секторе экономики, где отсутствуют социальные гарантии и защита. Это ставит женщин-мигрантов в уязвимое положение, что негативно сказывается на их физическом и психоэмоциональном здоровье [19-20].

Вопросы прав мигрантов и их интеграции в российское общество остаются актуальными, поскольку многие женщины сталкиваются с проблемами получения легального статуса, что ограничивает их доступ к социальным услугам и защите, а также увеличивает риск эксплуатации и насилия [21].

Исследования подчеркивают необходимость разработки и внедрения политик, направленных на защиту прав женщин-мигрантов и их интеграцию в российское общество. Это включает в себя улучшение доступа к образованию, правовой помощи и социальным программам поддержки [22].

Несмотря на растущее внимание мировой общественности к вопросам здоровья мигрантов, в России продолжают оставаться пробелы в исследовании перинатального здоровья женщин-мигрантов. Важно отметить, что активная интеграция государственных учреждений с мигрантами и политика, направленная на участие различных слоев общества в социальной жизни, связаны с меньшим риском неблагоприятных материнских и перинатальных исходов в других странах [23].

Однако в России наблюдается недостаточная инфраструктура для выявления и удовлетворения специфических потребностей женщин-мигрантов в области здравоохранения. Представленные данные литературных источников

подтверждают необходимость дальнейших исследований, касающихся состояния здоровья женщин-мигрантов, их репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов в России, где ключевой целью политики в области здравоохранения является обеспечение равного доступа к медицинским услугам.

## **1.2 Понятие психо-эмоционального статуса, состояние психо-эмоциональных характеристик женщин, трудовых мигрантов**

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост транснациональных миграционных потоков, сопровождающийся увеличением доли женщин в структуре международной миграции. В связи с этим, в научной и клинической повестке обостряется вопрос о состоянии психоэмоционального здоровья женщин-мигрантов - категории, находящейся в условиях повышенной психосоциальной уязвимости. Под психоэмоциональным статусом в современном научном дискурсе понимается комплексное функциональное состояние личности, характеризующееся уровнем эмоциональной регуляции, психологического благополучия и устойчивости к стрессовым воздействиям. Оно включает такие компоненты, как тревожность, депрессивные симптомы, когнитивная оценка жизненной ситуации и адаптационные ресурсы. Актуальность изучения данной проблематики обусловлена не только масштабами миграции, но и доказанным вкладом психоэмоциональных расстройств в негативные перинатальные и соматические исходы. Как показывают эмпирические исследования, женщины-мигранты подвержены широкому спектру психических нарушений, обусловленных как предшествующими миграции стрессогенными воздействиями (например, военными конфликтами, бедностью, насилием), так и постмиграционными стрессорами, такими как культурная дезадаптация, социальная изоляция, языковые барьеры и экономическая нестабильность. Среди наиболее часто диагностируемых состояний - депрессия, генерализованное тревожное

расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В частности, согласно данным Schweitzer и соавт. (2018), значительная часть женщин, участвующих в миграции, подвергаются насилию и эксплуатации, что формирует хроническую психоэмоциональную перегрузку. Сопутствующие факторы - низкий уровень социальной поддержки, нестабильность правового статуса, ограниченный доступ к медицинским услугам - создают замкнутый круг психологической дестабилизации [25–27].

Особую роль в смягчении негативных психоэмоциональных последствий играет наличие устойчивых социальных связей и доступ к институтам формальной и неформальной поддержки. Ряд авторов подчеркивает, что семейная, партнёрская и общественная поддержка ассоциированы со снижением уровня тревожности и депрессивных симптомов, в то время как отсутствие подобных ресурсов коррелирует с ростом психопатологической симптоматики [28–32].

С позиций клинической психологии, достоверное определение степени выраженности психоэмоциональных нарушений требует использования стандартизированных и валидизированных инструментов. К числу таковых относятся шкалы Бека (для оценки депрессивной симптоматики и тревожности) и модифицированная российская версия шкалы Спилберга – Ханина (STAI), предназначенная для оценки как ситуативной, так и личностной тревожности. Валидность данных методик подтверждена в ряде мультицентровых исследований, охватывающих различные популяции и клинические подгруппы. Их использование позволяет объективизировать оценку психоэмоционального состояния, прослеживать эффективность интервенций и проводить стратифицированный анализ данных [33–36].

В исследовании Nwoke C.N. и соавт. (2023) была проанализирована распространённость депрессивных и тревожных расстройств среди африканских мигранток, проживающих в Альберте (Канада), в течение двух лет после родов. В исследование включено 120 женщин, оценка психоэмоционального состояния которых проводилась с применением шкал

EPDS-10 (Edinburgh Postnatal Depression Scale) и GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7). EPDS-10 представляет собой стандартизированный скрининговый инструмент для выявления симптомов послеродовой депрессии, рекомендованный ВОЗ, тогда как шкала GAD-7 предназначена для оценки выраженности генерализованного тревожного расстройства. Согласно результатам, симптомы депрессии были выявлены у 27,5% участниц, тревожности - у 12,1%. Существенными факторами риска выступали слабое чувство социальной интеграции и ограниченный доступ к постоянному медицинскому обслуживанию. Напротив, наличие устойчивых социальных связей и доступность медицинской помощи снижали уровень риска. Авторы подчёркивают важность развития культурно-ориентированных и доступных программ психосоциальной поддержки для мигранток в послеродовом периоде [37].

Национальное исследование в Индонезии демонстрирует распространённость психоэмоциональных нарушений у беременных до 12,6% и в послеродовом периоде - 10,1%, при этом к факторам риска отнесены низкий уровень образования, подростковый возраст, бедность, наличие хронических заболеваний и неблагоприятный акушерский анамнез [38].

В исследованиях, проведённых на границе Таиланда и Мьянмы, уровень перинатальной депрессии достигал 38,6% у мигранток и 47,3% у беженок. В качестве детерминант выступали травматизация, бедность, ограниченность доступа к медико-социальным ресурсам и отсутствие социальной поддержки [39–40].

Анализ литературы также выявляет наличие значимых расовых, этнокультурных и лингвистических различий в динамике психологического благополучия в перинатальный период. Например, исследования, сравнивающие афроамериканских и европеоидных женщин, фиксируют расхождения в уровне жизненной удовлетворённости и стрессоустойчивости, что требует разработки этноспецифичных моделей психосоциальной поддержки [41–42].



Серьёзную обеспокоенность вызывает высокая распространённость психических расстройств среди вынужденных мигрантов и беженцев, а также их сопряжённость с употреблением психоактивных веществ. Это подчёркивает необходимость рутинного скрининга психоэмоционального состояния в миграционных сообществах и внедрения программ раннего вмешательства [43]. При этом научная литература указывает на существование выраженных барьеров при доступе к психологической помощи: стигматизация, культурные и гендерные различия в восприятии психических расстройств, дефицит информации и недоверие к медицинским учреждениям [44].

Актуальность культурно чувствительного подхода подтверждается исследованиями, посвящёнными женщинам-мигранткам с высоким уровнем образования и дохода (например, китайки среднего класса в Нидерландах), которые, несмотря на привилегии, демонстрировали высокий уровень стресса, связанный с культурными разрывами в подходах к материнству и отсутствием адекватной поддержки [45].

Дополнительно, в одном из исследований было установлено, что уровень перинатальной депрессии составляет 38,6% среди мигранток и 47,3% среди беженок. При этом показатель полученной и воспринимаемой социальной поддержки значительно выше у мигрантов, что, по мнению авторов, обуславливает необходимость дифференцированного подхода при разработке программ помощи [46].

Следует подчеркнуть, что в Российской Федерации практически отсутствуют исследования, посвящённые психоэмоциональному состоянию женщин-мигрантов в перинатальный период, что указывает на значительный дефицит эмпирической базы и необходимость восполнения данного пробела.

Анализ современных научных источников позволяет утверждать, что психоэмоциональное здоровье женщин-мигранток представляет собой междисциплинарную проблему, находящуюся на пересечении клинической психологии, социальной медицины, миграционных исследований и общественного здравоохранения. Обеспечение доступности медицинской и

психологической помощи, разработка адаптированных программ поддержки и внедрение интервенций, направленных на укрепление стрессоустойчивости, являются ключевыми направлениями повышения качества жизни женщин-мигрантов и улучшения репродуктивных исходов.

### **1.3. Гормональные изменения беременных женщин в условиях стресса**

В последние годы наблюдается возрастающий интерес к изучению психоэмоционального состояния беременных женщин и его взаимосвязи с гормональными изменениями в организме матери и плода, включая гормоны надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса. Данное направление исследований является важной областью медицины, направленной на понимание влияния психоэмоциональных факторов на здоровье матери, внутриутробное развитие плода и разработку эффективных интервенций, способных улучшить исходы беременности [47–48].

Надпочечники играют ключевую роль в реакции организма на стрессовые факторы за счёт секреции основных гормонов - кортизола и адреналина. Ряд исследований показал, что у беременных женщин, подвергающихся значительному стрессу, происходит существенное повышение секреции кортизола, что может неблагоприятно влиять на развитие плода и приводить к различным осложнениям беременности. В частности, исследование 2020 года, опубликованное в журнале “Stress”, выявило связь повышенного уровня кортизола у беременных с увеличением риска преждевременных родов и сниженной массой тела новорождённого. Эти данные подчёркивают необходимость мониторинга уровня стресса у беременных женщин и разработки стратегий его снижения для улучшения акушерских и перинатальных исходов [49–50].

В другом исследовании, проведенном в 2019 году, было показано, что стресс и тревожность матери могут оказывать долговременное влияние на гормональную систему плода, что затрудняет его нормальное развитие. Ученые обнаружили, что хронический стресс у матери ассоциирован с изменениями в

экспрессии генов, отвечающих за стрессовую реакцию у плода, что может иметь долгосрочные последствия для здоровья последнего [51].

В одном крупном научном исследовании, включавшем 196 женщин (средний возраст = 31,44 года), были взяты образцы волос для анализа уровней кортизола и кортизона в два временных интервала: через 1-6 дней после родов и через 12 недель после родов. Результаты показали, что изменения в уровнях кортизола и кортизона во время беременности и после родов играют важную роль в развитии послеродовой депрессии. Продолжительный стресс и отсутствие адекватной социальной поддержки были выявлены как важные факторы риска для послеродовой депрессии. Эти результаты подчеркивают необходимость более глубокого изучения гормональных механизмов, связанных с послеродовой депрессией, а также для разработки более эффективных вмешательств для улучшения психоэмоционального благополучия женщин в послеродовом периоде [52-53].

Гормоны щитовидной железы, такие как тироксин (T4) и трийодтиронин (T3), имеют критическое значение для нормального функционирования метаболизма и развития плода. Дисфункция щитовидной железы во время беременности может привести к серьезным осложнениям, включая преэклампсию, выкидыш и нарушение нормального развития плода. Так, исследование, опубликованное в 2021 году в журнале *Endocrine*, показало, что у женщин с депрессией и тревожностью наблюдаются значительные изменения в уровнях гормонов щитовидной железы. В частности, у женщин с высоким уровнем тревожности был зафиксирован пониженный уровень свободного T4, что указывает на возможное развитие гипотиреоза. Эти данные подтверждают необходимость регулярного мониторинга функции щитовидной железы у беременных женщин с психоэмоциональными расстройствами [54].

Кроме того, исследование, проведенное в 2022 году, продемонстрировало, что психоэмоциональные расстройства у беременных женщин могут оказывать негативное воздействие на функцию щитовидной железы, вызывая гормональный дисбаланс. У женщин с депрессией наблюдался

повышенный уровень тиреотропного гормона (ТТГ), что может указывать на субклинический гипотиреоз. Эти результаты подчеркивают важность комплексного подхода, включающего как психологическую, так и эндокринологическую помощь, для обеспечения здоровья матери и плода [55].

Исследование, проведенное Konstantakou P. и соавторами, было направлено на изучение возможных ассоциаций между функцией щитовидной железы и психоэмоциональными расстройствами, такими как тревожность, депрессия и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), в периоды беременности и после родов. В исследовании приняли участие 93 здоровые беременные женщины, у которых были измерены уровни гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4, Т3) и антител к щитовидной железе (анти-ТПО и анти-Тг) в разные периоды беременности и послеродовом периоде. Психометрическая оценка включала использование валидированных опросников для диагностики симптомов тревожности, депрессии и ОКР. Это исследование выявило важные ассоциации между функцией щитовидной железы и психоэмоциональными симптомами у женщин в периоды беременности и после родов, что подчеркивает необходимость более детального изучения данных взаимосвязей [56].

Отношения между дисфункцией щитовидной железы и послеродовой депрессией остаются недостаточно проработанными и требуют дальнейших исследований. Например, одно исследование направлено на валидацию тиреоидных биомаркеров как предсказателей послеродовой депрессии. Предполагается, что один или несколько тиреоидных маркеров могут предсказать развитие послеродовой депрессии у женщин, а также оказать влияние на тяжесть её течения [57]. Однако другие исследователи ставят под сомнение эту гипотезу, отмечая необходимость дополнительных, более глубоко проработанных исследований [58].

Фето-плацентарный комплекс играет центральную роль в нормальном развитии плода, обеспечивая его необходимыми питательными веществами и гормонами. Психоэмоциональный стресс у матери может существенно

повлиять на функцию плаценты и, как следствие, на здоровье плода. В исследовании, опубликованном в 2019 году в *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, было показано, что высокий уровень стресса и депрессии у матери может привести к изменениям в экспрессии плацентарных гормонов, таких как человеческий хорионический гонадотропин (ХГЧ) и плацентарный лактоген. Эти изменения могут привести к снижению функциональности плаценты, ограничив снабжение плода кислородом и питательными веществами. Результаты подчеркивают необходимость проведения дополнительных исследований с целью разработки эффективных вмешательств для улучшения функции плаценты у женщин с психоэмоциональными расстройствами [59].

Другое исследование, проведенное в 2020 году, показало, что повышенный уровень стресса у матери ассоциируется с изменениями в сосудистой структуре плаценты, что может ухудшить кровоток и привести к гипоксии плода, увеличивая риск задержки внутриутробного развития. Эти данные демонстрируют необходимость дальнейшего изучения воздействия психоэмоциональных факторов на сосудистую функцию плаценты и их влияние на здоровье плода [60].

Эстроген, являясь важнейшим гормоном, регулирующим психоэмоциональное состояние женщин, оказывает значительное влияние на эмоциональное состояние в период беременности. Недавние исследования подтверждают, что колебания уровня эстрогена могут быть связаны с изменениями настроения и развитием психоэмоциональных расстройств у беременных женщин. Например, повышение уровня эстрогена может способствовать улучшению настроения, тогда как его снижение может вызывать депрессию и эмоциональную нестабильность [61].

Низкий уровень эстрогена во время беременности ассоциируется с ухудшением психоэмоционального состояния, включая депрессию, тревожность и раздражительность. Эти симптомы могут быть связаны с нарушением нейрохимической регуляции, включая дисфункцию серотониновой

и дофаминовой систем, что приводит к расстройствам настроения у беременных женщин [62]. В то же время высокие уровни эстрогена могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние, приводя к эмоциональной лабильности и раздражительности, что также требует индивидуального подхода [63].

Исследования последних лет подтвердили связь между низким уровнем эстрогена и психоэмоциональными расстройствами у беременных женщин, что ставит перед медицинскими специалистами задачу разработки методов стабилизации уровня этого гормона для улучшения психоэмоционального состояния женщин в период беременности [64-65].

Прогестерон, обладая важной ролью в регуляции психоэмоционального состояния, также оказывает влияние на настроение и эмоциональное состояние беременных женщин. На основе последних исследований было установлено, что высокий уровень прогестерона способствует улучшению настроения и снижению тревожности, в то время как его дефицит может быть связан с депрессией и повышенной раздражительностью [66-67].

Флуктуации уровня прогестерона в организме беременных женщин могут оказывать существенное влияние на их эмоциональное состояние, что подтверждается исследованиями, указывающими на связь изменений уровней этого гормона с симптомами депрессии и тревожности [68-69]. Введение гормональной терапии для стабилизации уровня прогестерона может помочь в улучшении эмоционального состояния и снижении риска депрессии [70].

Таким образом, гормональные изменения в организме беременных женщин играют ключевую роль в их психоэмоциональном благополучии. Эти изменения тесно связаны с развитием депрессии и других расстройств настроения, что требует дальнейшего изучения и разработки методов диагностики и вмешательства для улучшения психоэмоционального состояния женщин в период беременности [71-72].

Результаты ряда клинических исследований подчеркивают важность учета гормональных изменений в контексте психоэмоциональных расстройств,

таких как депрессия, в перинатальный период, а также необходимость дальнейших научных изысканий для более глубокого понимания этих взаимосвязей и совершенствования диагностики и терапии [73].

Исследования последних пяти лет подтверждают наличие взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием беременных женщин и гормональными изменениями в их организме. Повышенные уровни стресса и тревожности ассоциированы с изменениями в концентрациях гормонов надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса, что может приводить к неблагоприятным исходам беременности. Эти данные подчёркивают необходимость учитывать психоэмоциональный статус женщин при оценке состояния их здоровья и здоровья плода. Дальнейшие исследования в данном направлении необходимы для разработки эффективных интервенционных стратегий, направленных на укрепление психоэмоционального благополучия беременных женщин и снижение рисков для плода [74–75].

#### **1.4. Особенность течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у женщин-мигрантов**

Исследования последних пяти лет подтверждают наличие взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием беременных женщин и гормональными изменениями в их организме. Повышенные уровни стресса и тревожности ассоциированы с изменениями в концентрациях гормонов надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса, что может приводить к неблагоприятным исходам беременности. Эти данные подчёркивают необходимость учитывать психоэмоциональный статус женщин при оценке состояния их здоровья и здоровья плода. Дальнейшие исследования в данном направлении необходимы для разработки эффективных интервенционных стратегий, направленных на укрепление психоэмоционального благополучия беременных женщин и снижение рисков для плода [76–77].

Одним из последних исследований, проведённых в Исландии, стало изучение материнских и перинатальных исходов среди женщин-мигрантов, а также оценка влияния гражданства и уровня индекса человеческого развития страны происхождения на эти исходы. Данные, полученные из Исландского медицинского регистра рождений за период с 1997 по 2018 год, включающие 92 403 родов, показали, что женщины-мигранты, особенно из стран с низким уровнем индекса человеческого развития, сталкиваются с повышенными рисками неблагоприятных исходов. В частности, женщины-мигранты из стран с низким уровнем развития чаще подвергаются экстренным кесаревым сечениям и послеродовым кровотечениям, что подчёркивает необходимость адаптации медицинской помощи для этой группы женщин [78].

Современные научные данные также свидетельствуют о тесной взаимосвязи между уровнем психоэмоционального напряжения у беременных женщин и рисками осложненного течения беременности. Установлено, что хронический стресс, тревожные и депрессивные состояния ассоциированы с преждевременными родами, нарушениями фето-плацентарного кровотока и задержкой внутриутробного развития плода. Особое значение приобретает изучение данных взаимодействий в условиях социальной уязвимости, характерной для миграционной среды [79–81].

Перинатальный период, который охватывает время от беременности до первого года жизни ребенка, является решающим этапом, сопровождающимся значительными физическими и психологическими изменениями для женщины. Тревожность и стресс в этот период могут оказать разрушительное воздействие как на здоровье матери, так и на развитие ребенка. Таким образом, понимание переживаний женщин в этот период становится ключевым фактором для разработки эффективных стратегий поддержки, направленных на улучшение здоровья как матери, так и плода [82].

Комплексный анализ эмпирических данных свидетельствует о том, что женщины мигрантского и беженского происхождения входят в группу повышенного риска неблагоприятных перинатальных исходов, при этом они



демонстрируют статистически значимо более низкий уровень удовлетворённости перинатальными медицинскими услугами по сравнению с местными женщинами. Это подчеркивает необходимость адаптации существующих моделей медицинской помощи, с учётом специфики миграционного статуса, что включает в себя как культурные, так и социальные особенности, а также проблемы, связанные с языковыми барьерами и отсутствием социальной поддержки [83].

В исследовании Niu Z. и соавт. (2025), опубликованном в *Journal of the American College of Cardiology: Advances*, проанализированы траектории артериального давления у 854 беременных женщин, преимущественно мигранток из социально уязвимых групп в Лос-Анджелесе. Установлено, что стабильное, но повышенное систолическое давление без типичного снижения во втором триместре ассоциировано с почти пятикратным риском гипертензии в течение пяти лет после родов. Авторы подчёркивают необходимость динамического мониторинга давления у женщин из миграционных групп [84].

В работе Siddiqui A. и соавт. (2024), опубликованной в журнале *Scientific Reports*, на материале когорты PreCARE ( $n = 9\,579$ ) показано, что женщины, рождённые в странах Африки к югу от Сахары, имеют более чем двукратный риск развития тяжёлой преэклампсии по сравнению с женщинами европейского происхождения. Около 18% риска объясняется ожирением до беременности, что подчёркивает значимость профилактики метаболических нарушений у беременных мигранток [85].

Влияние психоэмоционального статуса матери на нейropsychологическое развитие плода подробно описано в исследовании Racine и соавт. (2022), где установлена корреляция между дородовой тревожностью и когнитивными, эмоциональными и поведенческими показателями новорождённого, что обосновывает необходимость рутинного психосоциального скрининга в дородовом периоде [86].

Артериальная гипертензия в период беременности остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, вызывая

осложнения в 10% всех беременностей. Среди основных видов артериальной гипертензии выделяются хроническая гипертензия, гестационная гипертензия и преэклампсия, которая составляет около 15% всех случаев материнской смертности в мире. Помимо осложнений, возникающих во время беременности, артериальная гипертензия также увеличивает риск послеродовых осложнений, таких как хроническая гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет 2 типа и гиперхолестеринемия. Исследования показали, что распространённость артериальной гипертензии среди женщин мигрантского происхождения в странах с высоким доходом варьируется. Систематическое обзорное исследование и мета-анализ показали, что в целом распространённость артериальной гипертензии среди женщин-мигрантов была ниже, чем среди женщин в общей популяции. В ряде исследований также указано, что риск преэклампсии у женщин-беженок ниже, чем у женщин местного населения. В нескольких исследованиях, проведённых в Норвегии, было установлено, что женщины мигрантского происхождения имели более низкий риск гипертензивных расстройств по сравнению с женщинами местного населения. Подобные данные были получены и в Финляндии, в частности среди таких групп мигрантов, как сомалийцы, курды и русские [87-89].

Исследования подтверждают, что женщины с опытом беженства часто сталкиваются с худшими перинатальными исходами по сравнению с местными жительницами. Это связано с пережитыми травмами, а также с барьерами в доступе к медицинским услугам в странах пребывания. Эти трудности могут усугубить восстановление от травм и ухудшить здоровье. Важно, чтобы подходы к уходу за женщинами в перинатальный период основывались на информированности о травмах и насилии, что поможет преодолеть барьеры в предоставлении медицинской помощи [90].

Женщины-мигранты, находящиеся в периоде беременности или после родов, подвергаются высокому риску ухудшения перинатальных исходов по сравнению с женщинами из принимающих стран. Это связано с наличием множества дополнительных стрессоров, таких как социальная изоляция,

языковые барьеры и дискриминация. В странах с высоким доходом, где принимается большое количество мигрантов, включая вынужденных, мигранты сталкиваются с дополнительными трудностями в перинатальном периоде. Системы материнского ухода в этих странах, хотя и развиты, не всегда отвечают специфическим потребностям женщин-мигрантов. Женщины составляют приблизительно половину международных мигрантов. Беременные женщины-мигранты сталкиваются с многочисленными барьерами в доступе к медицинскому уходу, что увеличивает риск ухудшения их психоэмоционального и физического здоровья. Женщины-мигранты, вынужденные покидать свои страны из-за войн, сталкиваются с дополнительными стрессорами, как предмиграционными, так и постмиграционными, включая дискриминацию и культурные барьеры в акушерской помощи [91-92].

Исследование, проведенное в Канаде по вопросу акушерских и перинатальных исходов у женщин, трудовых иммигрантов показало повышение рисков преждевременных родов, развития синдрома задержки роста плода или крупного плода, мертворождений. Риски неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов у женщин трудовых мигрантов были ниже, чем у женщин беженцев. Эти различия частично объясняются материнскими и иммиграционными факторами. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять эти факторы и информировать о политике, направленной на сокращение различий в состоянии здоровья среди иммигрантов в Канаде [93].

Категории иммиграции трудовых мигрантов могут быть различными: трудовые мигранты и беженцы. Соответственно некоторые показатели неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов в различных категориях мигрантов отличаются. В то же время риск мертворождения, неонатальной смерти и общей младенческой смертности существенно не различается среди групп иммигрантов [94].

В исследование Jairam JA и соавт., 2023 проведено сравнение риска тяжелой неонатальной заболеваемости и смертности женщин трудовых мигрантов, проживающих в городах Канады с не иммигрантами, проживающими на селе с низким доходом. Оказалось, что заболеваемость и перинатальная смертность (49,7 против 65,6 на 1000 живорождений) новорожденных женщин- иммигрантов городских районов с низким доходом имели в целом более низкий риск заболеваемости и смертности, чем у женщин- не иммигрантов, со значительными различиями в зависимости от места рождения матери и продолжительности проживания. Среди иммигрантов риск перинатальной заболеваемости и смертности снижался с более короткой продолжительностью проживания до индексного рождения. Инициативы должны быть направлены на улучшение здоровья до зачатия и перинатального ухода в подгруппах женщин, проживающих в районах с низким доходом [95].

Установлено повышение рисков преэклампсией, гестационного диабета, преждевременных родов и малого веса для гестационного возраста среди беременных женщин мигрантов из Латинской Америки в США. При этом выявлена значительная неоднородность в неблагоприятных исходах беременности и родов среди тех, кто родился в Латинской Америке и странах Карибского бассейна по региону происхождения, особенно среди людей из Мексики, Центральной Америки и Карибского бассейна. Эти результаты подчеркивают важность оценки дезагрегированных данных для решения различных потребностей в беременности и родах различных роженниц, родившихся за границей [96].

В исследовании Jiles и соавт. (2024), основанном на анализе 499 409 родов среди чернокожих женщин в США, была проведена оценка взаимосвязи между страной рождения и риском материнской и перинатальной заболеваемости. Полученные результаты демонстрируют статистически значимое снижение частоты материнских осложнений у женщин, родившихся в США, по сравнению с женщинами, иммигрировавшими в страну. Так, совокупная частота материнской заболеваемости составила 1,1% (4411 из 403

822) в группе женщин, рождённых в США, и 1,7% (1593 из 95 587) в группе мигранток. В то же время, в популяции женщин, рождённых в США, зарегистрирована более высокая частота неблагоприятных неонатальных исходов: вероятность рождения ребёнка с низкой массой тела - отношение шансов (ОШ) 1,62 (95% ДИ: 1,58–1,67), преждевременные роды - ОШ 1,51 (95% ДИ: 1,47–1,55). Таким образом, результаты исследования подчёркивают важность учёта миграционного статуса и страны рождения при оценке рисков беременности и родов у чернокожих женщин. Выявленные различия свидетельствуют о необходимости разработки дифференцированных стратегий медицинского сопровождения, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости среди женщин-мигранток [97].

Женщины–мигранты могут иметь серьезные акушерские осложнения, которые оказывают неблагоприятное воздействие на краткосрочное и долгосрочное здоровье матерей и их потомства. Исследованиями доказано, что повышаются шансы таких осложнений беременности как спонтанный аборт, дородовой разрыв плодных оболочек, маловодие, гестационный сахарный диабет. Повышается риск преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, кесарева сечения, рождения маловесных детей, травм родовых путей, послеродовой анемии ввиду кровотечений [98-99].

Послеродовая депрессия (ПД) является важной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей значительную долю женщин после родов. Механизмы развития ПД до конца не изучены, однако существует несколько моделей, которые объясняют это состояние. Биологическая модель акцентирует внимание на резком снижении уровня гормонов беременности, таких как прогестерон, эстрадиол и кортизол, в послеродовом периоде. Модель снятия гормонов утверждает, что резкое падение уровня гормонов стресса и репродуктивных гормонов в сочетании с нарушением гормональной регуляции может привести к депрессии. Депрессивная модель связывает ПД с дисрегуляцией гормонов стресса, особенно кортизола. В последние годы также рассматривается роль дисрегуляции гипоталамо-гипофизарной оси и

дофаминергической регуляции в развитии ПД. Ранняя диагностика и своевременное лечение являются важнейшими факторами предотвращения негативных последствий этого расстройства. Разработка новых терапевтических средств и улучшение доступности существующих методов лечения представляет собой важнейшие шаги на пути к эффективному управлению ПД [100-104].

Женщины-беженцы, как правило, начинают пренатальный уход позже и имеют меньше визитов к врачу по сравнению с женщинами, рожденными в стране пребывания. Несмотря на эти риски, женщины-беженцы обычно демонстрируют лучшие исходы в материнском здоровье. Группа исследователей пришла к выводу, что существует необходимость в раннем начале пренатального ухода и большем количестве визитов к врачу для женщин-беженцев, а также в сокращении сопротивления акушерским вмешательствам и недоверию к медицинским учреждениям. Эти выводы подчеркивают важные пробелы в существующих исследованиях по материнскому здоровью женщин-беженцев в США, что указывает на необходимость большего внимания к этим малоизученным и недостаточно представленным группам [105].

Исследование Mehra, R et al. подчеркивает, что расистская стигматизация беременности может существенно ухудшить материнские и детские исходы, снижая доступ к качественной медицинской помощи, ресурсам, а также усиливая психологический стресс. Эти данные подчеркивают необходимость внедрения антидискриминационного обучения для медицинских и социальных работников, а также проведения скрининга на предмет расистской стигматизации, что значительно улучшит качество акушерской помощи для женщин в уязвимом положении [106].

Систематический обзор и мета-анализ, охватывающие исследования с 1990 по 2023 год, сравнили материнские исходы среди женщин-мигранток и местных жительниц в странах с высоким уровнем дохода. Исследования показали, что в Европе женщины-мигрантки имеют более высокий риск

тяжёлых материнских исходов по сравнению с местными женщинами, в то время как в США и Австралии такого различия не наблюдается. Эти различия могут быть обусловлены социальными условиями мигранток, языковыми барьерами и отсутствием легального статуса [107].

Обширные исследования подтверждают, что расовые и этнические различия в неблагоприятных исходах беременности сохраняются даже после учета психосоциальных факторов, таких как стресс. Эти данные подчёркивают необходимость дальнейших исследований для понимания механизмов этих различий и разработки вмешательств, направленных на их уменьшение [108].

Перинатальные суициды, которые наблюдаются среди женщин с предшествующими психиатрическими расстройствами, требуют дальнейшего изучения с целью выявления механизмов и разработки эффективных стратегий профилактики и вмешательства [109].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) показала свою эффективность в снижении симптомов перинатальной депрессии, и такие вмешательства могут быть адаптированы к различным условиям и ресурсам, включая краткосрочные формы, что подтверждает необходимость дальнейших исследований для оптимизации КПТ [110-111].

Исследование, проведённое в Норвегии, подчёркивает важность учёта отцовского происхождения в анализе факторов риска неблагоприятных неонатальных исходов. Данные показывают, что дети женщин-мигрантов от иностранных отцов имеют более высокий риск неблагоприятных исходов, таких как преждевременные роды и низкий вес при рождении, что требует целенаправленных стратегий медицинской помощи для мигрантских семей [112].

Обзор существующих научных данных демонстрирует, что женщины-мигранты находятся в группе повышенного риска неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, что обусловлено не только биологическими и физиологическими, но и социальными, культурными и экономическими факторами. Перинатальная депрессия и стрессовые

расстройства оказывают значительное влияние на здоровье матери и ребенка, что требует комплексного подхода к скринингу и лечению. Необходима адаптация медицинской помощи с учётом специфики миграционного статуса, улучшение социальной поддержки и повышение осведомленности медицинских работников. Внедрение междисциплинарных методов и современных технологий может значительно улучшить исходы для женщин-мигрантов и их детей.

### **1.5. Особенности ведения беременности женщин с осложненной беременностью на фоне нарушений психо-эмоционального статуса**

Осложнённое течение беременности на фоне нарушений психоэмоционального статуса у женщин-мигрантов требует дальнейшего изучения для оптимизации подходов к ведению беременных, находящихся в условиях социальной уязвимости. В таких ситуациях женщины нередко сталкиваются с хроническим психоэмоциональным напряжением, правовой нестабильностью и ограниченным доступом к системе здравоохранения. Психоэмоциональные расстройства, включая тревожные, депрессивные и посттравматические состояния в перинатальном периоде, представляют собой одно из центральных направлений клинической и социальной медицины, особенно в отношении женщин, относящихся к группам высокого риска [113–115].

Современные исследования указывают на тесную биопсихосоциальную взаимосвязь между соматическим состоянием беременной и психоэмоциональным статусом. Wallace и соавт. (2022), применяя доклиническую модель индуцированной гестационной гипертензии у лабораторных животных, выявили поведенческие феномены, аналогичные тревожным и депрессивным расстройствам: повышенную неподвижность в тесте принудительного плавания, снижение исследовательского поведения и нарушения пространственного обучения, что подтверждает роль соматического



стресса как медиатора психоэмоциональных нарушений в гестационном периоде [116].

Результаты множества исследований свидетельствуют о том, что высокий уровень уверенности в собственных силах при уходе, наличие социальной поддержки и ощущение социальной принадлежности играют ключевую роль в снижении уровня депрессии и тревожности, являясь важными факторами, обеспечивающими психоэмоциональную устойчивость. В то же время, восприятие ухода как чрезмерного бремени, а также дефицит социальной поддержки, ассоциируются с увеличением риска развития этих расстройств [117]. Исследования также подтверждают, что наличие психических расстройств в анамнезе, отсутствие социальной поддержки и низкий уровень самооценки значительно повышают вероятность развития ПД. Эти выводы подчёркивают важность ранней диагностики и предоставления поддержки женщинам, находящимся в группе риска [118].

Tian M.-L. и соавт. (2023) провели ретроспективное исследование, охватившее 413 892 случая родов в провинции Хэбэй (Китай) за период 2013–2021 гг., с целью оценки влияния политики второго ребёнка (введённой в 2016 году) и возраста матери на перинатальные исходы. Установлено, что после введения политики увеличилась доля женщин старшего репродуктивного возраста ( $\geq 35$  лет), а также частота осложнений беременности: анемии, гестационного сахарного диабета, преэклампсии, преждевременных родов, макросомии и др. Пожилой материнский возраст достоверно ассоциирован с повышенным риском большинства неблагоприятных исходов. Среди женщин-мигрантов особого ухода в дородовом периоде требуют беременные старших возрастных групп [119].

Исследование, опубликованное в журнале RBGO Gynecology & Obstetrics, выявило, что женщины старше 35 лет имеют повышенный риск развития гестационного диабета и раннего начала преэклампсии. Авторы подчёркивают, что возраст матери является независимым фактором риска для этих осложнений беременности. Также отмечается, что пожилой материнский

возраст связан с другими неблагоприятными исходами, такими как выкидыши и внематочная беременность [120].

Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) в своём руководстве отмечает, что женщины в возрасте 35 лет и старше подвержены повышенному риску осложнений беременности, включая гестационный диабет, преэклампсию, дистоцию родов и кесарево сечение. Риск этих осложнений увеличивается с возрастом, особенно у женщин старше 40 лет. ACOG рекомендует дополнительный мониторинг и профилактические меры, такие как приём низких доз аспирина, для снижения риска преэклампсии у женщин с повышенным риском. Эти исследования подчёркивают необходимость системного подхода к перинатальному наблюдению женщин пожилого репродуктивного возраста, включая раннюю профилактику, индивидуализированное наблюдение и повышение доступности прегравидарной подготовки для женщин группы риска [121].

Проблема недостаточной информированности женщин в условиях социальной изоляции и низкого уровня медицинской грамотности освещается в обзоре Correa-de-Araujo и Yoon (2021). Авторы подчёркивают, что отсутствие структурированных программ введения беременности, особенно у женщин старшего возраста, существенно повышает риск психоэмоциональной дестабилизации и акушерских осложнений [122]. Результаты вышеприведенных исследований обосновывают необходимость ранней профилактики и индивидуализированного ведения беременности у женщин группы риска с сочетанием факторов междисциплинарного подхода, учитывающего как медицинские, так и психосоциальные риски.

Социальная поддержка, как подтверждено в исследовании Tian и соавт. (2024), служит важным фактором стабилизации психоэмоционального состояния. Эмоциональная и практическая поддержка со стороны ближайшего окружения ассоциировалась с достоверным снижением уровней тревоги и депрессии у беременных мигранток, тогда как роль информационной поддержки была признана статистически незначимой [123].

В кросс-секционном исследовании Atak M. и соавт. (2023) оценивались уровни тревожности и депрессии у 274 беременных сирийских мигранток в Турции. Диагностика проводилась с использованием валидизированных арабских версий шкал Бека. Несмотря на выраженную социальную уязвимость участниц (низкий уровень образования и доходов), в 99,3% случаев зафиксирован минимальный уровень тревожности, а у 97,1% - отсутствие симптомов депрессии. Более высокие показатели психоэмоциональных расстройств были связаны с курением и определёнными неблагоприятными репродуктивными факторами. Авторы подчёркивают значение оценки психо-эмоционального статуса, социальной поддержки при выявлении нарушений психо-эмоциональных характеристик, доступности медицинских услуг и преодоления языкового барьера как возможных защитных факторов [124].

Системный анализ барьеров к оказанию помощи трудовым мигрантам представлен в обзоре Nyikavaranda и соавт. (2023), где среди основных препятствий указаны стигматизация, гендерные и религиозные ограничения, а также дефицит культурной компетенции медицинского персонала в странах Европы [125].

Сравнительное исследование Heera и соавт. (2024) показало, что среди женщин-беженек уровень послеродовой депрессии значительно превышает аналогичный показатель у местных жительниц (22,5% против 17,5%). Наиболее значимыми предикторами были идентифицированы хронический стресс, предшествующий опыт насилия, бедность, изоляция и дефицит социальной поддержки [126].

В ретроспективном когортном исследовании Wang S. и соавт. (2024) была изучена эффективность сочетания сульфата магния и лабеталола при лечении гестационной гипертензии и сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств. В исследовании участвовали 219 пациенток, из которых у 36,1% выявлены симптомы тревоги и депрессии. Пациентки, получавшие комбинированную терапию, имели статистически значимо более низкие показатели по шкалам EPDS и GAD-7 по сравнению с группой стандартного

лечения, при аналогичном эффекте на артериальное давление. Полученные данные указывают на потенциал данной терапии в улучшении как соматического, так и психоэмоционального состояния при гипертензии беременных, что представляет интерес для комплексного ведения беременных с гипертензией и сопутствующими расстройствами настроения [127].

Gu Z. и соавт. (2024) провели рандомизированное контролируемое исследование, направленное на оценку влияния комбинированной терапии сульфатом магния и лабеталолом у беременных с гестационной гипертензией. Установлено, что данная терапия способствует снижению уровней воспалительных биомаркеров (HMGB1, гомоцистеина, цистатина С), улучшению реологических свойств крови и снижению частоты перинатальных осложнений. Полученные результаты свидетельствуют о дополнительной противовоспалительной и сосудозащитной эффективности комбинированного лечения [128].

Zhuang X. и соавт. (2025) в ретроспективном исследовании с участием 122 женщин с гипертензивными нарушениями беременности показали, что сочетание лабеталола и сульфата магния более эффективно снижает артериальное давление, уменьшает клинические проявления заболевания (включая протеинурию и отёки), а также улучшает показатели фетальной гемодинамики по сравнению с монотерапией. Также отмечено снижение частоты тяжёлых акушерских осложнений, включая отслойку плаценты и неонатальную гипоксию [129].

В крупном когортном исследовании, проведённом в Швеции, оценивались риски гипертензивных расстройств беременности среди женщин первого и второго поколения иммигрантов. Результаты показали, что женщины-иммигрантки в целом имели более низкий риск развития гипертензии во время беременности по сравнению с женщинами шведского происхождения. Однако у женщин, родившихся в Финляндии или имеющих родителей-финнов, риск был выше. Это подчёркивает влияние как генетических, так и социальных факторов на развитие гипертензии во время беременности [130].

В многоцентровом рандомизированном контролируемом исследовании в Великобритании (исследование WILL) изучалось оптимальное время родоразрешения для женщин с хронической или гестационной гипертензией. Хотя исследование не было специально нацелено на мигранток, около 20% участниц составляли женщины из этнических меньшинств, включая мигранток. Результаты показали, что плановое родоразрешение на сроке 38 недель не увеличивало риск неблагоприятных исходов для матери и новорождённого по сравнению с обычным уходом, а также могло снизить частоту кесаревых сечений и преэклампсии. Это исследование предоставляет важные данные для разработки рекомендаций по ведению беременности у женщин с гипертензией, включая мигранток [131].

Эволюционная перспектива психоэмоциональных нарушений у беременных представлена в концепции Trevathan и соавт. (2022), рассматривающих тревогу и депрессию как адаптивные механизмы реагирования на социальную неблагоприятную среду, требующие системной поддержки, а не исключительно фармакотерапевтической коррекции [132].

Особое значение приобретает ведение беременности у женщин с опытом вынужденной миграции. В исследовании среди 115 женщин, эвакуированных с территории активных боевых действий, выявлены выраженные тревожные реакции, коррелирующие с гипертензивными нарушениями родовой деятельности и увеличением частоты акушерских травм. Полученные данные подчёркивают роль психоэмоционального нарушения как триггера акушерских осложнений [133].

В систематическом обзоре, опубликованном в журнале *Frontiers in Global Women's Health*, проанализированы данные о влиянии ограниченного доступа к дородовому уходу на беременность у женщин-нелегальных мигранток в Европе. Результаты показали, что такие женщины сталкиваются с повышенным уровнем тревожности и стрессом, что коррелирует с увеличением частоты неблагоприятных исходов беременности, включая гипертензивные расстройства и акушерские травмы. Авторы подчёркивают необходимость

разработки политик, обеспечивающих доступ к качественной медицинской помощи для этой уязвимой группы [134].

В комментарии, опубликованном в *The Lancet Public Health*, обсуждается влияние вынужденной миграции и травматического опыта на психическое здоровье женщин в перинатальный период. Авторы отмечают, что женщины, пережившие насилие, переселение и другие формы травмы, имеют повышенный риск развития тревожных и депрессивных расстройств, что может способствовать возникновению гипертензивных осложнений во время беременности и родов. Статья подчёркивает необходимость интеграции психосоциальной поддержки в программы дородового ухода для мигранток [135].

В исследовании (2024), опубликованном в *Wellcome Open Research*, проведён вторичный качественный анализ данных 32 беременных женщин, проживающих на границе Таиланда и Мьянмы, у которых была диагностирована устойчивая антенатальная депрессия. Выявлены ключевые факторы, способствующие развитию депрессии: финансовые трудности, межличностное насилие, злоупотребление психоактивными веществами партнёрами, социальная изоляция и проблемы со здоровьем. Защитными факторами выступали социальная поддержка, доступ к медицинской помощи и отвлекающие занятия. Авторы подчёркивают необходимость разработки культурно адаптированных диагностических инструментов для выявления и поддержки психического здоровья в уязвимых миграционных сообществах [136].

В систематическом обзоре, опубликованном в *Social Science & Medicine* (2024), проанализированы 47 исследований, посвящённых эффективности и экономической целесообразности моделей акушерской помощи для женщин мигрантского и беженского происхождения в странах с высоким уровнем дохода. Обзор выявил, что участие сообщества и заинтересованных сторон в реализации моделей ухода положительно влияет на перинатальные исходы, снижает медицинские вмешательства, улучшает непрерывность ухода,

повышает уровень здоровья и грамотности, а также способствует социальной поддержке и чувству принадлежности. Однако авторы отмечают необходимость стандартизации методов оценки и проведения дополнительных экономических исследований для обоснования ресурсного распределения [137].

Исследование Modzelewski S et al., проведённое с целью оценки факторов, влияющих на частоту и проявления послеродовой депрессии (ПД), подчеркивает, что социально-экономический статус, культурные различия и доступ к медицинским услугам оказывают значительное влияние на развитие этого расстройства. Литературные данные подтверждают, что послеродовая депрессия является многофакторным расстройством, в котором как личные, так и социальные ресурсы играют важную роль. Эффективное ведение и лечение беременных женщин-мигрантов с ПД требует комплексного подхода, учитывающего индивидуальные и культурные особенности женщин, а также необходимость предоставления адекватной социальной поддержки и медицинской помощи. Важным аспектом является также информированность медицинских работников о симптомах ПД, что способствует ранней диагностике и своевременному вмешательству [138-139].

Несмотря на наличие системы медицинского страхования, мигрантки в развитых странах продолжают испытывать более выраженное психоэмоциональное давление. Это подтверждено данными Heller и соавт. (2022), согласно которым женщины-мигрантки в Нидерландах демонстрировали более высокий уровень депрессивных симптомов и частоту госпитализаций [140].

Современные исследования, проведённые в условиях пандемии COVID-19, демонстрируют высокий уровень психоэмоциональных нарушений среди беременных женщин, особенно в социально уязвимых и миграционных группах. Согласно систематическим обзорам и метаанализам (Wondmeneh et al., 2024; Demissie & Bitew, 2021), значительная доля беременных женщин испытывала депрессию (до 24,7%) и тревожность (до 35,2%), а также выраженные симптомы стресса. Наиболее значимыми предикторами

психоэмоциональных расстройств являлись незапланированная беременность, низкий уровень социальной поддержки, неблагоприятный брачный статус и наличие насилия со стороны партнёра. Аналогичные выводы представлены в эмпирическом исследовании Iliska et al. (2022), где более трети беременных женщин сообщили о умеренной или выраженной тревожности, связанной с пандемическим дистрессом и психической уязвимостью в анамнезе. Обобщённые данные подчёркивают критическую необходимость интеграции психологической оценки и адресной психосоциальной помощи в систему дородового наблюдения, особенно в периоды глобальных кризисов. Введение таких интервенций должно рассматриваться как приоритетная мера в охране психического и репродуктивного здоровья беременных женщин [141-143].

В проспективном когортном исследовании, реализованном в Нидерландах (Heller et al., 2022), установлено, что женщины с миграционным фоном имели более чем в три раза повышенный риск развития ГСД по сравнению с женщинами коренного населения. Более того, данная группа характеризовалась достоверно более высоким уровнем депрессивной симптоматики, оцененной по шкале EPDS, а также увеличенной частотой госпитализаций в связи с акушерскими осложнениями, что подчёркивает влияние психоэмоциональных факторов на течение беременности в данной популяции [144].

В исследовании LeBrón A.M.W. и соавт. (2025), опубликованном в *American Journal of Community Psychology*, изучалось влияние процессов расовой стигматизации на выраженность депрессивных симптомов у беременных женщин мексиканского происхождения, проживающих в США. На основании анализа продольных данных установлено, что восприятие социальной отчуждённости, дискриминации и социальной изоляции достоверно ассоциировано с более высоким уровнем депрессии в антенатальный период. Особенно уязвимыми оказались женщины с ограниченным знанием английского языка и низким уровнем социальной поддержки. Авторы подчёркивают необходимость интеграции социально чувствительных подходов



в систему перинатального наблюдения мигранток, включая тех, кто имеет соматические осложнения беременности, такие как гестационный диабет [145].

Современные данные свидетельствуют о сложной взаимосвязи между гестационным сахарным диабетом (ГСД), миграционным статусом и психоэмоциональным благополучием беременных женщин. Исследования последних лет подчёркивают, что женщины-мигрантки демонстрируют как повышенную уязвимость к развитию ГСД, так и выраженные проявления тревожных и депрессивных состояний в период гестации. В кросс-секционном исследовании Kotzaeridi et al. (2023), проведённом в рамках многоэтнической европейской когорты (Frontiers in Public Health), установлено, что наибольший риск развития ГСД наблюдается у женщин, происходящих из стран Ближнего Востока, Северной Африки и Азии. Такая ассоциация, по мнению авторов, обусловлена сочетанием повышенной частоты инсулинорезистентности и избыточной массы тела уже в ранние сроки гестации, что диктует необходимость проведения теста на толерантность к глюкозе [146].

Качественные исследования Hjelm и соавт. (2021, 2022), реализованные в Швеции (BMC Pregnancy and Childbirth; Primary Health Care Research & Development), углубляют понимание барьеров, с которыми сталкиваются мигрантки после постановки диагноза ГСД. Было выявлено недостаточное осознание долгосрочных последствий заболевания и ограниченное понимание необходимости соблюдения терапевтических рекомендаций. Вместе с тем, при наличии культурно адаптированной образовательной и консультативной поддержки наблюдалась положительная динамика в формировании ответственного отношения к контролю за заболеванием [147-148].

Сходные выводы представлены в работе Bandyopadhyay (2021), выполненной в Австралии (BMC Pregnancy and Childbirth), где подчёркивается значимость учёта этнокультурных различий при предоставлении медицинской помощи. Женщины из Южной Азии сообщали о трудностях в интерпретации клинических рекомендаций, обусловленных как языковыми барьерами, так и расхождениями, между предписаниями системы здравоохранения и

традиционными практиками. В этой связи подчёркивается необходимость внедрения индивидуализированных моделей перинатального сопровождения, с участием культурных посредников и использованием материалов, адаптированных к конкретному социокультурному контексту [149].

Результаты исследования Grinberg и Yisaschar-Mekuzas (2024) также подтверждают наличие тесной связи между гестационным диабетом и ухудшением психического здоровья: женщины с диагнозом ГСД демонстрировали существенно более высокие уровни тревожности, депрессии и перинатального стресса по сравнению с клинически здоровыми беременными. Эти данные свидетельствуют о необходимости внедрения специализированных психосоциальных интервенций в программы ведения беременных с нарушениями углеводного обмена [150].

Анализ совокупных данных свидетельствует о необходимости разработки и внедрения интегрированной модели ведения беременности у женщин-мигранток, осложнённой гестационным сахарным диабетом и психоэмоциональными расстройствами. Данная категория пациенток представляет собой клинически и социально уязвимую группу, требующую междисциплинарного подхода, включающего раннюю идентификацию факторов риска, проведение скрининга психических нарушений, культурно адаптированное консультирование, а также интеграцию акушерской, психиатрической и социальной помощи. Важным компонентом такой модели является устойчивое взаимодействие с институтами гражданского общества, религиозными и миграционными организациями. Комплексное сопровождение женщин в антенатальном и постнатальном периодах позволяет не только снизить частоту перинатальных осложнений, но и укрепить систему охраны репродуктивного и психического здоровья в условиях социокультурной нестабильности.

**Заключение** проведённого анализа подчёркивает необходимость учитывать специфические потребности и социокультурные особенности женщин мигрантского происхождения при организации перинатальной

помощи. Для улучшения материнских и перинатальных исходов в данной группе требуется адаптация медицинских услуг с учётом факторов, связанных с доступом к системе здравоохранения, процессами интеграции в принимающее общество и культурной идентичностью пациенток. Особое значение имеет психоэмоциональное состояние беременных женщин, включая тревожность и стресс, обусловленные социальными ожиданиями, культурными нормами и уровнем поддержки в перинатальный период. Результаты международных исследований демонстрируют значительные различия в частоте тяжёлых материнских исходов между мигрантками и местными жительницами в странах с высоким уровнем дохода. Эти различия могут определяться как особенностями принимающей системы здравоохранения, так и страной происхождения женщин. Указанные факторы подчёркивают необходимость дальнейшего изучения детерминант и механизмов, лежащих в основе выявленных неравенств в репродуктивном здоровье.

Будущие научные исследования должны опираться на стандартизированные (гармонизированные) определения тяжёлой материнской заболеваемости и учитывать широкий спектр социально-структурных факторов, включая расовую и этническую принадлежность, правовой (административный) статус мигранток, уровень образования и степень экономической уязвимости. Такой комплексный подход позволит разрабатывать более точные и эффективные меры, направленные на снижение неравенства в области материнского здоровья и обеспечение равного доступа женщин к качественным перинатальным услугам.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Материал и объект исследования

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

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

Критерии включения обследованных групп женщин представлены в таблице 2.1

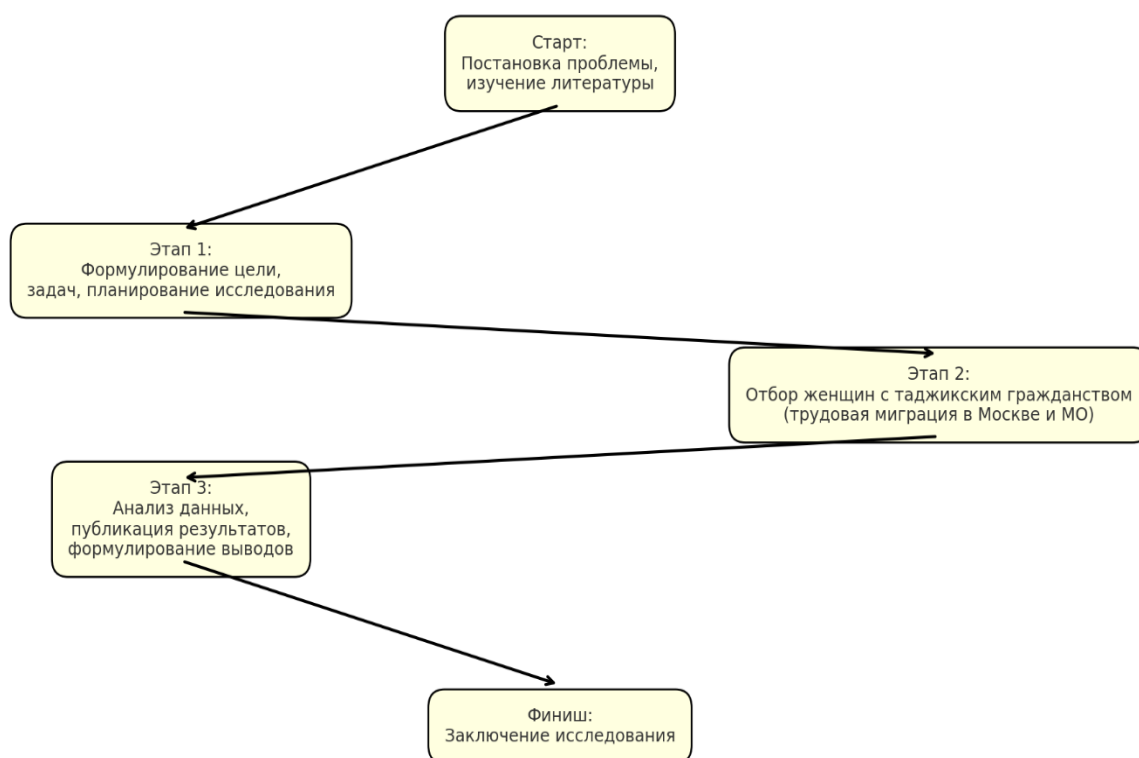
**Таблица 2.1. - Критерии включения обследованных групп женщин**

Критерий включения	Основная группа	Группа сравнения
Возраст	репродуктивный	репродуктивный
Беременность	с ранних сроков	с ранних сроков
Гражданство	таджикское	таджикское
Статус	трудовой мигрант	трудовой мигрант
	дородовое медико-психологическое сопровождение	без дородового медико-психологического сопровождения

Критериями исключения для обеих групп обследованных женщин служили экстрагенитальные заболевания, такие как сахарный диабет и врождённые или приобретённые пороки сердца.

Для основной группы дополнительным критерием исключения являлось наличие российского гражданства. Для группы сравнения критерием исключения выступал статус трудового мигранта без гражданства Российской Федерации.

В ходе выполнения исследования этапы работы были выстроены в логической последовательности, представленной на рисунке 2.1. Исследование началось с анализа актуальности проблемы и обзора литературных источников, после чего были сформулированы цель, задачи и составлен план исследования.



**Рисунок 2.1. – Этапы проведения исследования диссертационной работы**

Следующим этапом стал отбор участниц - женщин с гражданством Таджикистана, находившихся в трудовой миграции в Москве и Московской

области. Завершающий этап включал анализ полученных данных, их публикацию и формулирование основных выводов. Логика исследования представлена в виде «дорожной карты», что обеспечивает наглядное отображение этапов научной работы.

## **2.2. Методы исследования**

### **2.2.1. Общеклиническое обследование женщин**

Общеклиническое обследование женщин, включённых в исследование, проводилось в соответствии с общепринятыми принципами клинической практики. При сборе анамнеза особое внимание уделялось сведениям о ранее перенесённых заболеваниях, включая новую коронавирусную инфекцию, характеристике менструальной функции, репродуктивном анамнезе (число беременностей, родов и абортов), а также наличию перенесённых гинекологических заболеваний.

Расчёт индекса массы тела (ИМТ) осуществлялся по формуле Кетле (1869 г.), согласно которой индекс определяется как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах ( $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$ ). Интерпретация значений ИМТ проводилась в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): нормальным считался индекс в диапазоне от 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup>; показатели от 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> соответствовали избыточной массе тела; ИМТ от 30,0 до 34,9 кг/м<sup>2</sup> расценивался как ожирение I степени, от 35,0 до 39,9 кг/м<sup>2</sup> - как ожирение II степени, а значения 40,0 кг/м<sup>2</sup> и выше - как ожирение III степени.

Измерение артериального давления (АД) осуществлялось с использованием механического тонометра, с соблюдением стандартных требований: в состоянии покоя, после не менее чем 5-минутного отдыха. Целевыми считались значения систолического давления ниже 140 мм рт. ст. и диастолического давления ниже 90 мм рт. ст., полученные при двух независимых измерениях с интервалом не менее четырёх часов у ранее нормотензивных женщин. В случаях регистрации уровней артериального

давления 140/90 мм рт. ст. и выше диагностировались гипертензивные расстройства беременности.

### **2.2.2. Акушерское исследование**

Акушерское обследование беременных женщин проводилось в соответствии с общепринятыми клиническими стандартами и включало комплекс мероприятий, направленных на оценку состояния плода и особенностей течения беременности.

Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ) выполнялось с помощью сантиметровой ленты при положении женщины лёжа на спине и опорожнённом мочевом пузыре. Показатель ВДМ определялся как расстояние от верхнего края лобкового симфиза до наиболее выступающей точки дна матки вдоль средней линии живота и сопоставлялся с гестационным сроком. Это позволяло выявлять возможные отклонения в развитии плода, такие как задержка роста, многоводие или маловодие.

Положение плода определялось посредством наружного акушерского исследования с применением приёмов Леопольда–Левицкого. Устанавливалось продольное, поперечное или косое положение плода; нормальным считалось совпадение продольной оси плода с осью матки. Предлежащая часть определялась пальпацией нижнего сегмента матки: головка (головное предлежание) либо тазовый конец (тазовое предлежание). При головном предлежании дополнительно уточняли его разновидность (затылочное, лобное или лицевое) по расположению наиболее низко стоящей части головки.

Аускультация сердцебиения плода проводилась акушерским стетоскопом через переднюю брюшную стенку в положении женщины лёжа на спине или на боку. Сердечные тоны выслушивались в точке их наилучшей слышимости, которая определялась в зависимости от положения и предлежания плода. Частота сердечных сокращений фиксировалась в ударах в минуту; нормальным считался диапазон от 110 до 160 ударов в минуту.

Все данные, полученные при акушерском обследовании, вносились в индивидуальную карту беременной женщины для последующего анализа в рамках исследования.

Диагностика угрозы преждевременных родов в рамках настоящего исследования осуществлялась в соответствии с утверждёнными Клиническими рекомендациями «Преждевременные роды» (2024), разработанными Российским обществом акушеров-гинекологов и одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России. При диагностическом обследовании оценивались анамнестические факторы риска, включая наличие преждевременных родов или поздних выкидышей в анамнезе, многоплодную беременность, инфекционные заболевания мочеполовой системы и хирургические вмешательства на шейке матки. Физикальное обследование включало осмотр шейки матки в стерильных зеркалах для выявления признаков воспалительных изменений, подтекания околоплодных вод и оценки состояния цервикального канала. Дополнительно проводилась ультразвуковая цервикометрия с измерением длины шейки матки; при длине шейки менее 25 мм риск преждевременных родов расценивался как высокий. Клиническими критериями угрозы преждевременных родов служили наличие регулярных схваткообразных болей внизу живота в сочетании с изменениями шейки матки, выявляемыми при осмотре и ультразвуковом исследовании, при отсутствии признаков активной родовой деятельности. В случаях начавшихся преждевременных родов диагностировались регулярные маточные сокращения на фоне прогрессирующего раскрытия шейки матки, начиная с открытия более 4 см. Все диагностические мероприятия в соответствии с Клиническими рекомендациями «Преждевременные роды» (2024), согласно которым преждевременные роды классифицируются в зависимости от срока гестации на несколько категорий. Экстремально ранними преждевременными родами считаются роды, произошедшие на сроке от 22<sup>0/7</sup> до 27<sup>6/7</sup> недель беременности. Данный период характеризуется высокой перинатальной смертностью и значительной частотой тяжёлых осложнений у новорождённых.



Очень ранние преждевременные роды регистрируются на сроке от 28<sup>0/7</sup> до 31<sup>6/7</sup> недель и сопряжены с риском тяжёлой респираторной недостаточности, а также необходимостью длительной госпитализации новорождённых в отделениях интенсивной терапии. Умеренно ранние преждевременные роды происходят на сроке от 32<sup>0/7</sup> до 33<sup>6/7</sup> недель беременности. При своевременном специализированном уходе прогноз для таких новорождённых относительно благоприятный, однако сохраняется вероятность развития респираторных и неврологических осложнений. Поздними преждевременными родами принято считать роды, имевшие место на сроке от 34<sup>0/7</sup> до 36<sup>6/7</sup> недель. Несмотря на более благоприятный прогноз по сравнению с другими группами, у новорождённых, появившихся в этот период, отмечается повышенная частота дыхательных расстройств, гипогликемии, гипербилирубинемии и нарушений терморегуляции. Кроме того, преждевременные роды подразделяются по механизму возникновения на самопроизвольные и индуцированные. Самопроизвольные преждевременные роды происходят вследствие спонтанного начала родовой деятельности без медицинского вмешательства, тогда как индуцированные роды инициируются искусственно по медицинским показаниям при наличии угрозы для здоровья матери или плода. В структуре преждевременных родов также выделяют случаи, осложнённые преждевременным разрывом плодных оболочек, что требует особого подхода к диагностике и ведению беременности [151].

Диагностика гипертензивных расстройств у пациенток, включённых в настоящее исследование, проводилась в соответствии с положениями Клинических рекомендаций «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» (2021), разработанными Российским обществом акушеров-гинекологов и утверждёнными Минздравом России. На этапе скрининга и диагностики осуществлялось измерение артериального давления (АД) с соблюдением стандартных требований: в состоянии покоя, после 5-минутного отдыха, на обеих руках, с использованием манжет, соответствующих

окружности плеча. Классификация гипертензивных расстройств у беременных осуществлялась согласно принятым стандартам, включая выделение хронической артериальной гипертензии (ХАГ), гестационной гипертензии (ГАГ), преэклампсии, эклампсии, а также преэклампсии, наложившейся на ранее существовавшую ХАГ. Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) диагностировалась при впервые выявленном повышении АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. после 20 недель беременности при отсутствии значимой протеинурии ( $< 0,3$  г/л). Преэклампсия (ПЭ) определялась при повышении АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. после 20 недель гестации в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г/сутки либо наличием признаков полиорганной недостаточности. Диагностика тяжёлой ПЭ основывалась на критериях: АД  $\geq 160/110$  мм рт. ст., выраженная протеинурия ( $> 5$  г/сутки), развитие церебральных или зрительных нарушений, нарушение функций печени или почек, тромбоцитопения ( $< 100\ 000$ /мкл) или задержка роста плода. Лабораторная диагностика включала анализы мочи на содержание белка (суточная протеинурия и альбумин/креатинин-индекс), биохимический анализ крови (определение уровня креатинина, мочевой кислоты, АЛТ, АСТ, билирубина), исследование коагулограммы, оценку уровня тромбоцитов и общего гемоглобина. Дополнительно использовалась классификация ПЭ на раннюю (дебют до 34 недель) и позднюю (дебют после 34 недель) формы в зависимости от срока возникновения клинических проявлений. Все диагностические мероприятия проводились в строгом соответствии с утверждёнными стандартами клинической практики, с обязательным учётом динамики состояния матери и плода [152].

### **2.2.3. Общеклинические лабораторные исследования**

В рамках настоящего исследования всем пациенткам проводились стандартные общеклинические лабораторные исследования, включавшие общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, а также определение уровней фибрина и фибриногена.

Общий анализ крови выполнялся с использованием автоматического гемоанализатора «Mindray I BC-5150». Определялись ключевые показатели:

уровень гемоглобина, количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Для измерения концентрации гемоглобина применялся гемоглобинцианидный метод с использованием аппарата «Мини Гем». Результаты анализа позволяли выявлять анемические состояния, воспалительные процессы, септические изменения, а также нарушения системы гемостаза, включая предрасположенность к тромбообразованию.

Общий анализ мочи также проводился с применением автоматического анализатора и включал комплексную оценку физико-химических свойств: цвет, прозрачность, удельный вес, наличие белка, глюкозы, билирубина и кетоновых тел. Дополнительно выполнялась микроскопия мочевого осадка с определением количества эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, цилиндров, бактерий и дрожжевых грибов.

Показатели состава мочи рассматривались как важный диагностический критерий функционального состояния почек. С учётом того, что, моча на 96 % состоит из воды, а оставшиеся 4 % представлены азотистыми продуктами белкового обмена, её исследование позволило судить о состоянии метаболических процессов в организме.

Биохимическое исследование крови включало определение концентраций креатинина и мочевины, что позволяло осуществить объективную оценку функции выделения почек. Креатинин, являющийся метаболитом креатина, измеряли в свежеприготовленной сыворотке крови с применением фотометрического метода. Нормальные значения концентрации креатинина в сыворотке крови женщин составляют 42–80 мкмоль/л. Мочевину, как конечный продукт обмена белков, определяли количественно с использованием фотометрического метода, с нормальными уровнями в пределах от 2,6 до 6,7 ммоль/л. Концентрацию общего билирубина в сыворотке крови определяли с использованием метода Ендрассика–Грофа. Для анализа образцы венозной крови сохранялись в условиях, исключающих воздействие света, что предотвращало возможное изменение результатов. После подготовки сыворотки и доведения реагентов до рабочей температуры строился

калибровочный график, на основе которого фотоколориметрическим методом определялась концентрация билирубина. Нормальные значения общего билирубина у женщин без патологий варьируются от 0,5 до 20,5 мкмоль/л. Активность печеночных ферментов, таких как аланинаминотрансфераза (АлАТ) и аспартатаминотрансфераза (АсАТ), определялась с использованием фотоколориметрического метода, который является стандартом для точной количественной оценки этих биохимических маркеров. АлАТ, как высокоспецифичный маркер паренхиматозных поражений печени, особенно повреждений гепатоцитов, в норме не превышал 31 Ед/л у женщин. В свою очередь, АсАТ, являясь внутриклеточным ферментом, участвующим в обмене аминокислот и локализующимся в различных тканях организма, демонстрирует нормальное значение до 32 Ед/л. Значительное повышение активности данных ферментов обычно интерпретируется как возможное свидетельство развития патологических процессов не только в печени, но и в других органах. Оценка состояния системы гемостаза была осуществлена путем определения уровней фибрина и фибриногена. Эти параметры имеют решающее значение для своевременного выявления как гиперкоагуляционных состояний, так и рисков развития кровотечений. Оценка этих показателей позволяет адекватно мониторировать состояние пациента, особенно в контексте беременности, что крайне важно для оптимального планирования акушерской тактики и предотвращения осложнений, связанных с нарушениями коагуляции и гемостаза.

#### **2.2.4. Иммуноферментный метод определения уровня гормонов в сыворотке крови**

Для получения объективных данных о функциональном состоянии фетоплацентарного комплекса и нейроэндокринной регуляции гестационного процесса всем участницам исследования был проведён анализ гормонального профиля.

В лабораторном этапе определялись сывороточные уровни плацентарного лактогена (ПЛГ), прогестерона, эстриола и кортизола - ключевых биомаркеров,

отражающих эндокринную активность плаценты, состоятельность лютеиновой фазы и степень активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Забор венозной крови осуществлялся натощак, в утренние часы (с 8:00 до 10:00), что позволяло минимизировать влияние суточных колебаний гормонального ритма. У каждой пациентки брали 5 мл венозной крови из кубитальной вены верхней конечности в вакуумную пробирку без антикоагулянтов. Образцы незамедлительно центрифугировались при 3000 об/мин в течение 10 минут для отделения сыворотки. Полученную сыворотку распределяли по микропробиркам и замораживали при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$  до момента анализа, что обеспечивало сохранность её аналитических свойств.

Количественное определение концентрации ПЛГ, прогестерона, эстриола и кортизола проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА), который является одним из наиболее чувствительных и воспроизводимых методов лабораторной диагностики в клинической эндокринологии. Принцип ИФА основан на специфическом взаимодействии антигена (анализируемого гормона) с комплементарным антителом, меченным ферментом. Результатом реакции является образование иммунного комплекса «антиген–антитело–фермент», количество которого пропорционально оптической плотности раствора, измеряемой фотометрически при заданной длине волны. В зависимости от специфики набора, использовались прямые и конкурентные варианты иммуноферментного теста, что позволяло добиться высокой точности при определении как высокомолекулярных, так и низкомолекулярных соединений. Для всех анализов применялись стандартизированные коммерческие тест-системы, прошедшие государственную регистрацию и валидацию в рамках системы внутреннего и внешнего лабораторного контроля качества. Методики и процедуры выполнения анализов соответствовали рекомендациям производителя и протоколам, утверждённым нормативными документами, регулирующими проведение биохимических исследований в клинической практике. Валидация включала оценку чувствительности, специфичности, вариабельности и погрешности анализа, что обеспечивало

надёжность и воспроизводимость получаемых данных. Полученные гормональные показатели были подвергнуты статистической обработке с целью определения межгрупповых различий, а также изучения ассоциативных взаимосвязей с клинико-анамнестическими характеристиками, данными ультразвуковой и доплерометрической диагностики. Особое внимание уделялось оценке уровня ПЛГ как интегрального маркера плацентарной функции, прогестерона - как регулятора миометрия и трофобластической инвазии, эстриола - как индикатора фетоплацентарного метаболизма, и кортизола - как гормона стресса и индикатора активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. В гестационном периоде 33–34 недели референтное значение уровня прогестерона составляет  $112,45 \pm 6,68$  нмоль/л. Концентрация плацентарного лактогена в сроках беременности 31–34 недели колеблется в пределах 3,2–10,1 мг/л. Уровень эстриола в период с 32-й по 36-ю неделю беременности находится в физиологических границах от 8,0 до 42,0 нмоль/л. Содержание кортизола в крови беременных женщин в интервале между 30-й и 34-й неделями составляет от 5,1 до 25,3 нг/мл.

Таким образом, комплексная гормональная диагностика, выполненная с использованием современных методов ИФА, позволила получить объективные данные о состоянии эндокринной регуляции беременности у женщин основной и сравнительной групп. Эти данные легли в основу патогенетического анализа выявленных осложнений и способствовали формированию обоснованных выводов о роли гормонального дисбаланса в структуре акушерской патологии у женщин трудовых мигрантов.

#### **2.2.5. Бактериологическое исследование на инфекции, передающиеся половым путём**

С учётом высокой распространённости урогенитальных инфекций в популяциях с миграционным фоном и их значимого влияния на течение беременности и перинатальные исходы, в рамках настоящего исследования проводилась бактериологическая и молекулярно-генетическая диагностика ИППП у части беременных женщин основной группы. Обследованию

подвергались не все участницы, а только те, у которых отмечались клинические жалобы, анамнестические данные о ранее перенесённых урогенитальных инфекциях, случаи отягощённого акушерского или перинатального анамнеза (преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит, инфекции новорождённых и др.), либо подтверждённые ИППП у полового партнёра.

Забор биологического материала проводился в гинекологическом кресле с соблюдением всех правил асептики и антисептики, до выполнения любых влагалищных вмешательств или начала лечения. Использовались стерильные зондовые щётки и одноразовые шпатели. Материалом служили отделяемое из цервикального канала, влагалища и, при необходимости, уретры. Полученные образцы помещались в транспортные среды в зависимости от планируемого метода исследования (бактериологический посев или ПЦР) и доставлялись в лабораторию в кратчайшие сроки при соблюдении температурного режима.

Бактериологическое исследование включало посев на универсальные и селективные питательные среды с целью идентификации широкого спектра бактериальных и грибковых возбудителей. В перечень патогенов входили *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*, а также анаэробная флора, характерная для бактериального вагиноза. Инкубация проводилась в термостатах при температуре 36–37 °С с созданием необходимых условий (аэробных, микроаэрофильных и анаэробных) в течение 24–72 часов. Морфологическая идентификация колоний выполнялась методом микроскопии мазков, окрашенных по Грамму, с последующей оценкой биохимических и культуральных свойств микроорганизмов. Определение антибиотикочувствительности проводилось методом дискодиффузии или серийных разведений согласно международным стандартам EUCAST и CLSI.

Методы молекулярной биологии (ПЦР-диагностика) применялись в случаях, когда бактериологического посева было недостаточно для верификации возбудителя либо при подозрении на хроническое или латентное

течение инфекции. ПЦР-анализ основывался на амплификации специфических фрагментов ДНК возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*). Использовались сертифицированные наборы real-time ПЦР с внутренним контролем реакции, что исключало риск ложноотрицательных результатов. Применение мультиплексных панелей позволило одновременно выявлять несколько патогенов в одном образце.

ПЦР-исследования выполнялись в лаборатории с системой физического зонирования для этапов экстракции, амплификации и постамплификационного анализа, с обязательным использованием положительных и отрицательных контролей. Чувствительность метода составляла не менее 1000 копий ДНК/мл, что обеспечивало высокую надёжность диагностики даже при низкой бактериальной нагрузке.

Интерпретация результатов ПЦР проводилась в совокупности с клиническими данными, анамнезом и результатами других лабораторно-инструментальных исследований. Особое значение имело выявление *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* и микоплазменных инфекций, поскольку именно они часто связаны с преждевременным излитием околоплодных вод, хориоамнионитом и внутриутробным инфицированием плода.

Согласно литературным данным, хроническое носительство или персистенция указанных патогенов может протекать длительно и субклинически, проявляясь лишь на фоне гормональных изменений и физиологической иммуносупрессии при беременности. Результаты проведённого исследования позволили выявить спектр наиболее значимых инфекционных возбудителей у женщин с осложнённым акушерским анамнезом и оценить их возможную патогенетическую роль в развитии перинатальных осложнений.

Таким образом, комплексное бактериологическое и молекулярное обследование, проведённое в целевой подгруппе беременных женщин



трудовых мигрантов, позволило не только выявить латентные и манифестные формы урогенитальной инфекции, но и оценить микробиологические факторы риска, ассоциированные с патологическим течением беременности. Полученные данные легли в основу анализа взаимосвязей между ИППП и основными клинико-акушерскими исходами, что имеет значительное значение для оптимизации медико-профилактических мероприятий в популяции беременных женщин, находящихся в условиях социальной и медицинской уязвимости.

#### **2.2.6. Инструментальные методы исследования**

Инструментальные методы включали ультразвуковую оценку состояния плода (фетометрию, исследование плаценты и околоплодных вод), доплерографию маточно-плацентарного кровотока, а также кардиотокографию (КТГ) плода.

Ультразвуковое исследование проводилось для комплексной оценки состояния плода и течения беременности, являясь одним из ключевых методов в акушерской практике. Для количественного анализа объёма околоплодных вод измерялись размеры боковых и переднезаднего амниотических карманов, на основании чего рассчитывался индекс околоплодных вод (ИОВ). Данный показатель является важным критерием для оценки состояния амниотической среды: значения ИОВ менее 5 см соответствовали маловодию, а показатели более 24 см указывали на многоводие.

Дополнительно оценивался максимальный вертикальный карман: при его величине менее 2 см диагностировалось маловодие, а при значении более 8 см - многоводие. Эти параметры использовались для раннего выявления отклонений и позволяли своевременно определять тактику дальнейшего ведения беременности.

В рамках настоящего исследования для всесторонней и объективной оценки состояния кровотока в системе «мать–плацента–плод» использовалась методика доплерометрии, представляющая собой одну из наиболее эффективных и высокоточных методик, применяемых в акушерской практике

для оценки сосудистой гемодинамики. Эта методика позволила выполнить замеры таких ключевых параметров, как максимальная систолическая скорость кровотока ( $V_{\max}$ ) и конечная диастолическая скорость кровотока ( $V_d$ ) в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода. На основе этих данных были рассчитаны несколько важнейших показателей сосудистой гемодинамики, каждый из которых предоставляет ценную информацию о функциональном состоянии сосудистого русла. Систола-диастолическое отношение (S/D-отношение) рассчитывалось как отношение максимальной систолической скорости кровотока к конечной диастолической скорости, что является показателем эффективности кровотока в артериях матки, а также отражает сопротивление в маточных сосудах. Пульсационный индекс (PI) определялся как отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью кровотока к их среднему значению, что позволяет оценить колебания давления и поток крови в сосудистом русле. Индекс резистентности (RI), в свою очередь, рассчитывался как отношение разницы между систолической и диастолической скоростью к максимальной систолической скорости, что предоставляет информацию о сопротивлении сосудов и их способности адаптироваться к изменениям сосудистого тонуса.

Следует подчеркнуть, что для обеспечения высокой точности данных и надежности получаемых результатов замеры в маточных артериях проводились на уровне их нижних латеральных отделов, что соответствует оптимальной точке измерения для оценки перфузии миометрия. Замеры в артерии пуповины выполнялись в её нижней трети, что является стандартным подходом для количественной оценки перфузии плода. Кроме того, замеры в аорте плода проводились в участке между диафрагмой и исходящей частью аорты, что обеспечивает точность измерений, поскольку этот участок аорты служит индикатором кровотока, поступающего от сердца и влияющего на гемодинамическое состояние плода. Таким образом, использование данных измерений и расчетных показателей позволяет не только получить объективную информацию о состоянии кровотока в системе «мать–плацента–

плод», но и повысить точность прогноза возможных акушерских осложнений, что играет ключевую роль в принятии решений о тактике ведения беременности и родов. Для интерпретации результатов доплерометрии в рамках данного исследования применялась устоявшаяся классификация нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока, которая позволяет детально оценить различные степени патологических изменений в системе «мать–плацента–плод». I степень нарушений, в свою очередь, была подразделена на две подкатегории. Подкатегория IA включала случаи, когда в маточных артериях наблюдались нарушения кривых скоростей кровотока (КСК), однако показатели КСК в артерии пуповины оставались в пределах нормы. Такая картина указывает на локализованное нарушение кровообращения в маточных артериях, что может свидетельствовать о частичной недостаточности перфузии плаценты. Подкатегория IB охватывала ситуации, при которых были выявлены изменения в КСК артерии пуповины, в то время как показатели в маточных артериях сохранялись нормальными. Это свидетельствует о нарушении кровоснабжения плода при относительно сохранном маточном кровотоке. II степень нарушений характеризуется более серьезными изменениями в кровообращении, проявляющимися одновременным нарушением кровотока как в маточных артериях, так и в артерии пуповины, при этом сохранялся конечный диастолический кровоток. Это указывает на значительные проблемы в плацентарной и маточной циркуляции, но с потенциальной возможностью компенсации некоторых нарушений. III степень представляла собой наиболее критичную форму патологии, при которой наблюдались нулевой или реверсивный диастолический кровоток в артерии пуповины, что является явным индикатором нарушений плацентарного кровообращения и серьезной угрозы для жизнеспособности плода, несмотря на возможное сохранение маточного кровотока.

Фетометрия плода, являющаяся неотъемлемой частью ультразвукового обследования, проводилась с целью объективной оценки соответствия размеров плода сроку гестации. Для этого осуществлялись точные ультразвуковые

измерения бипариетального размера головки плода, окружности живота, окружности грудной клетки и длины бедренной кости. Полученные данные были сопоставлены с нормативными значениями, представленными в таблице 2.2.

**Таблица 2.2. – Нормы параметров фетометрии по срокам беременности**

<b>Срок беременности, в неделях</b>	<b>ОЖ, Мм</b>	<b>ОГ, Мм</b>	<b>БПР, Мм</b>	<b>ДБ, Мм</b>
<b>14</b>	85	103	22	11
<b>15</b>	93	112	27	15
<b>16</b>	102	124	32	18
<b>17</b>	112	135	36	22
<b>18</b>	124	146	40	25
<b>19</b>	134	158	44	28
<b>20</b>	144	170	47	31
<b>21</b>	157	183	50	34
<b>22</b>	169	195	54	36
<b>23</b>	181	207	57	39
<b>24</b>	193	219	59	41
<b>25</b>	206	232	62	44
<b>26</b>	217	243	65	46
<b>27</b>	229	254	67	49
<b>28</b>	241	265	70	51
<b>29</b>	253	275	72	53
<b>30</b>	264	285	75	56
<b>31</b>	274	294	77	58
<b>32</b>	286	304	79	60
<b>33</b>	296	311	81	62
<b>34</b>	306	317	83	64
<b>35</b>	315	322	86	66
<b>36</b>	323	326	88	68
<b>37</b>	330	330	90	70
<b>38</b>	336	333	92	72
<b>39</b>	342	335	93	74
<b>40</b>	347	337	95	76
<b>41</b>	350	340	97	77

Такой подход способствовал своевременному выявлению возможных отклонений в развитии плода, что имеет решающее значение для диагностики заболеваний, таких как задержка внутриутробного развития, и для принятия обоснованных решений относительно ведения беременности и родоразрешения.

### **2.2.7. Оценка объёма кровопотери при родоразрешении**

Для определения объёма кровопотери использовался прямой измерительный метод, обеспечивающий высокую точность и достоверность полученных данных. Жидкая кровь, собранная в специально подготовленные ёмкости для дренирования, переливалась в градуированную мерную посуду, что позволяло определить её объём в миллилитрах с максимальной точностью.

Помимо этого, учитывалась кровь, впитавшаяся в стандартные салфетки и тампоны. Масса данных изделий фиксировалась заранее, а по завершении родоразрешения они взвешивались повторно. Объём впитавшейся крови рассчитывался как разница между массой использованных материалов и их исходной массой. Такой подход позволял исключить возможные погрешности и объективно оценить количество крови, впитавшейся в перевязочный материал.

Все сгустки крови, образовавшиеся в ходе родов, также подвергались отдельному взвешиванию. Для перевода массы сгустков в объём использовались корректирующие коэффициенты, учитывающие различия в их плотности: масса рыхлых сгустков умножалась на коэффициент 2, а плотных - на коэффициент 3.

Итоговый объём кровопотери определялся как сумма объёма жидкой крови, впитавшейся крови и пересчитанного объёма сгустков. Такой комплексный подход обеспечивал высокую точность и объективность оценки кровопотери, что имело принципиальное значение для своевременного мониторинга состояния пациентки и выбора оптимальной тактики ведения в процессе и после родоразрешения.

### **2.2.8. Оценка психоэмоционального состояния пациенток**

Для оценки психоэмоционального состояния пациенток в рамках настоящего исследования были использованы две стандартизированные психологические методики, что обеспечило высокую объективность и надёжность данных о выраженности тревожных и депрессивных проявлений. Применялись тест Спилбергера–Ханина для измерения уровня тревожности и

шкала депрессии Бека для выявления депрессивных симптомов. Использование данных инструментов позволило провести количественную характеристику психоэмоциональных расстройств и осуществить всесторонний анализ состояния психического здоровья участниц.

Тест Спилбергера–Ханина является основным инструментом диагностики тревожности и позволяет оценить её уровень в сопоставлении с индивидуально допустимыми значениями функциональной тревоги. Методика дифференцирует два вида тревожности: реактивную (ситуативную), отражающую текущее эмоциональное состояние, и личностную, являющуюся устойчивой характеристикой личности. Тест включает 40 утверждений: первые 20 вопросов предназначены для оценки реактивной тревожности, возникающей в ответ на конкретные жизненные события и стрессовые ситуации; вопросы с 21 по 40 позволяют определить уровень личностной тревожности, отражающей склонность воспринимать различные обстоятельства как потенциально угрожающие.

Таким образом, применение теста Спилбергера–Ханина дало возможность получить детализированную оценку тревожности, что имеет принципиальное значение для формирования персонализированного подхода к психосоциальной поддержке беременных женщин в ходе исследования.

Параллельно с использованием теста Спилбергера–Ханина для диагностики тревожности в исследование была включена шкала депрессии Бека, являющаяся валидированным и широко применяемым инструментом для количественной оценки выраженности депрессивных симптомов. Данная методика зарекомендовала себя как надёжное средство диагностики и мониторинга депрессивных расстройств в психиатрической и психологической практике. Её применение в рамках исследования позволило систематически и достоверно определить степень выраженности депрессии у беременных женщин, что имеет важное значение для комплексной оценки их психоэмоционального состояния.

Включение обеих методик - теста Спилбергера–Ханина и шкалы депрессии Бека - в протокол исследования обеспечивало всестороннюю оценку психоэмоционального статуса участниц, позволяя охватить широкий спектр психических состояний и более точно определить их психологические потребности в период беременности. Такой подход существенно повышал точность диагностики, способствовал своевременному выявлению скрытых психоэмоциональных нарушений и обеспечивал возможность своевременного вмешательства.

Применение указанных инструментов в комплексе дало возможность не только количественно оценить уровень тревожных и депрессивных симптомов, но и разработать персонализированный план психосоциальной поддержки, что является важным компонентом комплексного ведения беременности.

Исследователем заполнялась таблица с ответами на вопросы, что позволяло проводить бальную оценку уровня тревожности. Подсчёт показателей реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) осуществлялся по установленным формулам:

$$РТ=Z-G+35,$$

где Z - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

G - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$ЛТ=Z-G+35ЛТ,$$

где Z - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

G - сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Интерпретация результатов

до 30 – низкая тревожность,

31–45 – умеренная тревожность,

46 и более – высокая тревожность.

Шкала депрессии Бека применялась для количественной оценки наличия и выраженности депрессивных состояний у обследованных пациенток. Этот опросник является валидированным и широко используемым инструментом в клинической практике для выявления симптомов депрессии различной степени тяжести.

Структура методики включает 19 групп утверждений, каждая из которых содержит четыре варианта ответа. Участницам предлагалось выбрать то утверждение, которое наиболее точно отражало их эмоциональное состояние, образ мыслей или настроение за последнюю неделю, включая день заполнения анкеты. В случаях, когда два или более утверждений казались одинаково соответствующими текущему состоянию, пациенткам разрешалось отметить все релевантные варианты ответа.

Таким образом, использование шкалы Бека обеспечивало комплексную и объективную оценку наличия и выраженности депрессивной симптоматики у беременных женщин, что являлось важным компонентом общей характеристики их психоэмоционального статуса.

Психоэмоциональная поддержка включала консультирование при первом приёме пациенток. В ходе бесед уточнялись вопросы, касающиеся тревожащих женщин ситуаций и переживаний. Оценка психоэмоциональных характеристик и общего состояния позволяла выявить женщин с признаками нарушений.

Для пациенток с нормальными психоэмоциональными показателями проводилось консультирование, направленное на информирование о необходимости соблюдения кратности визитов и контроля состояния.

Женщины с выявленными психоэмоциональными нарушениями обучались специальным методикам, таким как «гимнастика мозга» (ежедневная ходьба в течение 1 часа), дыхательная гимнастика и упражнения мышечной релаксации. Кроме того, такие пациентки направлялись к перинатальному психологу, который оказывал специализированную помощь и проводил консультации, направленные на коррекцию внутриличностных проблем.



Методики дыхательной гимнастики и мышечной релаксации: дыхание животом. Вдох выполняется через нос с акцентом на подъём брюшной стенки при сохранении неподвижности грудной клетки. Такой способ дыхания способствует улучшению насыщения организма кислородом и снижению уровня тревожности.

Методика мышечной релаксации основана на целенаправленном расслаблении различных групп мышц с помощью сознательного контроля и специальных упражнений. Она обеспечивает отдых тела и способствует снятию напряжения.

**Таблица 2.3. – Объем проведенных исследований**

Наименование исследования	Количество
Общий анализ крови	100
Общий анализ мочи	100
Биохимическое исследование крови	100
Фибрин, фибриноген	100
T3	100
T4	100
ТТГ	100
Прогестерон	58
Эстриол	58
Плацентарный лактоген	58
Кортизол	58
Цервикометрия	100
Допплерометрия	50
Фетометрия	100
Определение количества околоплодных вод	100
Оценка уровня тревожности	100
Оценка степени депрессии	100

### **2.2.9. Статистические методы обработки результатов**

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением методов классической описательной и вариационной статистики. На первом этапе рассчитывались основные параметры вариационного анализа -

среднее арифметическое значение ( $M$ ) и ошибка среднего ( $m$ ), которые являются ключевыми показателями центральной тенденции и дисперсии данных. Для организации и анализа информации использовались стандартные инструменты программы MS Excel.

Для проверки достоверности различий между группами применялся  $t$ -критерий Стьюдента, который позволял оценить равенство средних значений в независимых выборках. В случаях малых выборок либо при отсутствии нормального распределения использовался непараметрический  $U$ -критерий Манна–Уитни. Критический уровень значимости был принят равным  $p < 0,05$ . Значения  $p$  меньше данного порога рассматривались как статистически значимые, что свидетельствовало о наличии объективных различий между сравниваемыми группами.

Для анализа взаимосвязи между количественными признаками проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента линейной корреляции ( $r$ ) по методу Пирсона. Корреляционная зависимость считалась достоверной при значениях  $r \geq 0,5$ , что указывало на среднюю или сильную связь между переменными. При положительном значении коэффициента ( $r > 0$ ) фиксировалась прямая корреляция, когда увеличение одного показателя сопровождалось ростом другого. При отрицательном значении ( $r < 0$ ) выявлялась обратная корреляция, при которой увеличение одного признака сочеталось со снижением другого.

Применённый комплекс статистических методов обеспечивал объективную оценку результатов и позволял количественно интерпретировать взаимосвязи между изучаемыми показателями. Такой подход не только выявлял статистически значимые различия между группами, но и определял направления и степень связей между основными параметрами исследования, что имеет важное значение для клинической интерпретации данных.

Все этапы исследования, включая планирование, сбор данных и статистическую обработку, проводились в строгом соответствии с современными принципами доказательной медицины. Выбор и применение

методов анализа соответствовали требованиям достоверности и воспроизводимости научных данных. При оценке корреляционных связей учитывалась не только их статистическая значимость, но и клиническая интерпретируемость, что позволило сформулировать выводы, имеющие практическое значение для применения в акушерской и перинатальной практике.

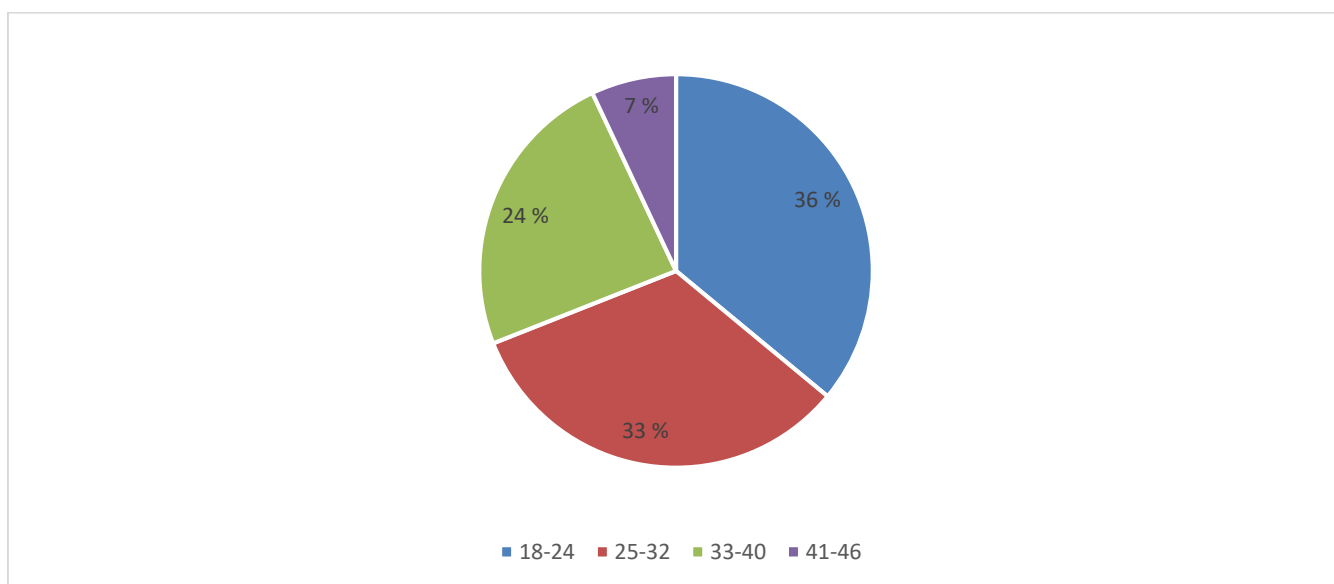
Таким образом, строгая методология статистического анализа обеспечила высокую надёжность полученных результатов, их репрезентативность и практическую применимость, что подтверждает научную ценность проведённого исследования.

## **ГЛАВА 3. Особенности течения беременности, родов, акушерские и перинатальные исходы женщин, находящихся в трудовой миграции**

### **3.1. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика обследованных женщин**

Средний возраст обследованных женщин составил  $29 \pm 0,62$  года.

Распределение обследованных женщин в группах представлено на рисунке 3.1.



**Рисунок 3.1. – Распределение обследованных женщин по возрасту**

В основной выборке обследованных женщин преобладали лица репродуктивного возраста, что объясняется как целевой направленностью исследования, так и особенностями популяционной структуры. Наибольшая доля участниц приходилась на возрастную категорию 18–24 лет, составляя 36 % от общего числа респонденток. Несколько меньший удельный вес имели женщины в возрасте 25–32 лет - 33 %. Группа 33–40 лет была представлена 24 % обследованных, а минимальное число женщин зафиксировано в возрастной категории 41–46 лет, на долю которой приходилось 7 %.

Таким образом, с учётом того, что женщины отправляются в трудовую миграцию преимущественно в наиболее трудоспособном возрасте,

распределение участниц исследования демонстрировало явное преобладание беременных в активном репродуктивном периоде.

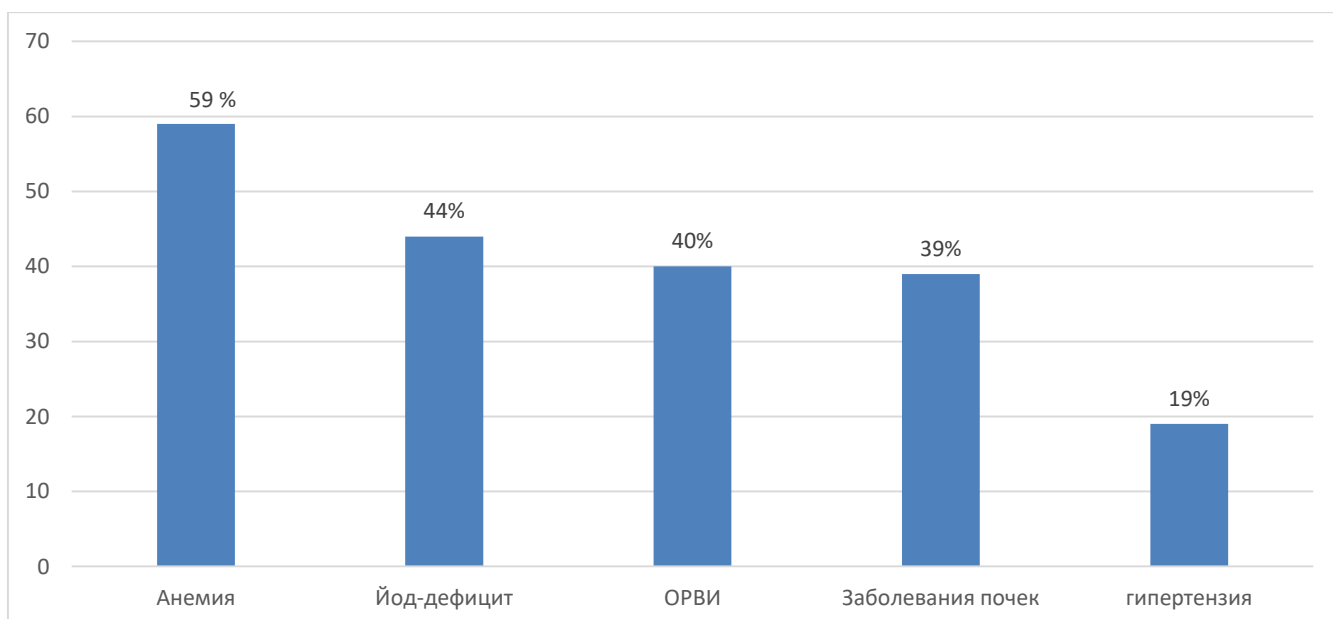
Социальные характеристики обследованных женщин представлены в таблице 3.1.

**Таблица 3.1. –Социальные характеристики обследованных женщин.**

Показатель, характеристика	Абсолютное число	%
Высшее образование	5	5
Среднее полное образование	95	95
Работающая	75	75
Домохозяйка	25	25
Замужем	96	96
Не замужем	4	4

Представленные в таблице данные свидетельствуют о низком уровне образования среди трудовых мигрантов: высшее образование имели лишь 5% обследованных женщин. Большинство беременных мигранток (75%) находились в трудовой занятости, тогда как число женщин, приехавших в Россию по причине воссоединения с мужьями-мигрантами, оказалось в три раза меньше.

В официальном браке состояли 96 % участниц исследования, тогда как 4% женщин находились в гражданском браке.



### **Рисунок 3.2. – Частота экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, трудовых мигрантов**

Наиболее распространённой экстрагенитальной патологией среди обследованных женщин являлась анемия, выявленная у каждой второй пациентки. Схожая частота отмечалась для йоддефицитных состояний - они регистрировались у каждой второй–третьей женщины. Заболевания почек встречались у 39 % обследованных. Частые эпизоды ОРВИ (40 %) вероятно обусловлены снижением уровня иммунной защиты.

Распределение женщин с экстрагенитальной патологией по возрастным группам представлено в таблице 3.2.

**Таблица 3.2. – Частота ЭГЗ у беременных женщин трудовых мигрантов в зависимости от возраста**

<b>Возраст</b>	<b>Анемия</b>	<b>ЙЗС</b>	<b>Заболевания почек</b>	<b>Частые ОРВИ</b>	<b>Хроническая гипертензия</b>
18-24 (п=36)	10(27,8%)	5 (13,9%)	5 (13,9%)	9 (25%)	
25-32 (п=33)	31(93,9%)	23 (69,7%)	20 (60,6%)	14 (42,4%)	2 (6,1%)
33-40 (п=24)	12(50%)	10 (41,7%)	9 (37,5%)	11 (45,8%)	12 (50%)
41-46 (п=7)	6(85,7%)	6 (85,7%)	5 (71,4%)	6(85,7%)	5 (71,4%)
Р	$p^1-p^2<0,001$ $p^1-p^3<0,001$ $p^1-p^4<0,001$ $p^2-p^3>0,05$ $p^2-p^4>0,05$ $p^3-p^4<0,001$	$p^1-p^2<0,001$ $p^1-p^3<0,001$ $p^1-p^4<0,001$ $p^2-p^3>0,05$ $p^2-p^4>0,05$ $p^3-p^4>0,05$	$p^1-p^2<0,001$ $p^1-p^3<0,001$ $p^1-p^4<0,001$ $p^2-p^3>0,05$ $p^2-p^4>0,05$ $p^3-p^4>0,05$	$p^1-p^2>0,05$ $p^1-p^3<0,001$ $p^1-p^4<0,001$ $p^2-p^3<0,05$ $p^2-p^4<0,05$ $p^3-p^4>0,05$	$p^2-p^3<0,001$ $p^2-p^4<0,001$ $p^3-p^4>0,05$

Примечание:  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$  статистически значимые отличия по хи-квадрат с поправкой Йейтса

Установлена прямая корреляционная связь средней силы между частотой анемии и заболеваниями почек, а также прямая корреляция слабой силы между йоддефицитными состояниями и возрастом женщин-трудовых мигрантов.

При сравнении частоты всех изученных экстрагенитальных заболеваний выявлены статистически значимые различия между группой женщин в возрасте 18–24 лет и соответствующими показателями в группах 25–32 лет, 33–40 лет и 41–46 лет.

Результаты корреляционного анализа показали наличие прямой зависимости: с увеличением возраста женщин возрастает частота экстрагенитальной патологии (таблица 3.3).

**Таблица 3.3. - Результаты корреляционного анализа связи между частотой анемии и заболеваниями почек**

<b>ЭГЗ</b>	<b>Нормированный коэффициент Пирсона</b>	<b>Сила связи</b>
Анемия -возраст	0.672	сильная
ЙДЗ - возраст	0.808	очень сильная
Заболевания почек – возраст	0.715	сильная
Частые ОРВИ – возраст	0,696	сильная
Хроническая гипертензия – возраст	0.835	очень сильная

На основе анализа анкетных данных установлено, что у 25 женщин (25 %) в анамнезе отмечались нарушения менструальной функции. Среди них у 4 (16 %) женщин было зафиксировано раннее наступление менархе, у 2 (8 %) - позднее, у 10 (40 %) участниц выявлена олигоменорея, у 2 (8 %) - дисменорея, а у 7 (28 %) - аномальные маточные кровотечения. Все женщины с нарушением менструальной функции проходили лечение до наступления настоящей беременности.

В репродуктивном анамнезе основной группы 8 % женщин (8 участниц) сообщили о случаях самопроизвольных абортов, а 15 % (15 участниц) - о неразвивающихся беременностях. Полученные данные отражают выраженные различия в репродуктивной истории обследованных женщин и подчёркивают необходимость дальнейших исследований, направленных на изучение влияния перенесённого лечения и особенностей родовой активности на репродуктивное здоровье.

В изученной выборке демографическое распределение по числу родов выглядело следующим образом: первородящими оказались 36 % участниц (36 женщин), повторнородящими - 26 % (26 женщин), а многорожавшие женщины составили 38 % (38 женщин) от общей численности (рисунок 3.3). Представленные данные служат основой для анализа взаимосвязи между родовой активностью и особенностями репродуктивного здоровья женщин в рамках данного исследования.



**Рисунок 3.3. – Распределение по паритету обследованных женщин**

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 трёх участниц диагностировано ожирение I степени, а у одной женщины - ожирение II степени. Эти данные подчёркивают



необходимость более детального изучения влияния избыточного веса на общее состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин-трудовых мигрантов.

Установлено, что у 44 % обследованных женщин (из 100 участниц исследования) имело место йоддефицитное состояние. Это означает, что почти у половины выборки наблюдался недостаток йода, способный вызывать нарушения функции щитовидной железы и оказывать негативное влияние на общее состояние здоровья, включая репродуктивные функции. Йодный дефицит является значимым фактором риска развития эндокринных расстройств, особенно в аспекте поддержания гормонального баланса и метаболической стабильности. Оценка уровня йода у женщин репродуктивного возраста имеет важное значение для профилактики и своевременной коррекции нарушений, связанных с его недостатком.

Всем женщинам с диагностированным йоддефицитным состоянием было проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы. Среди 44 женщин с данным диагнозом у 23 (52,3 %) выявлены диффузные изменения паренхимы щитовидной железы, что может отражать начальные стадии тиреоидита или гиперпластические изменения вследствие дефицита йода. У 5 женщин (11,4 %) обнаружены узловые образования, свидетельствующие о более серьёзных структурных нарушениях. У двух пациенток диагностированы множественные узловые образования, что может указывать на формирование зоба или многоузловой гиперплазии.

Полученные данные подчёркивают важность применения ультразвуковой диагностики для выявления морфологических изменений щитовидной железы у женщин с йоддефицитом, особенно среди трудовых мигрантов.

В таблице 3.4 представлены статистические данные о частоте осложнений беременности среди обследованных женщин, включая абсолютное число случаев и процентное соотношение, с сопоставлением с показателями общей популяции беременных.

Угрожающий выкидыш в ранние сроки был зарегистрирован у 25 женщин (25 %), что несколько выше среднего уровня в общей популяции (22,5

%). Эпизоды угрозы прерывания беременности во втором и третьем триместрах наблюдались у 9 женщин (9 %), тогда как в общей популяции данный показатель составляет 7 %.

Многоводие диагностировано в 2 случаях (2 %), что значительно превышает показатель общей популяции (0,5 %). Маловодие встречалось у 5 женщин (5 %), тогда как в общей выборке беременных этот показатель составляет 2,6 %.

**Таблица 3.4. - Частота осложнений беременности у обследованных женщин**

<b>Осложнение беременности</b>	<b>Абсол. число</b>	<b>%</b>	<b>Показатели в общей популяции беременных (%)</b>
Угрожающий выкидыш в ранние сроки	25	25 %	22,5%
Эпизоды угрозы прерывания беременности во втором и третьем триместрах	9	9 %	7%
Многоводие	2	2 %	0,5 %
Маловодие	5	5 %	2,6 %
Преэклампсия	5	5 %	2 %
Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока	15	15 %	4 %
СЗРП	6	6%	4 %

Преэклампсия отмечена у 5 женщин (5%), что более чем в два раза превышает средний уровень (2%). Наиболее высоким показателем стали нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, выявленные у 15 участниц (15%), тогда как в общей популяции этот показатель не превышает 4%. Синдром задержки роста плода (СЗРП) был зафиксирован у 6 женщин (6 %), что также выше показателя в общей популяции (4%).

Таким образом, у беременных женщин - трудовых мигрантов выявлена более высокая частота ряда акушерских осложнений по сравнению с общей популяцией беременных, что подчёркивает необходимость особого внимания и комплексного подхода к их наблюдению и ведению.

Результаты исследования показали, что частота осложнений беременности у женщин трудовых мигрантов превышает аналогичные

показатели в общей популяции беременных. Это подчёркивает наличие значимых различий в состоянии здоровья между указанными группами и требует тщательного анализа факторов риска, а также разработки соответствующих профилактических и лечебных мер.

Одним из ключевых факторов, определяющих выявленные различия, является ограниченный доступ женщин-мигрантов к медицинской помощи. Они нередко сталкиваются с правовыми барьерами, недостаточной информированностью о доступных медицинских услугах и отсутствием регулярного наблюдения в женских консультациях. Дополнительное негативное влияние оказывают условия труда, включающие физические перегрузки и высокий уровень стресса, что способствует ухудшению здоровья и повышает риск осложнений во время беременности.

Не менее значимым фактором выступает социально-экономическое положение данной группы. Низкий уровень дохода, отсутствие стабильного жилья и социальной поддержки усиливают воздействие неблагоприятных условий на здоровье. Важную роль играет и психологическое давление, связанное с адаптацией в новой социокультурной среде, что также увеличивает вероятность осложнённого течения беременности.

Наше исследование показало, что большинство обследованных женщин имели низкий социальный статус, что в совокупности с вышеуказанными обстоятельствами формировало повышенные риски неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.

Данные лабораторного обследования беременных женщин - трудовых мигрантов представлены в таблице 3.5. У пациенток основной группы показатели свёртывающей системы находились в пределах нормы: уровень фибриногена составил  $304,7 \pm 5,3$  г/л. Показатели функции печени также соответствовали средним значениям: общий билирубин -  $11,02 \pm 0,4$  г/л, непрямой билирубин -  $9,03 \pm 0,3$  г/л, прямой билирубин -  $1,99 \pm 0,1$  г/л, АлАТ -  $19,19 \pm 0,99$  ЕД/л, АсАТ -  $21,23 \pm 0,62$  ЕД/л.

Функция почек характеризовалась следующими результатами: уровень мочевины -  $4,23 \pm 0,1$  ммоль/л, креатинин -  $62,27 \pm 0,68$  ммоль/л, что также соответствовало средним физиологическим показателям. Среднее значение общего белка крови составило  $74,01 \pm 0,4$  г/л.

Данные результаты подчёркивают необходимость междисциплинарного подхода к решению выявленных проблем.

**Таблица 3.5. – Средние показатели лабораторных данных у обследованных женщин**

Показатель	Основная группа (n=100)
Гемоглобин крови (г/дл)	$12,23 \pm 0,13$
Лейкоциты ( $10^9$ кл/л)	$7,84 \pm 0,21$
СОЭ (мм/час)	$14 \pm 0,9$
Фибриноген(г/дл)	$321,7 \pm 5,1$
Д-димер (нг/мл)	$490 \pm 7,5$
Билирубин общий (мкмоль/л)	$11,02 \pm 0,4$
Билирубин свободный(мкмоль/л)	$9,03 \pm 0,3$
Билирубин связанный(мкмоль/л)	$1,99 \pm 0,1$
Общий белок (г/л)	$74,01 \pm 0,4$
АлАТ (ЕД/л)	$19,19 \pm 0,99$
АсАТ (ЕД/л)	$21,23 \pm 0,62$
Мочевина (ммоль/л)	$4,23 \pm 0,1$
Креатинин (мкмоль/л)	$62,27 \pm 0,68$

Совместная работа медицинских специалистов, социальных служб и миграционных органов способна существенно повысить уровень здоровья и благополучия женщин-трудовых мигрантов. Такой комплексный подход будет способствовать снижению частоты осложнений беременности и соматической патологии в данной уязвимой группе населения.

### **3.2. Результаты оценки психо-эмоционального статуса женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию**

В исследованиях психологического здоровья особое внимание уделяется комплексной оценке благополучия, включающей физический, психический и социальный компоненты. Такой многогранный подход имеет особую значимость в период беременности, когда своевременное медицинское обследование и грамотное планирование являются ключевыми условиями профилактики осложнений и обеспечения благоприятного исхода.

Несмотря на высокую значимость, психоэмоциональное состояние беременных женщин нередко остаётся вне основного фокуса медицинских исследований. В этом отношении группа трудовых мигранток, в частности из Таджикистана, проживающих в России, представляет собой уникальную категорию для изучения ввиду потенциально высокого риска развития психоэмоциональных расстройств.

В рамках настоящего исследования была проведена оценка частоты личностной и реактивной тревожности, а также различных уровней депрессии среди данной группы беременных женщин. Также выполнен анализ психоэмоционального состояния беременных женщин, являющихся трудовыми мигрантами. Основное внимание уделялось количественной оценке уровней тревожности и депрессивных состояний.

Результаты показали, что личностная тревожность умеренной степени выявлена у 53 % респонденток (53 из 100), тогда как высокая степень тревожности наблюдалась у 47 % (47 из 100). Эти данные свидетельствуют о значительном распространении тревожных расстройств среди беременных мигранток.

Диагностика депрессивных расстройств показала, что общий уровень депрессии составил 53 % (53 из 100). Среди них субдепрессия была выявлена у 35 % (35 из 100), умеренная депрессия - у 6 % (6 из 100), депрессия средней степени тяжести - у 9 % (9 из 100), тяжёлая депрессия - у 3 % (3 из 100). У 47 %

женщин (47 из 100) признаки депрессии не были зафиксированы. Что касается реактивной тревожности, низкий уровень отмечался у 74 % женщин (74 из 100), тогда как умеренный уровень выявлен у 26 % участниц (26 из 100) (рисунок 3.4).

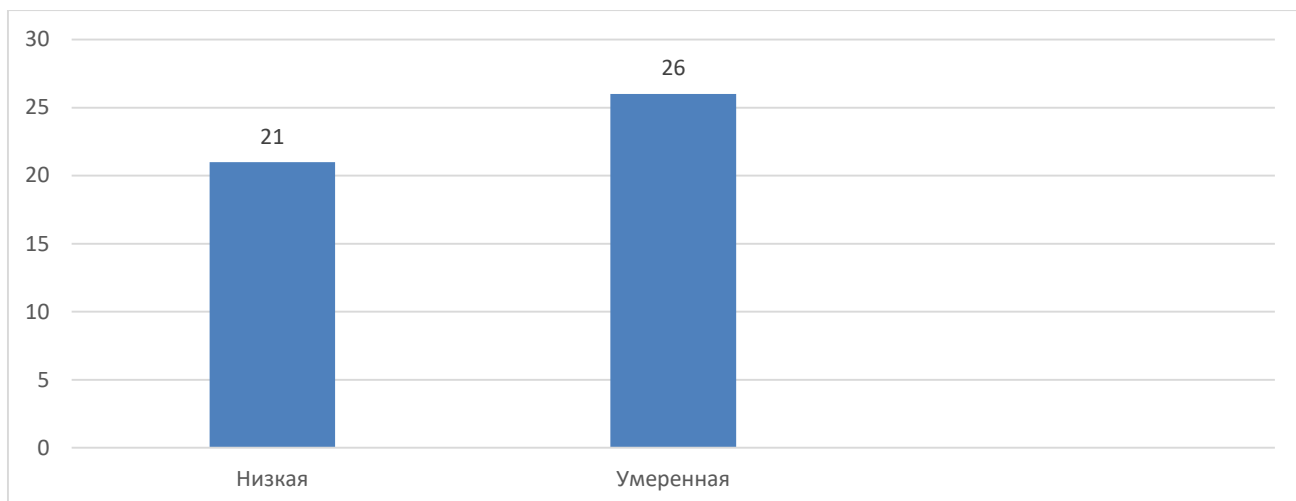
Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую распространённость как тревожных, так и депрессивных расстройств среди беременных женщин-мигрантов, что обуславливает необходимость дальнейшего анализа факторов, способствующих развитию данных психоэмоциональных состояний.



**Рисунок 3.4. – Удельный вес женщин с реактивной тревожностью различной степени у обследованных групп женщин – мигранты**

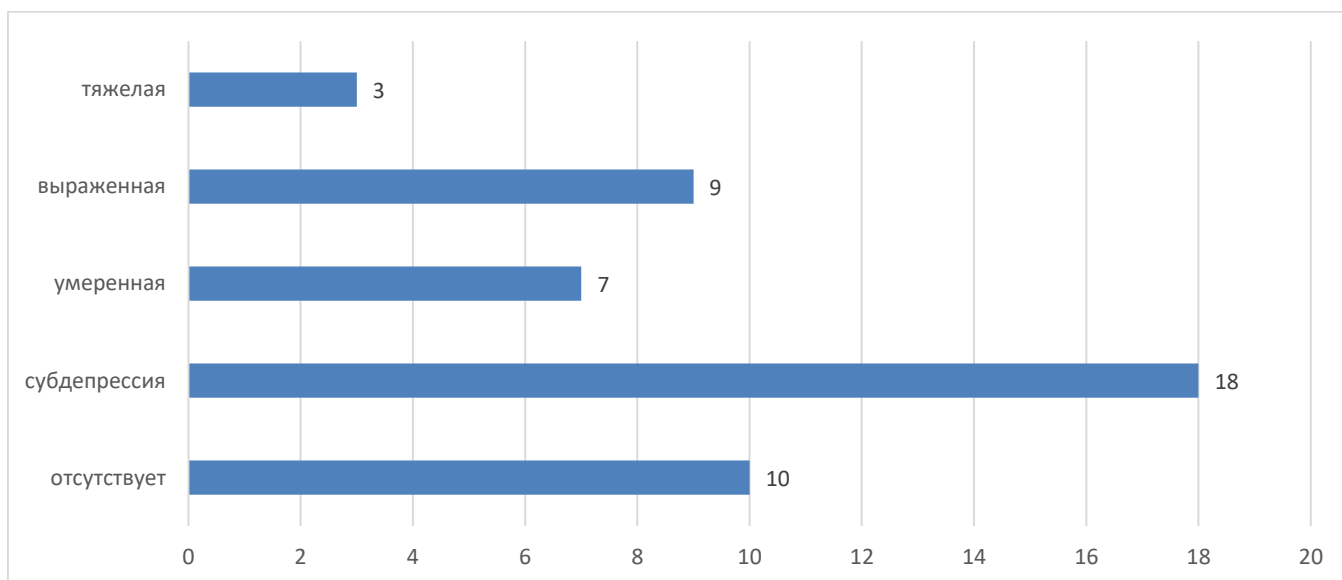
В рамках оценки психоэмоционального состояния женщин-мигрантов с высокой степенью личной тревожности (47 участниц) были проанализированы показатели реактивной тревожности и уровень депрессии.

Изучение реактивной тревожности показало, что у 21 женщины данной группы наблюдалась низкая степень тревожности, тогда как у 26 участниц - умеренная степень (рисунок 3.5). Эти данные подчёркивают неоднородность реакций на стрессовые факторы среди беременных женщин с выраженной личностной тревожностью и указывают на необходимость индивидуализированного подхода к их психосоциальной поддержке.



**Рисунок 3.5. – Распределение женщин с реактивной тревожностью среди женщин с высокой степени личной тревожностью у обследованных групп женщин-мигранты**

Параллельно, диагностика депрессивных состояний у тех же участниц выявила следующее распределение: лёгкая степень депрессии (субдепрессия) присутствует у 18 женщин, умеренная депрессия обнаружена у 7 участниц, выраженная депрессия средней степени - у 9 женщин, а тяжёлая депрессия зафиксирована у 3 женщин (рисунок 3.6). У 10 женщин признаки депрессии не были выявлены.



**Рисунок 3.6. –Депрессия среди женщин с высоким уровнем личной тревожности в обследованных группах женщин-мигрантов.**

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи тревожных и депрессивных расстройств при высокой личностной тревожности у беременных женщин-мигрантов, что подчёркивает необходимость дальнейшего изучения механизмов их психоэмоциональной адаптации.

В рамках анализа психоэмоционального благополучия мигранток с умеренной и средней степенью реактивной тревожности были проведены глубинные структурированные интервью, направленные на выявление основных факторов, способствующих развитию тревожных состояний. Детальное изучение ответов участниц позволило лучше понять влияние социальных, экономических и психологических условий на их психоэмоциональное состояние.

Результаты показали, что ведущим фактором тревоги для 90 % женщин стала экономическая нестабильность. Она включала проблемы, связанные с нерегулярным доходом, неустойчивостью трудоустройства и другими финансовыми трудностями, которые усугублялись нестабильным миграционным статусом и ограниченным доступом к социальным ресурсам.

Вопросы, связанные с разлукой с семьёй, были затронуты 79 % участниц и отражали значительную эмоциональную нагрузку, обусловленную отсутствием близких и недостатком поддержки в новой социальной среде.

Проблемы трудовых условий - нерегулярные и длительные рабочие часы, а также тяжёлый физический труд - отметили 67 % женщин, рассматривая их как серьёзный источник стресса и указывая на прямую связь условий занятости с психоэмоциональным здоровьем.

Социальная изоляция и чувство одиночества оказались значимыми факторами для 65 % респонденток, что подчёркивает важность социальных связей и их влияние на общее благополучие.

Неопределённость будущего и опасения по поводу возможных неблагоприятных изменений тревожили 60 % женщин. При этом 57 %



сообщили о дискриминации и стигматизации, что указывает на значительное влияние социокультурного контекста на их психологическое состояние.

Страх перед депортацией и отсутствие правовой защищённости отметили 55 % участниц, подчеркнув правовую уязвимость как важный источник тревожности.

Культурный и языковой барьер, затрудняющий адаптацию и полноценное взаимодействие в новой среде, был назван 49 % женщин, что свидетельствует о трудностях коммуникации и социальной интеграции (таблица 3.6).

Таким образом, результаты анализа интервью показывают, что уровень реактивной тревожности у беременных женщин-мигрантов формируется под воздействием множества взаимосвязанных факторов, что требует комплексного подхода при разработке социальных, экономических и психологических мер поддержки, направленных на улучшение их психоэмоционального состояния.

**Таблица 3.6. - Факторы, влияющие на уровень реактивной тревожности среди беременных женщин-мигрантов**

<b>Фактор</b>	<b>Частота наблюдения</b>
экономическая нестабильность	90%
разделение с семьей	79 %
трудовые условия	67 %
социальная изоляция и одиночество	65 %
нестабильность и неопределенность	60 %
дискриминация и стигматизация	57 %
страх перед депортацией и правовая неопределенность	55 %
культурный и языковой барьер	49 %

В рамках анализа психоэмоциональных расстройств, таких как реактивная тревожность и депрессивные состояния у беременных женщин-мигрантов, выявлена необходимость устранения факторов, способствующих развитию этих нарушений. Важным направлением является не только снижение влияния негативных условий, но и организация всесторонней психологической

поддержки, а также обеспечение качественного антенатального наблюдения, что способствует стабилизации психоэмоционального состояния.

Полученные результаты подчёркивают значимость регулярной оценки психоэмоционального статуса у беременных женщин-мигрантов. При выявлении патологических изменений требуется применение психологической помощи, направленной на укрепление уверенности в благоприятном исходе беременности. Такой подход положительно влияет как на психоэмоциональное состояние женщины, так и на физиологическое здоровье матери и ребёнка.

Дополнительно, с учётом возможной взаимосвязи между изменениями психоэмоционального состояния и гормональным фоном, влияющими на течение беременности, было принято решение провести сравнительный анализ гормонального статуса у данной группы женщин. Исследование включало оценку колебаний уровней основных гормонов беременности и их корреляцию с психоэмоциональными характеристиками участниц.

Таким образом, комплексный подход, сочетающий психологическую и биохимическую оценку состояния беременных женщин-мигрантов, позволяет разрабатывать целенаправленные интервенции, направленные на оптимизацию антенатальной помощи и повышение качества жизни этой уязвимой категории пациенток.

### **3.3. Результаты доплерографического исследования беременных женщин, трудовых мигрантов**

Гемодинамическая функция плаценты играет ключевую роль в обеспечении адекватного кровоснабжения плода на протяжении всего пренатального периода. Нормальные показатели кровотока в системе «мать–плацента–плод» свидетельствуют о функциональной состоятельности плаценты. В то же время отклонения в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке могут указывать на развитие плацентарной дисфункции, являющейся одной из основных причин плацентарной недостаточности. Это подчёркивает необходимость регулярного мониторинга состояния кровотока для

своевременного выявления и коррекции возможных патологических изменений.

В ходе исследования было проведено изучение маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных женщин, трудовых мигрантов. Средние значения систоло-диастолического отношения составили: в артерии пуповины -  $2,52 \pm 0,02$ , в маточных артериях -  $1,94 \pm 0,02$ .

**Таблица 3.7. – Средние показатели уголнезависимых параметров в маточных артериях, артерии пуповины у беременных обследованных женщин**

Сосуд	СДО	ПИ	ИР
Среднее маточных артерий	$1,94 \pm 0,02$	$1,33 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,01$
Артерия пуповины	$2,52 \pm 0,02$	$0,92 \pm 0,01$	$0,58 \pm 0,005$

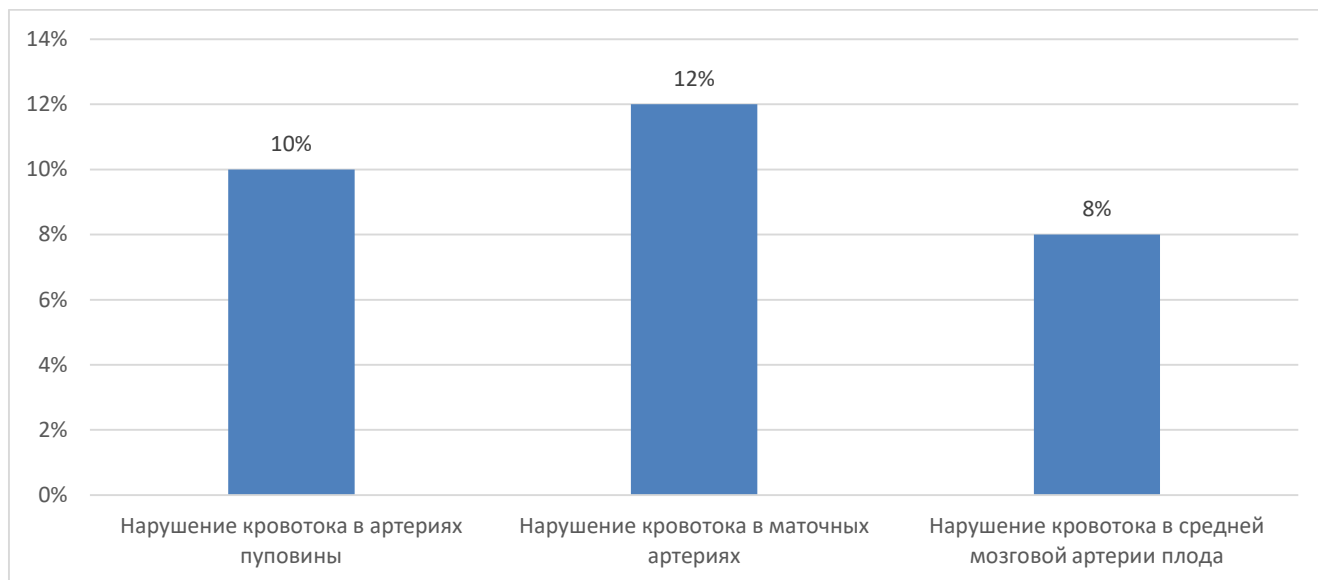
В рамках исследования была проведена оценка доступности доплерографического обследования среди 100 беременных женщин, являющихся трудовыми мигрантками. Лишь 50 % из них (50 женщин) прошли доплерографию в третьем триместре беременности. Ограниченный доступ к данному методу диагностики объясняется недостаточностью медицинских ресурсов, несмотря на то что потребность в исследовании охватывает значительно большее число беременных.

Среди женщин, которым была проведена доплерография, у 15 (30 % обследованных) выявлены различные стадии плацентарной недостаточности. Эти данные подчёркивают необходимость расширения доступа к доплерографическому обследованию для полноценного мониторинга состояния плаценты и своевременного предотвращения возможных рисков для матери и плода в группах высокого риска.

В ходе анализа установлено, что у пяти женщин наблюдались нарушения плодово-плацентарного кровотока. У четырёх пациенток диагностированы изменения кровотока в средней мозговой артерии, что может указывать на проблемы с церебральной перфузией плода. Кроме того, у шести женщин

зафиксированы нарушения маточно-плацентарного кровотока, свидетельствующие о потенциальной недостаточности плацентарной функции.

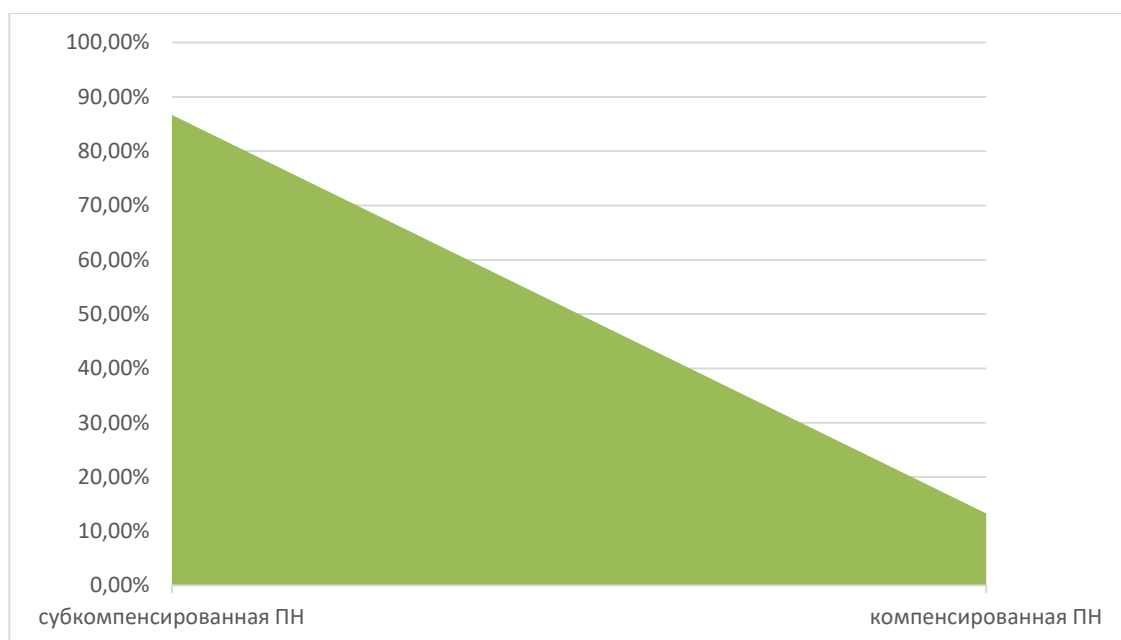
Частота нарушений кровотока в различных звеньях системы «мать-плацента-плод» представлены на рисунке 3.7.



**Рисунок 3.7. - Частота нарушений кровотока в различных звеньях системы «мать-плацента-плод» у беременных женщин, трудовых мигрантов**

Среди беременных трудовых мигранток с нарушениями гемодинамической функции плаценты (15 женщин) не отмечено случаев сочетанных нарушений кровотока. Зафиксированы лишь изолированные изменения: в артериях пуповины - у 5 женщин (10 % от общего числа обследованных), в маточных артериях - у 6 женщин (12 %), в средней мозговой артерии (СМА) плода - у 4 женщин (8 %).

В анализируемой выборке субкомпенсированная форма была выявлена у 13 женщин (86,7 %), тогда как компенсированная форма диагностирована лишь у 2 женщин (13,3 %). Полученные данные указывают на явное преобладание субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности, что подчёркивает важность детального контроля состояния плаценты для оптимизации ведения беременности (рисунок 3.8).



**Рисунок 3.8. – Частота компенсированной и субкомпенсированной плацентарной недостаточности у беременных женщин, трудовых мигрантов**

В рамках проведенного исследования особое внимание было уделено оценке гемодинамической функции плаценты, которая играет ключевую роль в обеспечении адекватного кровоснабжения плода на всех этапах внутриутробного развития. Исследование кровотока в системе «мать–плацента–плод» позволяет объективно оценить функциональное состояние плаценты: нормальные показатели свидетельствуют о её полноценной работе, тогда как отклонения являются важными индикаторами плацентарной дисфункции. Последняя нередко становится причиной плацентарной недостаточности, что представляет угрозу для нормального развития плода.

В ходе исследования были детально проанализированы и зафиксированы показатели систоло-диастолического отношения в артерии пуповины и маточных артериях у беременных женщин-мигранток. Средние значения этих параметров отражали интегративное влияние материнского организма и плаценты на состояние плода, формируя целостное представление о характере гемодинамики.

Кроме того, у 5 женщин были выявлены нарушения плодово-плацентарного кровотока. У 4 пациенток зарегистрированы изменения в средней мозговой артерии, что может указывать на возможные расстройства церебральной перфузии плода и связано с риском неблагоприятных неврологических последствий. У 6 женщин диагностированы нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Эти данные подчёркивают важность комплексного мониторинга и анализа состояния системы «мать–плацента–плод» для оценки риска развития патологических состояний у плода, а также для определения эффективности лечения, направленного на снижение неблагоприятных последствий для матери и ребёнка. Полученные наблюдения свидетельствуют о необходимости интегрированного подхода к ведению беременности у женщин из групп высокого риска, включающего детальный анализ и коррекцию гемодинамических параметров в ключевых звеньях системы «мать–плацента–плод».

### **3.4. Результаты оценки гормонального статуса беременных женщин, трудовых мигрантов**

Изучение связи между уровнями гормонов фетоплацентарного комплекса и развитием осложнений беременности у женщин-мигрантов представляет значительный научный и практический интерес. Оценка влияния гормональных изменений в сочетании с особенностями течения беременности у данной группы пациенток может способствовать совершенствованию ведения беременности, оптимизации акушерской помощи, снижению риска осложнений и улучшению здоровья матери и ребёнка в условиях миграции. Целью исследования в данной группе являлось изучение уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и их взаимосвязи с осложнениями беременности у женщин-трудовых мигрантов. Материалом для исследования послужили беременные женщины - трудовые мигрантки из Таджикистана в Россию

(основная группа, 28 женщин), а также беременные женщины - жительницы Таджикистана (группа сравнения, 30 женщин).

Критериями включения в основную группу были гражданство Таджикистана, статус трудового мигранта (независимо от наличия официальных документов о трудоустройстве), репродуктивный возраст и наличие беременности. Критерием исключения являлось наличие российского гражданства. Для группы сравнения критериями включения были репродуктивный возраст, беременность и проживание на территории Таджикистана.

Всем обследованным женщинам проведены опрос по социальному статусу, сбор анамнеза, общеклиническое и акушерское обследование, стандартные лабораторные исследования, ультразвуковое исследование (включая УЗИ щитовидной железы, доплерометрию и фетометрию плода), а также определение психоэмоционального состояния с использованием шкал Бека и Спилбергера–Ханина.

Гормональный профиль исследуемых женщин определялся утром натощак. Производился забор 5 мл венозной крови, которая подвергалась центрифугированию с последующим отделением сыворотки и её замораживанием при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$  до момента анализа. Уровни плацентарного лактогена, прогестерона, эстриола и кортизола в сыворотке крови определялись иммуноферментным методом, основанным на специфическом взаимодействии антигена и антитела, что обеспечивало как качественную, так и количественную оценку исследуемых показателей.

Средний возраст женщин основной группы составил  $27 \pm 0,64$  года, группы сравнения  $26,3 \pm 2,5$  года, что не имело статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ). Наблюдаемые показатели средних значений возраста распределение подтверждает превалирование беременных активного репродуктивного возраста, в котором наиболее часто женщины отправляются на трудовую миграцию.

Анализ уровня образования в основной группе показал, что только 5% обследованных женщин имели высшее образование. Среди беременных трудовых мигрантов 75% заявили о том, что они работают, и лишь треть мигрировали в Россию к своим мужьям, которые также являются трудовыми мигрантами. Официальный брак зарегистрирован у 96% обследованных женщин, а 4% состояли в гражданском браке. Социальный статус женщин группы сравнения характеризовался низким уровнем образования (69%), преобладанием домохозяек (72%), все женщины группы сравнения состояли в официальном браке. Таким образом, ключевым отличием женщин-мигранток от жительниц Таджикистана является более высокая доля работающих женщин, находящихся в условиях трудовой миграции.

Частота ЭГЗ среди женщин основной группы и группы сравнения представлена в таблице 3.8. Нами были выявлены следующие наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные заболевания в обследованных группах женщин. Среди беременных женщин трудовых мигрантов: анемия, зарегистрированная у 57,1% женщин (16 из 28), йоддефицитные состояния, наблюдаемые у 46,4% участниц (13 из 28), и заболевания почек, диагностированные у 32,1% женщин (9 из 28).

**Таблица 3.8. - Частота ЭГЗ среди женщин основной группы и группы сравнения**

Группа	Анемия	ЙЗС	Заболевания почек	Частые ОРВИ	Избыточная масса тела
Основная (n=28)	16 (57,1%)	13 (46,4%)	9 (32,1%)	14 (50%)	5 (17,9%)
Сравнения (n=30)	14 (46,7%)	12 (40 %)	8 (26,7%)	11 (36,7%)	6 (20%)
$\chi^2$ с поправкой Йейтса	(0.593)	(0.820)	(0.866)	(0.448)	( 0,889)
p	$p^1-p^2>0,05$	$p^1-p^2>0,05$	$p^1-p^2>0,05$	$p^1-p^2>0,05$	$p^1-p^2>0,05$

Примечание: –  $p < 0,05$  – значимое различие по Х-квадрат с поправкой Йейтса



Кроме того, у половины обследованных женщин (50% или 14 из 28) отмечались частые эпизоды острых респираторных вирусных инфекций. В рамках анализа состояния здоровья женщин группы сравнения были зафиксированы следующие экстрагенитальные заболевания: анемия обнаружена у 46,7% участниц (14 из 30).

Йоддефицитные состояния зарегистрированы у 40% участниц (12 из 30). Заболевания почек были диагностированы у 26,7% женщин (8 из 30). Кроме того, у 36,7% женщин (11 из 30) отмечены частые эпизоды острых респираторных вирусных инфекций. Анализ индекса массы тела участниц показал, что у 23 из 28 участниц основной группы масса тела находилась в пределах нормы, в то время как у четырёх женщин была зафиксирована избыточная масса тела, у одной участницы было диагностировано ожирение первой степени. Статистический анализ показал, что различия между двумя группами по всем четырем параметрам не являются статистически значимыми ( $p > 0,05$ ) (таблица 3.8). Разница в частоте этих экстрагенитальных заболеваний между основной группой и группой сравнения не достигает уровня статистической значимости, предполагая, что данные состояния могут быть равномерно распространены среди обеих групп исследуемой выборки.

В обеих группах были зафиксированы случаи раннего и позднего начала менархе, а также олигоменорея, дисменорея и аномальные маточные кровотечения, что свидетельствует о разнообразии менструальных нарушений среди обследованных женщин. Статистический анализ показал, что различия между основной группой и группой сравнения по всем параметрам менструальной функции не являются статистически значимыми ( $p_1 - p_2 > 0,05$ ).

Частота нарушений менструального цикла в анамнезе у обследованных групп женщин представлена в таблице 3.9.

В ходе анализа репродуктивного анамнеза установлено, что в основной группе 7 % женщин имели в анамнезе самопроизвольные аборт, а у 15 % отмечались неразвивающиеся беременности. Эти данные отражают разнообразие репродуктивных историй участниц и могут служить основой для

дальнейшего изучения влияния перенесённых медицинских вмешательств на состояние репродуктивного здоровья. В группе сравнения самопроизвольные аборты были зафиксированы у 5 % женщин, неразвивающиеся беременности - у 12 %.

**Таблица 3.9. - Частота нарушений менструального цикла у обследованных групп женщин**

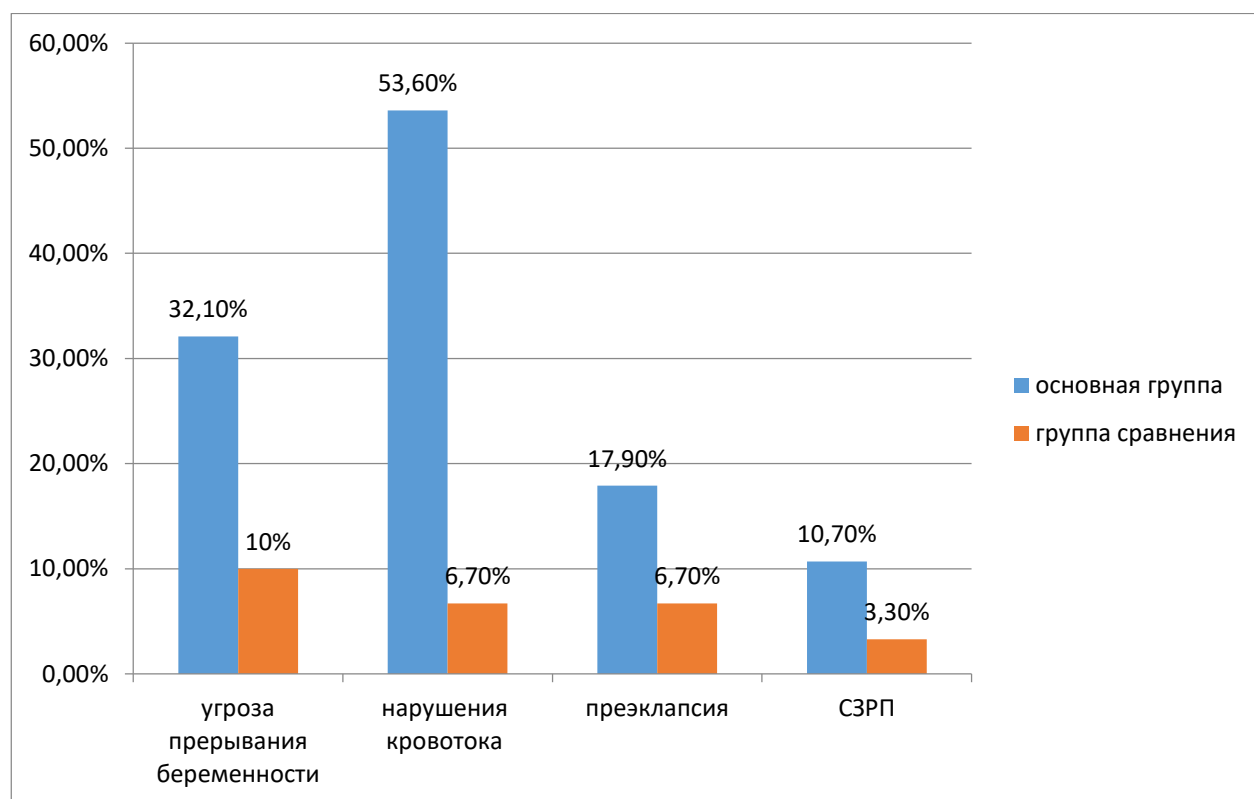
Группа	Менархе до 12 лет	Менархе после 14 лет	Олигоменарея	Дисменорея	АМК
Основная (n=28)	2 (7,1 %)	1 (3,6 %)	4 (14,3 %)	1 (3,6 %)	3 (10,7%)
Сравнения (n=30)	4 (13,3 %)	2 (6,7 %)	3 (10 %)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
p	$p^1-p^2>0,05$ (0.733)	$p^1-p^2>0,05$ (0.952)	$p^1-p^2>0,05$ (0.923)	$p^1-p^2>0,05$ (0.952)	$p^1-p^2>0,05$ (0.556)

Распределение женщин по паритету показало, что в основной группе 26 % участниц, а в группе сравнения 30 % были первородящими. Доля повторнородящих составила 44 % в основной группе и 47 % в группе сравнения. Многорожавшие женщины встречались у 30 % обследованных в основной группе и у 23 % - в группе сравнения. Статистически значимых различий между группами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Таким образом, статистически значимых различий по социальным и анамнестическим характеристикам между основной группой и группой сравнения выявлено не было, что позволило продолжить анализ особенностей течения беременности и уровней гормонов фетоплацентарного комплекса в исследуемых группах.

Частота осложнений беременности представлена на рисунке 3.9. Из него видно, что отмечается тенденция к увеличению случаев угрозы прерывания беременности, преэклампсии и синдрома задержки роста плода (СЗРП), однако

статистически значимых различий по этим показателям не установлено (угроза прерывания беременности -  $\chi^2$  с поправкой Йетса 3,08;  $p > 0,05$ ; преэклампсия -  $\chi^2$  с поправкой Йетса 1,91;  $p > 0,05$ ; СЗРП -  $\chi^2$  с поправкой Йетса 0,348;  $p > 0,05$ ).



**Рисунок 3.9. – Частота осложнений беременности у обследованных групп женщин**

При этом выявлены статистически значимые различия в частоте нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод» у женщин основной группы ( $\chi^2$  с поправкой Йетса 15,87;  $p < 0,001$ ).

Средние уровни гормонов фето-плацентарного комплекса представлены в таблице 3.10.

**Таблица 3.10. - Средний уровень гормонов фето-плацентарного комплекса обследованных групп женщин**

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

Примечание:  $p1-p2 < 0,05$ ;  $p1-p2 < 0,001$  - статистически значимые отличия по Стьюденту

Установлено статистически значимое снижение среднего уровня ПЛГ у женщин трудовых мигрантов по сравнению с соответствующим показателем женщин, жительниц Таджикистана (таблица 3.11).

**Таблица 3.11. - Частота снижения гормонов обследованных групп женщин**

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

Частота женщин основной группы со сниженным уровнем прогестерона (53,6 %) и плацентарного лактогена (53,65 %) была статистически значимо выше по сравнению с группой сравнения (10 % и 3,3 % соответственно) ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ) (таблица 3.11).

Угроза прерывания беременности была диагностирована в 9 случаях в основной группе и в 3 случаях в группе сравнения; преэклампсия - у 5 и 1 женщины соответственно; нарушения кровотока в системе «мать–плацента–плод» - у 15 и 1 женщины; синдром задержки роста плода (СЗРП) - у 3 и 1 женщины.

У пациенток обеих групп с нормальным уровнем прогестерона угроза прерывания беременности на ранних сроках отмечалась лишь в 2 случаях. В то же время у женщин со сниженным уровнем прогестерона угроза прерывания в поздние сроки была диагностирована в 12 случаях.

У всех 16 женщин с нарушениями кровотока в системе «мать–плацента–плод» (как в основной группе, так и в группе сравнения) определялись низкие значения ПЛГ. У остальных 42 участниц обеих групп уровень ПЛГ находился в пределах нормы, и нарушений гемодинамической функции плаценты не выявлено.

Была установлена сильная корреляционная связь между снижением уровня прогестерона и частотой угрозы прерывания беременности (нормированное значение коэффициента Пирсона  $r=0,784$ ), а также между снижением уровня ПЛГ и частотой нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод» (нормированное значение коэффициента Пирсона  $r=1$ ).

В ходе исследования был проведён анализ частоты синдрома задержки развития плода (СЗРП) у беременных женщин-мигранток из Таджикистана, находящихся в России, и женщин, проживающих на территории Таджикистана. В основной группе, включавшей 28 беременных мигранток, СЗРП был выявлен у 3 женщин (10,7 %), тогда как в контрольной группе из 30 женщин данный синдром диагностирован лишь у одной участницы (3,3 %).

Все случаи СЗРП сопровождались снижением уровня эстриола в сыворотке крови на сроке 34 недели беременности. Установлена сильная корреляционная связь между снижением уровня эстриола и частотой развития СЗРП (коэффициент сопряжённости Пирсона 0,707).

Таким образом, результаты исследования показали, что снижение уровней гормонов фетоплацентарного комплекса отмечается у женщин с развившимися во время гестации осложнениями вне зависимости от их статуса - будь то трудовые мигрантки или жительницы Таджикистана.

Изучение психоэмоционального статуса у этих обследованных 28 женщин-трудовых мигрантов выявило выраженные различия по сравнению с контрольной группой. В основной группе отмечались нарушения психоэмоционального состояния: депрессия диагностирована у 13 женщин, в том числе выраженная - у 2, умеренная - у 5, лёгкая - у 6 участниц. Личная тревожность умеренной степени была зафиксирована у 20 женщин, высокий уровень личной тревожности - у 5. Реактивная тревожность проявлялась на низком уровне у 6 женщин и на умеренном уровне у 22 участниц. Эти данные отражают высокий уровень стресса, связанный с миграцией и адаптацией в новой социокультурной среде.

В контрольной группе, состоявшей из 30 беременных женщин, проживающих в Таджикистане, изменения психоэмоционального состояния были менее выраженными. Депрессия лёгкой степени выявлена у 3 женщин (10 %), умеренной - у 2 (6,7 %). Высокий уровень личной тревожности зарегистрирован у 4 женщин (13,3 %), умеренный - у 1 (3,3 %). По параметру реактивной тревожности 2 женщины (6,7 %) продемонстрировали умеренный уровень, у 3 (10 %) он был низким.

Статистический анализ показал значимое повышение частоты депрессии среди женщин-трудовых мигрантов ( $\chi^2$  с поправкой Йейтса = 4,684;  $p < 0,05$ ), а также более высокие показатели личной тревожности умеренной и высокой степени ( $\chi^2$  с поправкой Йейтса = 27,747;  $p < 0,001$ ) и реактивной тревожности низкого и умеренного уровня ( $\chi^2$  с поправкой Йейтса = 37,683;  $p < 0,001$ ).

Расчёт относительного риска показал, что у женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, вероятность развития депрессии выше в 2,8 раза ( $RR=2,786$ ; 95% ДИ: 1,140–6,808), а вероятность формирования выраженной реактивной тревожности - почти в 12 раз ( $RR=11,786$ ; 95% ДИ: 3,047–45,592).

Средний уровень кортизола в сыворотке крови женщин основной группы составил  $19,2 \pm 0,4$  нг/мл, что было статистически значимо выше ( $t=2,6$ ;  $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, где данный показатель равнялся  $16,2 \pm 1,1$  нг/мл.

Полученные результаты свидетельствуют о существенном влиянии миграционного статуса на уровень кортизола и выраженность психоэмоциональных нарушений. Эти изменения, вероятно, связаны с дополнительным стрессом, который испытывают беременные женщины в условиях трудовой миграции. Высокая частота гестационных осложнений у данной категории пациенток обусловлена стрессовыми состояниями и нарушениями психоэмоционального статуса, что, в свою очередь, объясняет выявленные изменения уровней гормонов фетоплацентарного комплекса.

Трудовая миграция нередко сопровождается повышенным уровнем стресса, изменением образа жизни и питания, а также ограниченным доступом к качественной медицинской помощи, что может способствовать увеличению

риска осложнений беременности. В связи с этим женщины-трудовые мигрантки требуют особого внимания со стороны медицинских работников и проведения активных профилактических мероприятий.

С учётом полученных данных особое значение приобретает разработка и внедрение мер, направленных на улучшение условий жизни, питания и медицинского обслуживания беременных женщин-мигрантов с целью минимизации рисков осложнённого течения беременности.

На основании результатов исследования рекомендуется создание специализированных программ для беременных женщин-мигрантов, включающих не только стандартное антенатальное наблюдение, но и обязательную оценку психоэмоционального статуса, а при необходимости - предоставление психоэмоциональной поддержки. Такой комплексный подход будет способствовать снижению частоты осложнений беременности и улучшению исходов как для матери, так и для ребёнка.

### **3.5. Особенности течения беременности и акушерские исходы женщин, находящихся в трудовой миграции**

Современные миграционные процессы, охватывающие значительные слои населения, приобретают всё более важное значение в сфере здравоохранения, особенно в области охраны материнства и детства. Женщины-мигрантки, в силу особенностей их правового, экономического и социального положения, относятся к группе высокого риска по развитию неблагоприятных исходов беременности. Ограниченный доступ к своевременной медицинской помощи, отсутствие стабильной социальной поддержки и воздействие хронических стрессовых факторов придают течению гестационного периода у этих женщин особые клинико-эпидемиологические характеристики.

Настоящее исследование было направлено на комплексное изучение особенностей течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у женщин, являющихся трудовыми мигрантами из Республики Таджикистан,

находившихся на временном пребывании в Российской Федерации. Для сравнения проводился анализ показателей у женщин, постоянно проживающих на территории Таджикистана и наблюдавшихся в аналогичных акушерских учреждениях.

В исследование были включены две группы: основная - 100 беременных женщин, трудовых мигранток, наблюдавшихся на территории Российской Федерации, и группа сравнения - 30 беременных женщин, проживающих в Республике Таджикистан.

**Таблица 3.12. – Частота осложнений беременности в обследованных группах женщин**

Осложнение	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
Умеренная преэклампсия	4/100	1/30	0.140	$p>0,05$
Тяжелая преэклампсия	1/100	0/30	0.411	$p>0,05$
Маловодие	5/100	1/30	0.013	$p>0,05$
Многоводие	2/100	1/30	0.071	$p>0,05$
ДРПО	14/100	2/30	0.571	$p>0,05$
Хорионамнионит	6/100	0/30	0.770	$p>0,05$
Угроза прерывания беременности	9/100	3/30	0.037	$p>0,05$
Рвота беременных	6/100	1/30	0.011	$p>0,05$
Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод	15/100	1/30	1.930	$p>0,05$

Сравнительный анализ частоты осложнений беременности у женщин-трудовых мигранток и у женщин, проживающих в стране исхода, позволил выявить как общие тенденции, так и особенности, требующие научной интерпретации. Для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, обладающий высокой точностью при малых выборках.



Несмотря на то, что по всем анализируемым параметрам уровень статистической значимости не достиг порогового значения ( $p > 0,05$ ), что формально исключает достоверные различия между группами, полученные данные представляют клинический интерес. Они могут служить основой для более детального патогенетического и эпидемиологического анализа уровня индекса здоровья беременных женщин как среди жительниц Таджикистана, так и среди тех, кто находится в условиях трудовой миграции.

Умеренная преэклампсия была выявлена у 4% женщин основной группы и у 3,3% пациенток группы сравнения ( $\chi^2 = 0,140$ ;  $p > 0,05$ ), тогда как тяжёлая форма данного осложнения отмечена лишь в одном случае (1%) в основной группе и отсутствовала среди женщин группы сравнения ( $\chi^2 = 0,411$ ;  $p > 0,05$ ).

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, эти результаты подчёркивают клиническую значимость проблемы и подтверждают необходимость тщательного мониторинга состояния эндотелия сосудов в прегравидарном и антенатальном периодах у беременных, независимо от их миграционного статуса. Нарушения маточно-плацентарной перфузии способствуют формированию осложнений гестации, требующих раннего выявления и персонализированного подхода в акушерской практике.

Особая роль в развитии преэклампсии, особенно её тяжёлых форм, принадлежит плацентарной дисфункции, что подтверждается результатами дополнительных методов обследования, включая доплерометрическую оценку и исследование гормонального профиля (уровень плацентарного лактогена).

Такие осложнения, как маловодие и многоводие, выявлялись в обеих группах без достоверных различий. Маловодие отмечено у 5% женщин основной группы и у 3,3% женщин группы сравнения ( $\chi^2 = 0,013$ ;  $p > 0,05$ ), многоводие зафиксировано у 2% и 3,3% соответственно ( $\chi^2 = 0,071$ ;  $p > 0,05$ ). Подобные результаты могут отражать как случайный характер выявленных нарушений в пределах выборки, так и универсальные патофизиологические процессы, проявляющиеся независимо от миграционного статуса. Это

подчёркивает необходимость дальнейшего анализа с расширением выборки и учётом многофакторной природы гестационных осложнений.

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) встречался чаще в основной группе - 14% против 6,7% в группе сравнения, однако статистическая проверка ( $\chi^2 = 0,571$ ;  $p > 0,05$ ) не выявила достоверных различий. Поскольку ПРПО рассматривается как значимый предиктор восходящей инфекции и преждевременных родов, выявленная тенденция к его более высокой частоте у женщин-мигрантов заслуживает особого внимания. Это требует углублённого изучения с учётом социально-гигиенических условий, в которых проживают и работают беременные женщины в условиях миграции.

Важным клиническим наблюдением стало выявление хориоамнионита у 6% женщин основной группы, тогда как в группе сравнения данное осложнение не встречалось. Несмотря на то, что показатель  $\chi^2 = 0,770$  и уровень значимости  $p > 0,05$  не подтверждают статистически достоверных различий, одностороннее распределение данного осложнения исключительно среди женщин-мигрантов позволяет предполагать значимую роль инфекционно-воспалительного компонента. Его развитие может быть связано с поздним обращением за медицинской помощью, дисрегуляцией иммунного ответа на фоне хронического стресса, дефицита сна и соматического истощения.

Угроза прерывания беременности была зарегистрирована у 9% женщин основной группы и у 10% пациенток группы сравнения ( $\chi^2 = 0,037$ ;  $p > 0,05$ ). Несмотря на близкие количественные показатели, выявлены значимые качественные различия, связанные с уровнем прогестерона. У женщин с нормальными значениями данного гормона угроза прерывания беременности наблюдалась значительно реже по сравнению с теми, у кого фиксировался его дефицит. Таким образом, даже при схожих частотных характеристиках осложнения необходимо учитывать различия в его патогенетических механизмах.

Ранние гестационные токсикозы, проявлявшиеся в форме выраженной рвоты беременных, были зафиксированы у 6% женщин основной группы и у

3,3% пациенток группы сравнения ( $\chi^2 = 0,011$ ;  $p > 0,05$ ). Хотя рвота беременных в большинстве случаев рассматривается как транзиторное и относительно доброкачественное функциональное состояние, при определённых обстоятельствах она может приводить к значительным нарушениям нутритивного статуса, снижению массы тела и общему соматическому истощению.

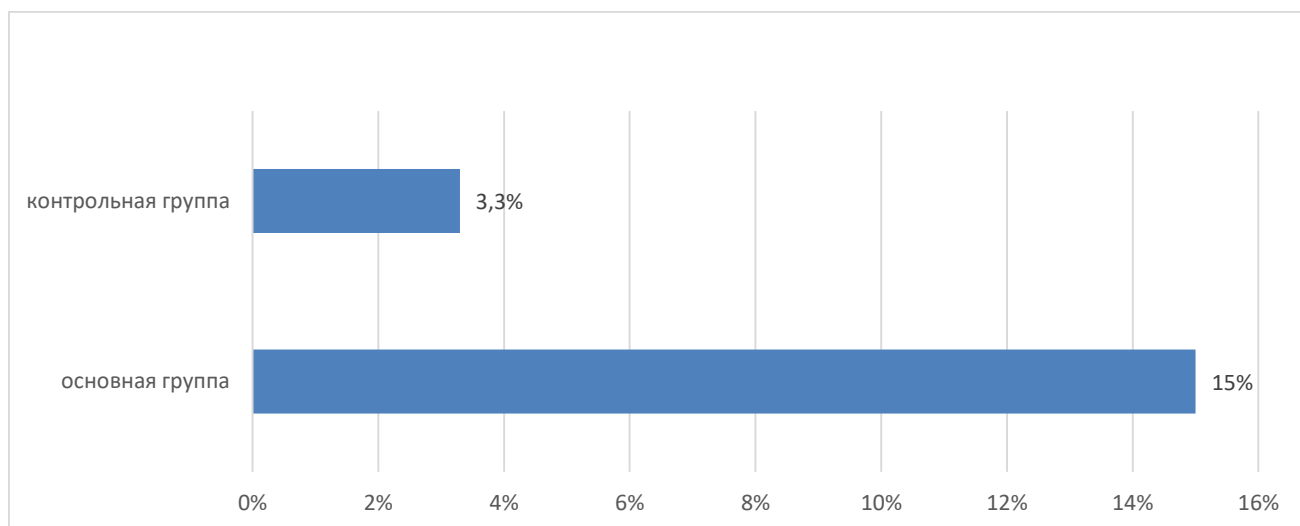
Особую клиническую настороженность вызывает сочетание данного синдрома с хронической психоэмоциональной перегрузкой, ограниченным доступом к качественному питанию и недостаточной социальной поддержкой - факторами, наиболее характерными для женщин, находящихся в условиях трудовой миграции. Совокупность этих обстоятельств может усиливать выраженность симптомов и существенно повышать риск развития метаболических и электролитных нарушений.

Особое клинико-прогностическое значение в структуре выявленных нарушений приобрели расстройства маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, зарегистрированные у 15% беременных женщин основной группы и лишь у 3,3% пациенток контрольной группы ( $\chi^2 = 1,930$ ;  $p > 0,05$ ) (таблица 3.10).

Несмотря на отсутствие статистической достоверности различий по данному показателю, выявленная тенденция заслуживает особого внимания с позиций клинической оценки акушерского риска. Гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод являются патогенетически значимым звеном в развитии тяжёлых гестационных осложнений, включая синдром задержки внутриутробного развития плода, гипоксические поражения, развитие преэклампсии и угрозу преждевременного родоразрешения.

Снижение кровотока по маточным артериям и плацентарным сосудам может быть обусловлено комплексом факторов, характерных для миграционной популяции: гормональной дисфункцией, психоэмоциональным дистрессом, иммунной дисрегуляцией, нутритивной недостаточностью и хроническим воздействием экзогенных стрессоров. В условиях дефицита

компенсаторных механизмов это приводит к нарушению трофики плаценты, снижению её перфузионной способности и вторичному нарушению транспорта кислорода и питательных веществ к плоду.



**Рисунок 3.10. - Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод**

На основании полученных данных, даже при отсутствии статистически значимого различия между группами, высокая частота нарушений плацентарного кровотока в основной группе свидетельствует о необходимости внедрения ранней доплерометрической диагностики и динамического контроля гемодинамики у женщин-мигранток с целью своевременного выявления рисков и проведения превентивных мероприятий.

Исходя из вышеизложенного, анализ частоты и структуры осложнений беременности в обследованных группах не выявил статистически достоверных различий между женщинами-мигрантками и пациентками, проживающими в стране исхода. Вместе с тем результаты исследования демонстрируют клинические тенденции к более частому развитию в основной группе таких осложнений, как преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит и нарушения маточно-плацентарного кровотока.

В проведённом сравнительном анализе сроков родоразрешения были выявлены заметные различия между двумя группами: женщинами-мигрантками

из Таджикистана ( $n = 100$ ) и контрольной группой, включавшей жительниц республики ( $n = 30$ ). Полученные результаты позволяют судить о том, что миграционный фактор оказывает существенное влияние на течение беременности и её завершение.

В основной группе срочные роды (37–41<sup>6</sup> недель) произошли у 47 женщин (47%). Преждевременные роды до 37 недель отмечены у 40 участниц (40%), а запоздалые, наступившие после 41<sup>6</sup> недели, - у 13 женщин (13%). В контрольной группе, напротив, доминировали срочные роды - 80% (24 случая), преждевременные зафиксированы лишь у 16,7% (5 женщин), а запоздалые роды - у одной пациентки (3,3%).

**Таблица 3.13. – Сроки родоразрешения в обследованных группах женщин**

Роды	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
срочные	47/100	24/30	8,851	$p < 0,05$
преждевременные	40/100	5/30	4,568	$p < 0,05$
запоздалые	13/100	1/30	1,351	$p > 0,05$

Таблица 3.13 отражает сравнительные данные о сроках родоразрешения у женщин основной и контрольной групп с указанием статистических показателей, включая значение  $\chi^2$  с поправкой Йейтса и уровень значимости различий.

Срочные роды, соответствующие физиологическому завершению беременности, были зарегистрированы у 47% участниц основной группы ( $n = 47$ ), тогда как в контрольной группе этот показатель составил 80% ( $n = 24$ ). Различие оказалось статистически значимым ( $\chi^2 = 8,851$ ;  $p < 0,05$ ).

Частота преждевременных родов в основной группе составила 40% ( $n = 40$ ), что почти в 2,5 раза превышало аналогичный показатель в контрольной группе - 16,7% ( $n = 5$ ). Согласно расчётам  $\chi^2$  с поправкой Йейтса ( $\chi^2 = 4,568$ ;  $p < 0,05$ ), различие оказалось статистически значимым. Запоздалые роды были диагностированы у 13% женщин основной группы ( $n = 13$ ) и у 3,3% ( $n = 1$ )

пациенток контрольной группы. Однако данное различие не достигло уровня статистической значимости ( $\chi^2 = 1,351$ ;  $p > 0,05$ ). Совокупность представленных результатов подтверждает наличие достоверных различий в репродуктивных исходах между изучаемыми группами.

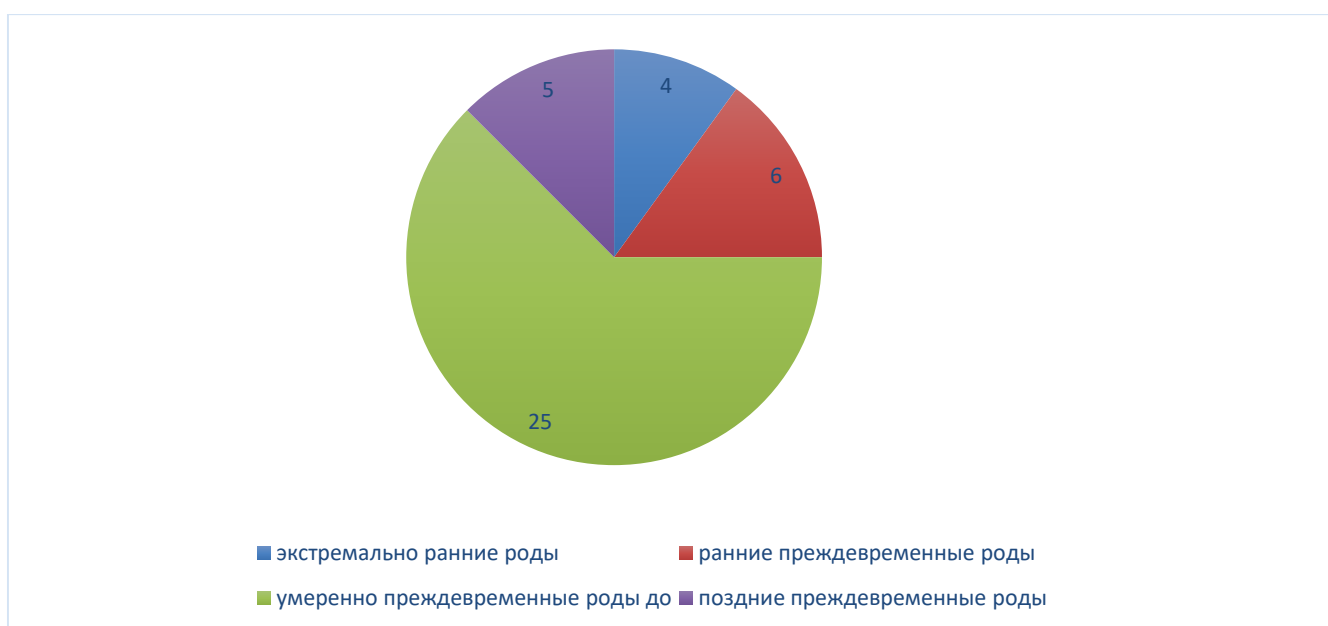
Следовательно, значительное преобладание преждевременных родов среди беременных женщин, находящихся в трудовой миграции, указывает на возможное влияние неблагоприятных биопсихосоциальных факторов, связанных с условиями миграции: хроническим стрессом, отсутствием регулярного медицинского наблюдения, ограниченными возможностями для полноценного питания, неблагоприятными условиями труда и быта. Эти факторы могут способствовать преждевременному началу родовой деятельности или нарушению адаптационных механизмов матери и плода, что требует учёта при организации перинатального сопровождения данной группы женщин.

Частота преждевременных родов в основной группе, включавшей беременных женщин-мигранток из Республики Таджикистан, составила 40% (40 из 100 случаев), что в 2,4 раза превышало показатель группы сравнения, где преждевременные роды отмечены у 5 из 30 женщин (16,7%) (рисунок 3.11).



**Рисунок 3.11. - Частота преждевременных родов в обследованных группах**

Подробный анализ сроков гестации, при которых произошло родоразрешение в основной группе, позволил выделить следующие категории преждевременных родов: экстремально ранние роды (22–27<sup>6</sup> недель) - 4 случая (4%), ранние преждевременные роды до 28 недель - 6 случаев (6%), умеренно преждевременные роды до 34<sup>6</sup> недель - 25 случаев (25%) и поздние преждевременные роды в интервале 34<sup>6</sup>–36<sup>6</sup> недель - 5 случаев (5%) (рисунок 3.12).

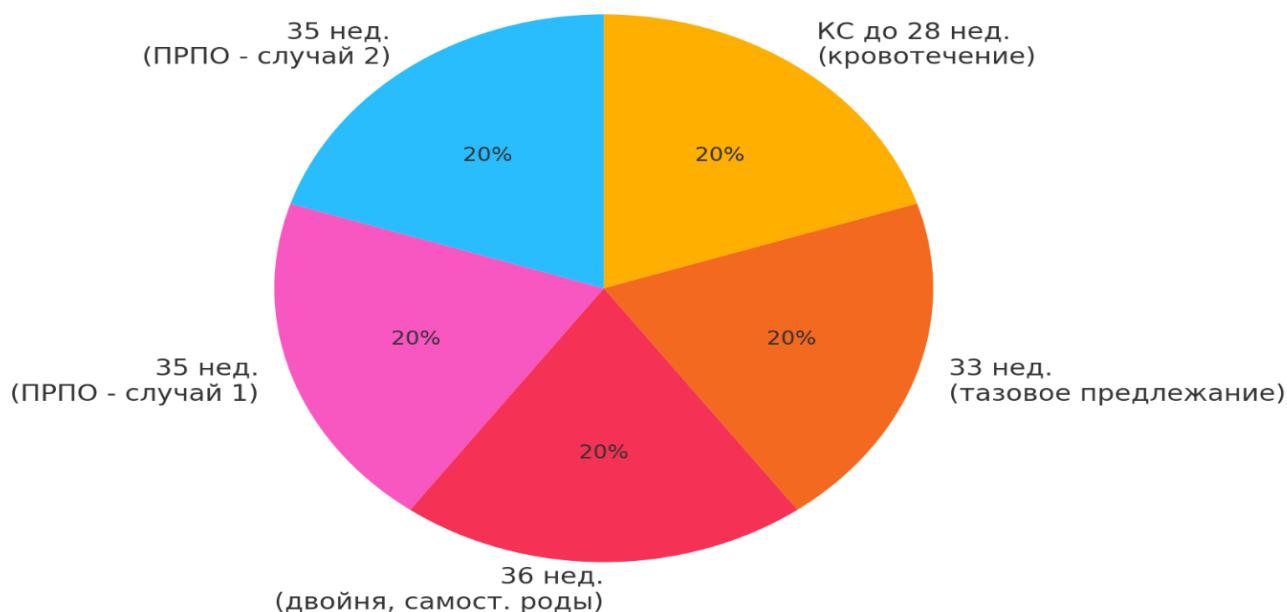


**Рисунок 3.12. - Структура преждевременных родов в основной группе**

Из общего числа преждевременных родов у женщин основной группы в 13 случаях (32,5%) родовая деятельность началась спонтанно. В большинстве наблюдений (27 случаев; 67,5%) преждевременное родоразрешение было выполнено по акушерским показаниям и потребовало активного медицинского вмешательства. В частности, у 16 женщин проведено кесарево сечение, а у 11 пациенток применена фармакологическая индукция родов.

В контрольной группе преждевременные роды встречались единично и характеризовались менее тяжёлым клиническим течением. В одном случае потребовалось выполнение экстренного кесарева сечения до 28 недель в связи с

массивным кровотечением. В другом наблюдении спонтанные роды произошли на сроке 33 недель при тазовом предлежании плода. Ещё один эпизод преждевременных родов на 36-й неделе был связан с многоплодной беременностью и завершился самостоятельным родоразрешением. Два других случая зафиксированы на сроке 35 недель и были связаны с дородовым разрывом плодных оболочек (рисунок 3.13).



**Рисунок 3.13. - Структура преждевременных родов в контрольной группе**

Выявленные различия между исследуемыми группами по частоте и структуре преждевременных родов указывают на более выраженное акушерское неблагополучие среди женщин-мигранток. Преобладание случаев преждевременного родоразрешения, обусловленных патологическими состояниями и требующих оперативных или медикаментозных вмешательств, подчёркивает уязвимость данной популяции в пренатальном и интранатальном периодах. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки специализированных клинических маршрутов для женщин этой категории с ранней стратификацией акушерских и перинатальных рисков, междисциплинарным сопровождением и регулярным инструментально-лабораторным контролем функционального состояния фетоплацентарного комплекса.



Оперативное родоразрешение путём кесарева сечения в основной группе беременных женщин-мигрантов из Республики Таджикистан было выполнено в 27% случаев ( $n = 27$  из 100), что отражает высокий уровень акушерских осложнений, требующих экстренного вмешательства.

Наиболее частым показанием к операции стал дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО), зарегистрированный у 14 женщин (14%). Как правило, данное осложнение сопровождалось отсутствием готовности родовых путей, признаками внутриутробного дистресса плода или высоким риском восходящей инфекции, что обосновывало необходимость оперативной тактики.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена у 4 пациенток (4%) и расценивалась как неотложная ситуация, сопряжённая с угрозой массивного кровотечения, геморрагического шока и внутриутробной гибели плода, что требовало экстренного родоразрешения.

Тугое однократное или многократное обвитие пуповины вокруг шеи плода, проявлявшееся признаками гипоксии и нарушениями сердечного ритма, послужило показанием к кесареву сечению у 5 женщин (5%).

У 1 пациентки (1%) операция была проведена по поводу тяжёлой преэклампсии с выраженной артериальной гипертензией и признаками органной дисфункции.

Ещё у 3 женщин (3%) наличие рубца на матке после предыдущего оперативного вмешательства в сочетании с осложнениями беременности (преждевременными родами, маловодием, изменениями сердечного ритма плода) послужило основанием для планового кесарева сечения.

В контрольной группе частота кесаревых сечений была значительно ниже и составила 6,6% ( $n = 2$  из 30), что отражает меньшую частоту акушерских осложнений и более благоприятное течение беременности по сравнению с основной группой.

В одном случае операция была выполнена у женщины с рубцом на матке в профилактических целях, без наличия дополнительных осложняющих факторов. Второе вмешательство носило экстренный характер и проводилось

на сроке 28 недель гестации в связи с внезапно возникшим массивным кровотечением, обусловленным подозрением на преждевременную отслойку плаценты.

Структура показаний к кесареву сечению в основной и контрольной группах представлена в таблице 3.14.

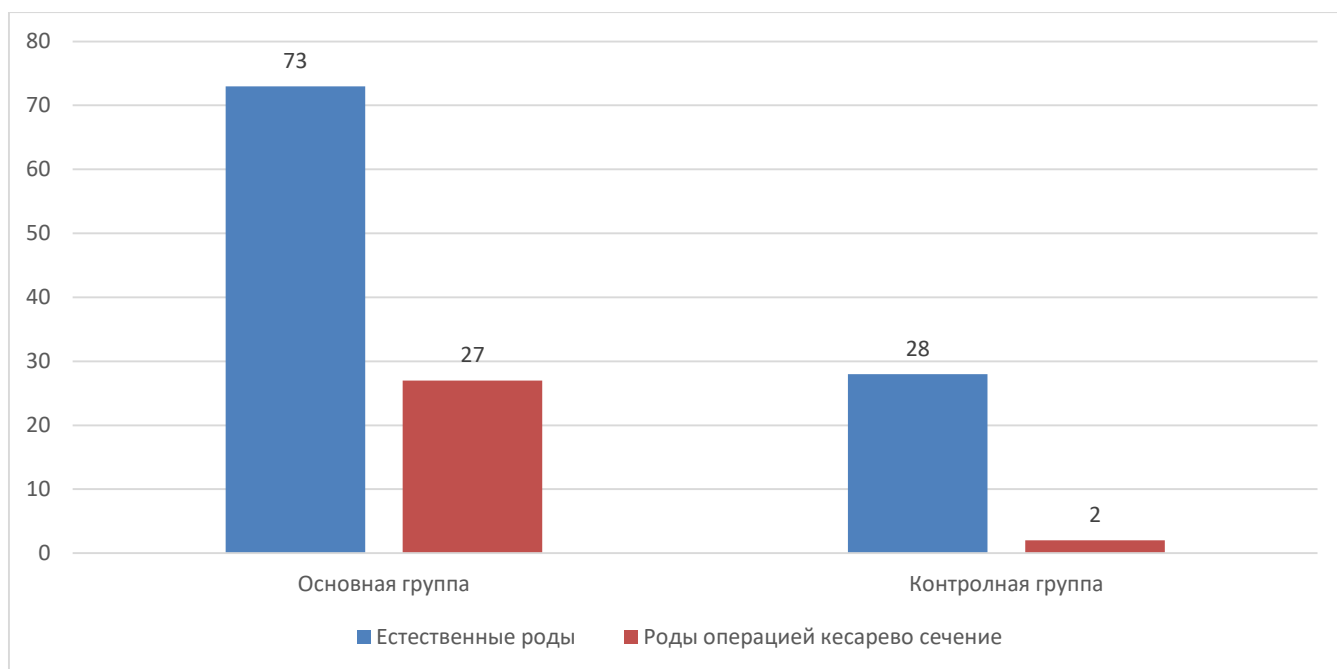
**Таблица 3.14. - Показания к операции кесарево сечение в основной и контрольной группе**

Показание	Основная группа	Контрольная группа
Рубец на матке + осложнение	3 %	3,3%
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	4 %	3,3%
Тяжелая преэклампсия + осложнения	1%	
Дородовой разрыв плодных оболочек	14 %	
Тугое обвитие пуповины	5 %	

Следовательно, различия в частоте кесаревых сечений (27% в основной группе против 6,6% в контрольной) и структуре показаний к операции подчёркивают более выраженное акушерское неблагополучие среди женщин-мигрантов. Высокая доля тяжёлых и острых показаний к оперативному родоразрешению в этой группе может быть связана с ограниченным доступом к своевременной дородовой помощи, поздней постановкой на учёт, недостаточной частотой пренатального скрининга и высоким уровнем психоэмоционального стресса.

На рисунке 3.14 представлено соотношение родов через естественные родовые пути и оперативных вмешательств методом кесарева сечения в основной и контрольной группах. Очевидно, что среди женщин, временно пребывающих на территории Российской Федерации, доля кесаревых сечений

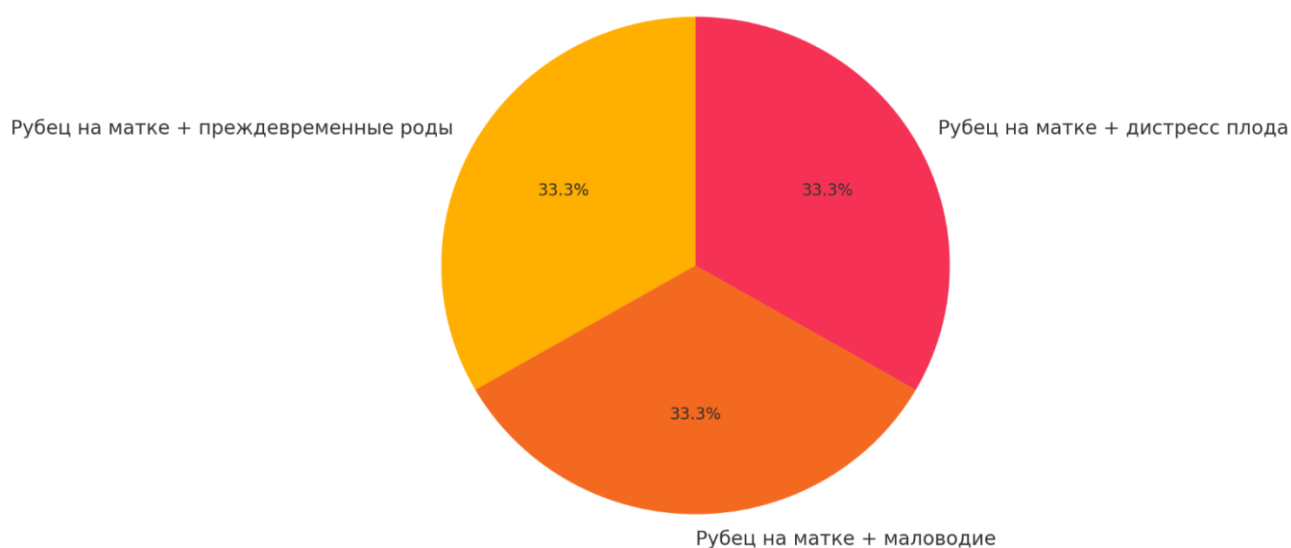
значительно выше, что отражает более выраженную акушерскую обременённость данной категории пациенток.



**Рисунок 3.14. – Соотношение количества естественных родов к родам операцией кесарево сечение у женщин, трудовых мигрантов**

Следует отметить, что у трёх пациенток основной группы (3% от общего числа родоразрешённых женщин) в анамнезе имелся рубец на матке после ранее выполненного кесарева сечения. Такой анамнез изначально рассматривается как фактор высокого риска, особенно в условиях ограниченного акушерско-гинекологического наблюдения, характерного для женщин-мигрантов. Во всех трёх случаях рубцовая деформация миометрия сочеталась с дополнительными осложнениями беременности, усиливающими потенциальную угрозу для матери и плода. В одном наблюдении это была угрожающая преждевременная родовая деятельность при незрелости родовых путей; во втором - выраженное маловодие, создававшее риск нарушения нормального внутриутробного развития и компрессии пуповины; в третьем - по данным кардиотокографии диагностированы выраженные нарушения сердечного ритма плода, расценённые как внутриутробный дистресс. Такое сочетание существенно повышало риск несостоятельности рубца и тяжёлых материнских и перинатальных осложнений при попытке самостоятельных

родов. Поэтому в каждом случае клиническим консилиумом было принято решение о проведении планового кесарева сечения для обеспечения максимальной безопасности матери и ребёнка (рисунок 3.15).



**Рисунок 3.15. – Показания к операции кесарево сечение у женщин, трудовых мигрантов с рубцом на матке (основная группа)**

На диаграмме представлена структура осложнений у женщин основной группы с наличием рубца на матке. Видно, что каждое из трёх клинических наблюдений сопровождалось отдельным значимым осложнением: преждевременные роды, маловодие и дистресс плода, в равной степени обусловившие необходимость оперативного родоразрешения. Эти наблюдения подчёркивают необходимость скрупулёзной оценки акушерского анамнеза, проспективного мониторинга состояния рубцовой ткани миометрия и своевременной идентификации сопряжённых рисков, особенно у пациенток, находящихся в условиях миграции.

В рамках проведённого сравнительного анализа акушерских показателей у женщин основной группы и контрольной группы были изучены параметры, отражающие объём кровопотери в родах и постгеморрагическое состояние (таблица 3.15).

Средняя величина кровопотери в родах у женщин основной группы составила  $479,5 \pm 35,2$  мл, что было выше по сравнению с показателем в группе

сравнения, где средняя кровопотеря достигала  $345,4 \pm 43,65$  мл. Более высокие объёмы кровопотери среди женщин миграционного статуса, вероятно, связаны с повышенной частотой осложнённого течения родов, включая оперативное родоразрешение методом кесарева сечения, преждевременную отслойку плаценты, дородовой разрыв плодных оболочек, а также фоновыми воспалительными процессами, такими как хориоамнионит. Существенное влияние оказывают и ограничения в доступе к своевременному антенатальному наблюдению, ранней диагностике осложнений и коррекции дефицитных состояний.

**Таблица 3.15. – Средняя кровопотеря и средний уровень гемоглобина у женщин обследованных групп после родов**

Показатель	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	t
Средняя кровопотеря в родах (мл)	$479,5 \pm 35,2$	$345,4 \pm 43,65^*$	2,4
Средний гемоглобин после родов (г/л)	$97,25 \pm 2,26$	$101,28 \pm 1,43$	1,5

Примечание: \* -  $p < 0,05$  статистически значимые различия по Стьюденту

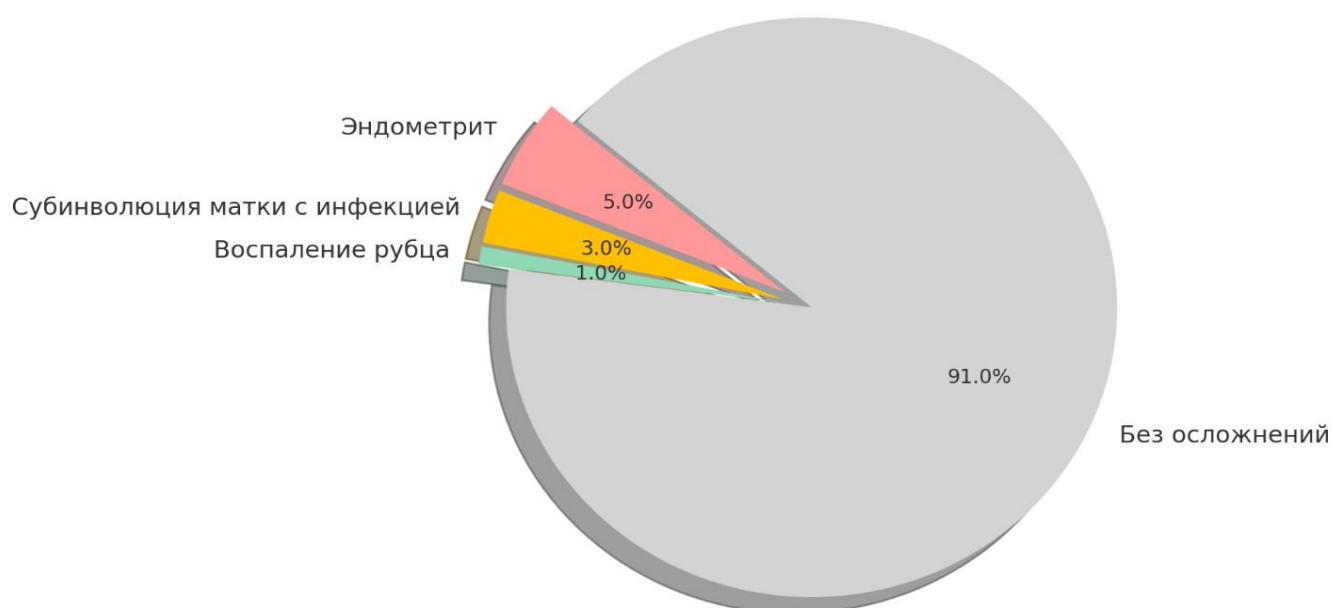
В раннем послеродовом периоде уровень гемоглобина также оказался ниже у пациенток основной группы: среднее значение составило  $97,25 \pm 2,26$  г/л против  $101,28 \pm 1,43$  г/л в контрольной группе (таблица). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий по данному показателю, выявленная тенденция может отражать как повышенный объём родовой кровопотери, так и наличие исходной анемии, часто встречающейся у женщин репродуктивного возраста миграционного контингента. Вероятными причинами такой анемии являются несбалансированное питание, ограниченный доступ к нутритивной и медикаментозной поддержке, высокий уровень хронического стресса и сопутствующие соматические заболевания.

На основе проведённого анализа можно заключить, что беременные женщины, находящиеся в условиях трудовой миграции, относятся к группе повышенного риска по развитию послеродовой анемии и требуют особого

внимания в части профилактики кровопотерь и коррекции дефицитных состояний ещё на этапе антенатального наблюдения. Учитывая выявленные закономерности, представляется целесообразным расширение пренатальных скрининговых протоколов для данной категории пациенток за счёт обязательной оценки исходных показателей гемопоза и состояния питательного статуса. Такой подход позволит своевременно выявлять скрытые факторы риска анемии и дефицитарных состояний, которые могут негативно сказываться на течении беременности и исходах родоразрешения.

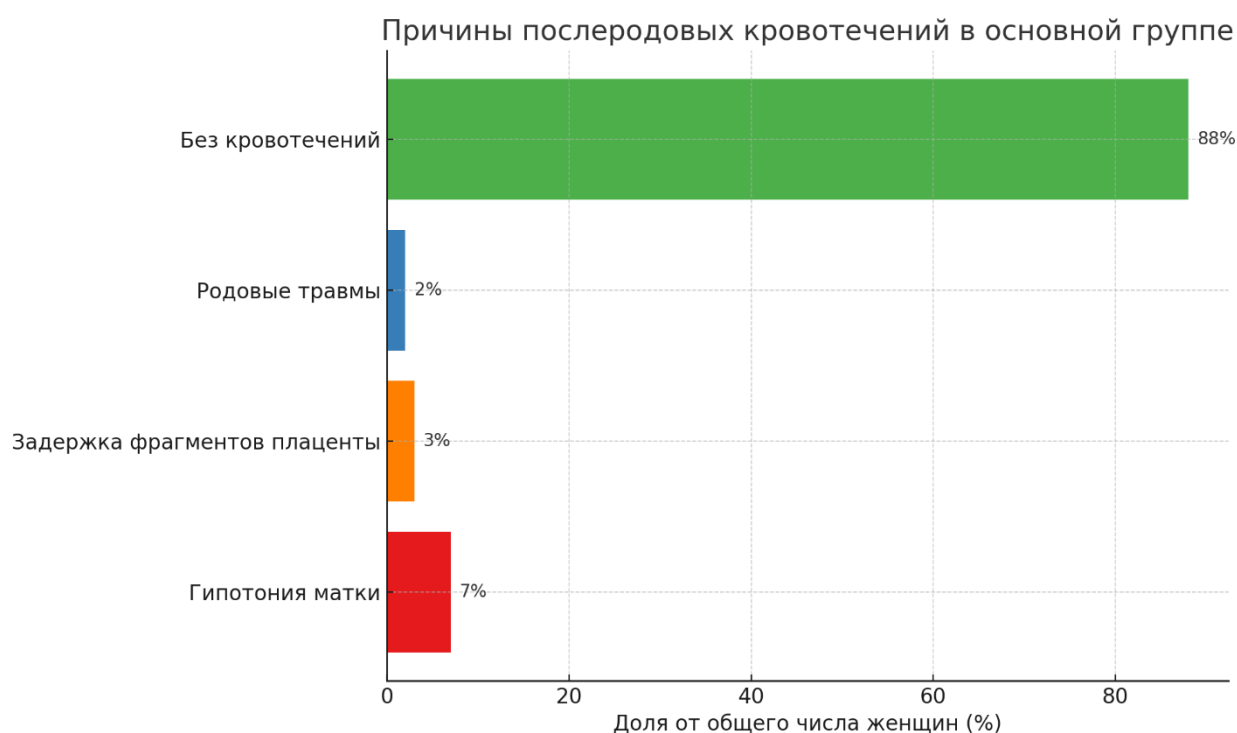
Послеродовой период у женщин основной группы характеризовался значительно более высокой частотой осложнённого течения, что отражает выраженную акушерскую и соматическую отягощённость данной популяции. В частности, инфекционно-воспалительные заболевания в раннем и позднем послеродовом периоде были диагностированы у 9% родильниц. Среди них в пяти случаях отмечался клинически выраженный эндометрит, сопровождавшийся субфебрильной температурой, болезненностью матки при пальпации, патологическими лохиями и лабораторными признаками воспаления. У 3 пациенток (3%) была выявлена субинволюция матки на фоне локальной инфекции, а в одном наблюдении (1%) диагностированы воспалительные осложнения послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения.

На круговой диаграмме отражено распределение инфекционно-воспалительных осложнений, выявленных в послеродовом периоде у женщин основной группы. Из представленных данных видно, что осложнённое течение зафиксировано у 9% пациенток и включало эндометрит, субинволюцию матки с признаками инфекции и воспаление послеоперационного рубца. У подавляющего большинства женщин (91%) послеродовой период протекал без признаков инфекционных осложнений. Несмотря на относительно невысокую частоту, выявленные осложнения имеют клиническую значимость и требуют особого внимания при наблюдении за женщинами (рисунок 3.16).



**Рисунок 3.16. – Распределение инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде у женщин основной группы**

Кровотечения в послеродовом периоде были зарегистрированы у 12% женщин основной группы. В семи случаях причиной массивной кровопотери стала выраженная гипотония матки, не поддававшаяся стандартной утеротонической терапии и потребовавшая проведения комплекса гемостатических мероприятий, включая применение утеротоников второго ряда и, при необходимости, инвазивных методов контроля гемостаза. У трёх пациенток (3%) кровотечение было связано с задержкой элементов плаценты в полости матки, что подтверждалось данными ультразвуковой диагностики и потребовало проведения ручной или инструментальной ревизии. В двух наблюдениях (2%) источником кровопотери являлись родовые травмы мягких тканей, преимущественно промежности, включая разрывы II степени, которые были устранены хирургическим путём с последующим клиническим наблюдением. На рисунке 3.17 представлена структура причин послеродовых кровотечений у женщин основной группы.



**Рисунок 3.17. – Причины кровотечений в послеродовом периоде у женщин основной группы**

Примечательно, что в группе сравнения, включающей женщин, находящихся в стабильных социально-экономических условиях и получавших систематическое дородовое наблюдение, ни одного случая инфекционных или геморрагических осложнений в послеродовом периоде зарегистрировано не было. Данный факт подчёркивает значимую клиническую разницу между когортами и демонстрирует высокую уязвимость женщин миграционного статуса к осложнённому течению послеродового периода. Полученные результаты обосновывают необходимость включения в протоколы пренатального и послеродового наблюдения данной категории пациенток расширенных мер по профилактике и ранней диагностике гнойно-септических и геморрагических состояний, с обязательным междисциплинарным подходом и индивидуализированным маршрутом ведения.

### **3.6. Перинатальные исходы женщин, находящихся в трудовой миграции**

Среди женщин основной группы ( $n = 100$ ) своевременные роды были зафиксированы у 47% ( $n = 47$ ), преждевременные – у 40% ( $n = 40$ ), а запоздалые, произошедшие после 41<sup>6</sup> недель гестации, – у 13% ( $n = 13$ ). В



контрольной группе (n = 30), включавшей женщин, не находящихся в условиях миграции, роды в срок имели место у 24 пациенток (80%), преждевременные – у 5 (16,7%), а перенашивание – у одной женщины (3,3%).

В контрольной когорте многоплодная беременность отмечена в двух наблюдениях: в одном случае роды произошли на сроке 36 недель, во втором – на 38-й неделе. В обоих случаях родоразрешение протекало спонтанно, без необходимости акушерского вмешательства, и завершилось рождением жизнеспособных новорождённых с удовлетворительными клиническими параметрами, не потребовавшими реанимационных мероприятий, что свидетельствует о благоприятном течении многоплодной беременности в данной группе.

Таблица 3.16 отражает распределение новорождённых по массе тела при рождении в основной и контрольной группах. Статистическая обработка различий с использованием критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса показала отсутствие достоверных межгрупповых различий ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 3.16. – Распределение по массе тела новорожденных обследованных женщин**

Масса	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
500-1000	0	1	0,411	$p > 0,05$
1000-1500	0	0		
1500- 2500	12	4	0,015	$p > 0,05$
2500-3000	31	8	0,052	$p > 0,05$
3000-3500	33	10	0,035	$p > 0,05$
3500 и >	24	9	0,179	$p > 0,05$

Примечание: \* - статистически значимое отличие с использованием хи-квадрат с поправкой Йейтса

Следует отметить, что при анализе перинатальных исходов у женщин основной группы синдром задержки развития плода (СЗРП) был выявлен в 6 случаях, что составило 6% от общего числа новорождённых. Данное состояние характеризуется нарушением темпов внутриутробного роста, выходящим за

пределы физиологических норм для соответствующего срока беременности, и ассоциировано с повышенным риском перинатальной заболеваемости и смертности, а также возможными отдалёнными метаболическими и нейрокогнитивными последствиями.

В контрольной группе, включавшей женщин, проживающих в условиях стабильной социальной и медицинской среды, СЗРП был зарегистрирован лишь в одном наблюдении (3,3%).

В таблице 3.17 приведены данные о распределении новорождённых по оценке по шкале Апгар на первой минуте жизни в основной и контрольной группах, позволяющие оценить общее функциональное состояние детей сразу после родов. Результаты показывают менее благоприятный неонатальный профиль у новорождённых от женщин-мигранток по сравнению с контрольной группой.

**Таблица 3.17. - Распределение новорожденных по оценочным балам соответственно шкале Апгар на 1-й минуте**

Апгар	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
9	6	1	0,032	$p > 0,05$
8	41	26	14,144	$p < 0,05$
7	37	4	5,700	$p < 0,05$
6	3	0	0,096	$p > 0,05$
5	2	1	0,096	$p > 0,05$
4	3	0	0,096	$p > 0,05$
3	0	0		
2	1	0	0,364	$p > 0,05$
1	1	0	0,364	$p > 0,05$
0	6	0	0,866	$p > 0,05$

*Примечание: \* - статистически значимое отличие с использованием хи-квадрат с поправкой Йейтса*

В основной группе лишь у 6% новорождённых оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 9 баллов, что отражает практически полное клиническое благополучие. Наибольшая доля детей (41%) получила 8 баллов, что соответствует лёгким отклонениям, таким как умеренная гипотония или акроцианоз, не требующим интенсивной терапии. У 37% новорождённых

оценка составила 7 баллов, что проявлялось снижением мышечного тонуса, угнетением дыхания или сниженной реактивностью и требовало активного наблюдения и поддерживающих мероприятий. У 16% детей показатель оказался  $\leq 6$  баллов, что указывало на наличие признаков перинатальной асфиксии и необходимость проведения реанимационных мероприятий, включая кислородную терапию, стимуляцию дыхания и, в отдельных случаях, интубацию.

Для сравнения, в контрольной группе 86,7% новорождённых получили 8 баллов по шкале Апгар, что соответствует клинически стабильному состоянию. Оценки в 9 и 7 баллов были зафиксированы у 3,3% и 13,3% детей соответственно. Случаев тяжёлой депрессии или асфиксии в данной группе не отмечено.

Статистический анализ выявил достоверные различия между группами по частоте оценок в 8 баллов ( $\chi^2 = 14,144$ ;  $p < 0,05$ ) и 7 баллов ( $\chi^2 = 5,700$ ;  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о более низких показателях жизнеспособности новорождённых в основной группе. Эти результаты подчёркивают клиническую значимость мультифакторного отягощения перинатального периода у женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, и необходимость раннего выявления признаков внутриутробного страдания плода с обеспечением готовности к проведению неонатальной реанимации в родильных учреждениях.

На основании проведённого проспективного анализа перинатальных исходов установлено, что случаи перинатальной смертности зафиксированы исключительно в основной группе, включавшей беременных женщин, находившихся в условиях миграции. В контрольной группе, состоявшей из пациенток, постоянно проживающих в стабильной социальной и медицинской среде, перинатальная летальность отсутствовала, что подчёркивает значительное различие в прогнозе между сравниваемыми когортами.

Перинатальные патери зафиксированы только в основной группе — 8 случаев, включая антенатальные, интранатальные и раннее неонатальные

потери, преимущественно на фоне врожденных пороков развития (6 случаев) и тяжёлой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных потерь произошли после преждевременных родов: ЭРПР- 4 случая, РПР +УПР – 4 случая.

В их структуре преобладали антенатальные и интранатальные смерти плодов - четыре и два случая соответственно, а также два эпизода ранней неонатальной гибели. Клинико-анамнестический анализ показал, что в шести из восьми наблюдений ведущим этиопатогенетическим фактором являлись грубые врождённые пороки развития, включавшие множественные аномалии центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Отмечено, что данные пороки не были своевременно диагностированы на этапах пренатального скрининга, что, вероятнее всего, связано с поздним обращением женщин за медицинской помощью, нерегулярным прохождением ультразвуковых и биохимических исследований, а также ограниченными возможностями ранней диагностики в условиях социальной нестабильности.

Оба случая интранатальной гибели плода были связаны с тяжёлой внутриутробной гипоксией на фоне крайне раннего срока гестации и преждевременного разрыва плодных оболочек. Родоразрешение проводилось через естественные родовые пути после медикаментозной индукции мизопростолом. Несмотря на соблюдение стандартных протоколов акушерской тактики, тяжесть исходного состояния плода при глубокой недоношенности и выраженном гипоксическом поражении оказалась критической.

Ранняя неонатальная смертность, зафиксированная у двух новорождённых, наступила в течение первых семи суток жизни и была обусловлена тяжёлым респираторным дистресс-синдромом, развившимся вследствие морфофункциональной незрелости лёгочной ткани. Оба ребёнка родились на сроке менее 28 недель, что закономерно коррелировало с высокой вероятностью развития дыхательной недостаточности, требующей немедленного проведения интенсивной респираторной терапии. Однако,

несмотря на своевременное применение реанимационных мероприятий, исход оказался неблагоприятным.

Представленные данные свидетельствуют о значительном перинатальном риске у женщин, находящихся в миграционных условиях. Выявленные особенности подчёркивают необходимость пересмотра подходов к пренатальному мониторингу, включая обязательную раннюю постановку на учёт, расширение объёма перинатального скрининга, повышение доступности специализированной акушерско-неонатологической помощи в условиях высокой социальной и медицинской уязвимости данной категории пациенток.

## **ГЛАВА 4. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

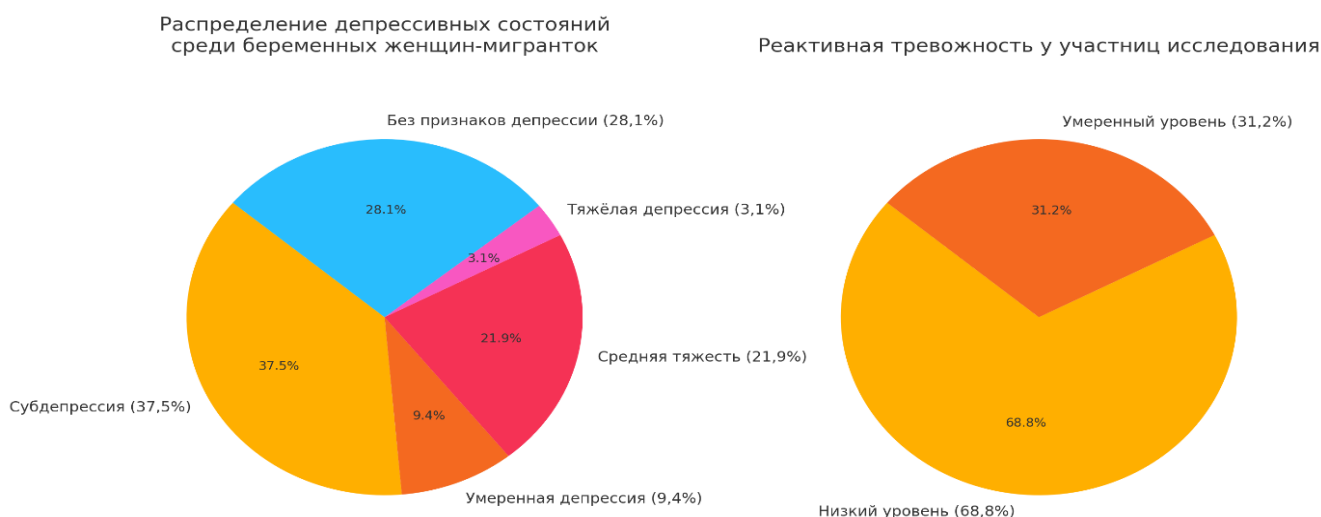
### **4.1. Изменения характеристик психо-эмоционального статуса беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в результате психо- эмоциональной поддержки**

В рамках настоящего исследования была проведена комплексная оценка психоэмоционального состояния у 32 беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, с анализом динамики показателей до и после реализации мероприятий, направленных на психоэмоциональную поддержку. Для оценки использовались валидизированные шкалы Бека и Спилбергера–Ханина, позволяющие количественно определить уровни тревожности и выраженность депрессивных проявлений у обследуемых пациенток.

Результаты показали, что у 12 женщин (37,5 %) была зафиксирована личностная тревожность средней степени выраженности, тогда как у 20 участниц (62,5 %) отмечалась высокая степень тревожности. Эти данные свидетельствуют о высокой распространённости тревожных расстройств среди беременных женщин-мигранток, что подтверждает необходимость системного внедрения программ психологической поддержки и междисциплинарного сопровождения в структуру акушерско-гинекологической помощи данной уязвимой группы.

В ходе исследования была проведена дифференцированная оценка выраженности депрессивных расстройств у беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, до начала комплекса мероприятий по психоэмоциональной поддержке. Результаты показали наличие депрессивной симптоматики у 23 из 32 участниц (71,9 %), что указывает на высокую распространённость данного нарушения в исследуемой популяции.

Структура выявленных состояний распределилась следующим образом: у 12 женщин (37,5 %) диагностировано субдепрессивное состояние, у 3 (9,4 %) - депрессия умеренной выраженности, у 7 участниц (21,9 %) - депрессия средней степени тяжести, и у одной женщины (3,1 %) - тяжёлая форма депрессии. У 9 обследованных (28,1 %) признаков депрессивных расстройств выявлено не было (рисунок 4.1).



**Рисунок 4.1. – Распределение депрессивных состояний и реактивная тревожность у участниц исследования**

Кроме того, проведённый анализ уровня реактивной тревожности показал, что низкая степень тревожности зафиксирована у большинства испытуемых - 22 из 32 (68,8 %), тогда как умеренный уровень реактивной тревожности наблюдался у 10 участниц (31,2 %) (таблица 4.1).

Представленные в исследовании данные дают возможность комплексно оценить изменения психоэмоционального состояния 32 беременных женщин-мигранток под влиянием специально организованных психокоррекционных мероприятий. В качестве инструмента анализа использовались валидизированные шкалы, позволяющие определить уровни как личностной, так и реактивной тревожности, а также провести дифференцированную диагностику выраженности депрессивных состояний.

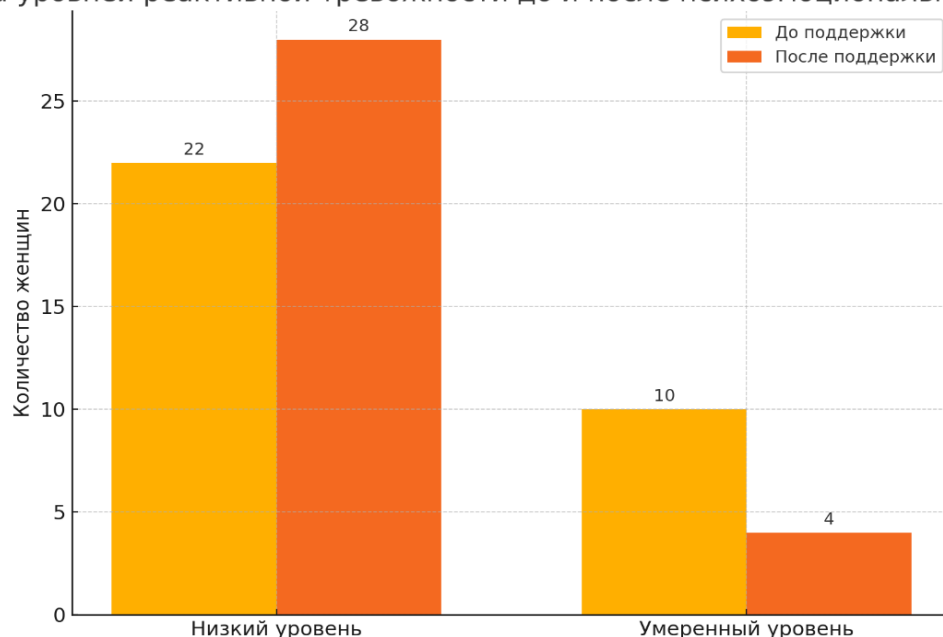
**Таблица 4.1. - Характеристики психо-эмоционального статуса 32 беременных женщин, до и после психо-эмоциональной поддержки**

<b>Психо-эмоциональный статус</b>	<b>До психо-эмоциональной поддержки</b>	<b>После психо-эмоциональной поддержки</b>
Реактивная тревожность низкой степени	22	28
Реактивная тревожность умеренной степени	10	4
Личная тревожность низкой степени	0	0
Личная тревожность умеренной степени	12	12
Личная тревожность высокой степени	20	20
Субдепрессия	12	4
Умеренная депрессия	3	1
Депрессия средней степени тяжести	7	2
Тяжелая депрессия	1	0
Депрессия отсутствует	9	25

Прежде всего стоит отметить, что показатели реактивной тревожности, отражающие ситуативную эмоциональную нестабильность, продемонстрировали выраженную положительную динамику. До проведения психоэмоциональной поддержки низкий уровень реактивной тревожности отмечался у 22 из 32 женщин (68,8 %), тогда как у 10 участниц (31,2 %) наблюдалась умеренная степень выраженности. После реализации комплекса мероприятий число женщин с низким уровнем тревожности увеличилось до 28 (87,5 %), а умеренная степень сохранилась лишь у 4 (12,5 %) (рисунок 4.2). Эти результаты показывают, что реактивный компонент тревожности является достаточно чувствительным к интервенционным воздействиям, особенно при наличии адекватной социальной и психологической поддержки в антенатальный период.



Динамика уровней реактивной тревожности до и после психоэмоциональной поддержки



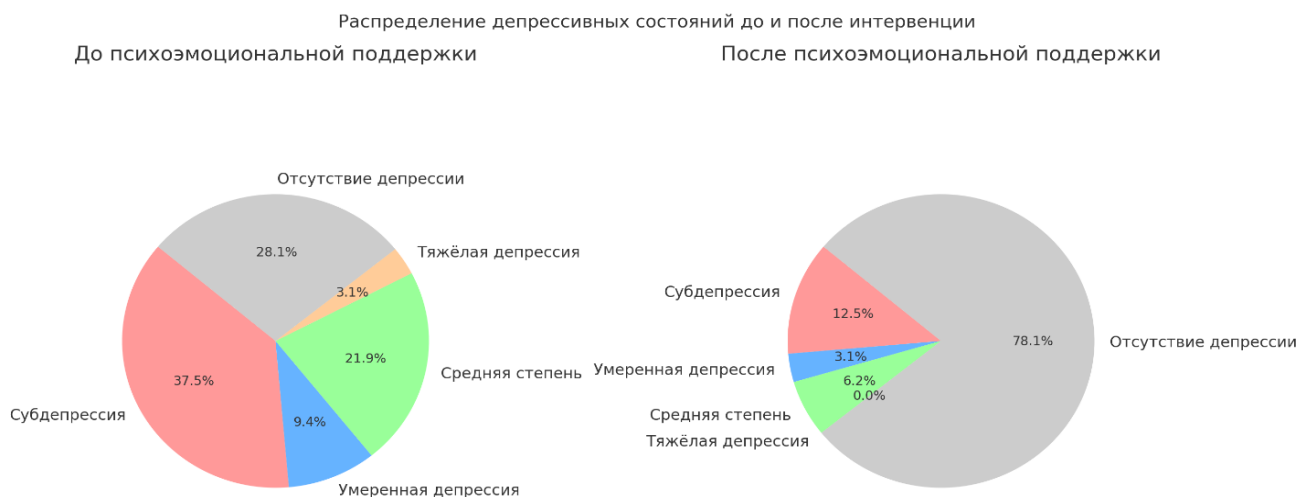
**Рисунок 4.2. - Динамика уровней реактивной тревожности до и после психо-эмоциональной поддержки**

В отличие от реактивной тревожности, показатели личностной тревожности продемонстрировали устойчивость, не изменяясь под влиянием проведённых коррекционных мероприятий. Умеренный уровень личностной тревожности, отражающий относительно стабильные черты тревожного реагирования, был зафиксирован у 12 женщин (37,5 %) как до, так и после психоэмоциональной поддержки. Высокая степень тревожности, характерная для выраженных личностных особенностей тревожного регистра, также оставалась без изменений и отмечалась у 20 участниц (62,5 %) на обоих этапах наблюдения. Отсутствие положительной динамики указывает на наличие устойчивых личностных установок, формирующихся под влиянием длительных стрессовых факторов миграционной среды, и подчёркивает необходимость применения более длительных и индивидуализированных форм психологического сопровождения.

Особое внимание в анализе было уделено структуре депрессивной симптоматики. До проведения психоэмоциональной поддержки депрессивные расстройства различной степени выраженности диагностировались у 23 женщин (71,9 % выборки). Распределение состояний выглядело следующим

образом: субдепрессия наблюдалась у 12 участниц (37,5 %), депрессия умеренной выраженности – у 3 (9,4 %), депрессия средней степени тяжести – у 7 (21,9 %), тяжёлая форма – у одной женщины (3,1 %). У 9 обследованных (28,1 %) признаков депрессивных нарушений выявлено не было.

После реализации комплекса психоэмоциональной поддержки отмечалась выраженная положительная динамика: субдепрессия сохранялась у 4 женщин (12,5 %), умеренная депрессия – у 1 (3,1 %), депрессия средней степени тяжести – у 2 (6,3 %). Тяжёлые формы не регистрировались. При этом значительно возросла доля женщин без признаков депрессии – до 25 человек (78,1 %) (рисунок 4.3).



**Рисунок 4.3. - Распределение депрессивных состояний до и после психо-эмоциональной паддержки**

Таким образом, результаты исследования показывают, что психоэмоциональная поддержка в пренатальный период способствует заметному снижению уровня реактивной тревожности и выраженности депрессивных проявлений у беременных женщин, находящихся в условиях миграционной социальной уязвимости. Вместе с тем устойчивость личностной тревожности к кратковременным вмешательствам подчёркивает необходимость создания и внедрения программ длительного психотерапевтического

сопровождения, учитывающих индивидуальные особенности и социальный контекст жизни этих женщин.

#### **4.2. Акушерские исходы беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в зависимости от ведения беременности**

Представлена сравнительная характеристика акушерских исходов у беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, с учётом особенностей организации дородового наблюдения и психоэмоционального сопровождения. Целью анализа было выявление взаимосвязи между наличием комплексной медико-психологической поддержки в период гестации и частотой развития гестационных осложнений.

В исследование включены две группы: основная, состоящая из 32 беременных мигранток, которым оказывалось полное дородовое сопровождение в соответствии с современными стандартами ведения физиологической беременности с обязательным включением психоэмоциональной поддержки; и группа сравнения из 68 беременных женщин, находившихся в сопоставимых условиях, но не получавших медико-психологического сопровождения и наблюдавшихся вне рамок протокольных регламентов акушерской помощи.

Анализ частоты гестационных осложнений охватывал широкий спектр патологических состояний: преэклампсию различной степени тяжести, нарушения объёма околоплодных вод, преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит, угрозу прерывания беременности на разных сроках, рвоту беременных, а также нарушения кровотока в системе «мать–плацента–плод». Для статистической обработки использовался критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, что является обоснованным подходом при сравнении малых и средних выборок в условиях ограниченного числа наблюдений.

Согласно полученным данным, умеренная преэклампсия была выявлена у одной женщины основной группы (3,1 %) и у трёх пациенток группы сравнения (4,4 %) ( $\chi^2 = 0,058$ ;  $p > 0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий. Тяжёлая форма преэклампсии зарегистрирована только в

основной группе (1 случай; 3,1 %), тогда как в группе сравнения подобные эпизоды отсутствовали ( $\chi^2 = 0,150$ ;  $p > 0,05$ ).

**Таблица 4.2. – Частота осложнений беременности в обследованных группах женщин с и без психо-эмоциональной поддержки**

Осложнение	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
Умеренная преэклампсия	1/32	3/68	0.058	$p > 0,05$
Тяжелая преэклампсия	1/32	0/68	0.150	$p > 0,05$
Маловодие	3/32	2/68	0.784	$p > 0,05$
Многоводие	1/32	1/68	0.046	$p > 0,05$
ДРПО	3/32	11/68	0.367	$p > 0,05$
Хорионамнионит	1/32	5/68	0.144	$p > 0,05$
Угроза прерывания беременности 2 и 3 триместр	4/32	5/58	0.216	$p > 0,05$
Угроза прерывания беременности 1 триместр	11/32	14/68		
Рвота беременных	2/32	4/68	0.144	$p > 0,05$
Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод	10/32	5/68	7.962	$p > 0,05$

Частота маловодия составила 3 случая (9,4 %) в основной группе и 2 случая (2,9 %) в группе сравнения ( $\chi^2 = 0,784$ ;  $p > 0,05$ ). Многоводие регистрировалось по одному случаю в каждой из групп ( $\chi^2 = 0,046$ ;  $p > 0,05$ ), что указывает на сопоставимые значения по данному параметру.

Дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) наблюдался у 3 женщин основной группы (9,4 %) и у 11 женщин группы сравнения (16,2 %) ( $\chi^2 = 0,367$ ;

$p > 0,05$ ). Хорионамнионит диагностирован у 1 женщины основной группы и у 5 пациенток группы сравнения ( $\chi^2 = 0,144$ ;  $p > 0,05$ ).

Угроза прерывания беременности во втором и третьем триместре зафиксирована у 4 участниц основной группы и у 5 женщин группы сравнения ( $\chi^2 = 0,216$ ;  $p > 0,05$ ). В первом триместре угроза прерывания регистрировалась у 11 женщин основной группы (34,4 %) и у 14 женщин группы сравнения (20,6 %); однако статистическая обработка по данному показателю не проведена, что не позволяет сделать достоверный вывод о различиях.

Рвота беременных отмечалась с одинаковой частотой в обеих группах: у 2 женщин в основной и у 4 в контрольной ( $\chi^2 = 0,144$ ;  $p > 0,05$ ).

Наибольшее различие между группами установлено по показателю нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод»: в основной группе они встречались у 10 женщин (31,2 %), тогда как в группе сравнения - у 5 (7,4 %). Несмотря на высокое значение  $\chi^2 = 7,962$ , уровень статистической значимости не достиг порогового значения ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, несмотря на отсутствие статистически значимых различий по перечисленным гестационным осложнениям, выявленные тенденции указывают на возможное положительное влияние комплексной медико-психологической поддержки на течение беременности у женщин-мигранток. Наиболее заметно это проявляется в снижении частоты воспалительных и гипоксических осложнений. Полученные данные подчёркивают необходимость дальнейшего исследования роли психоэмоциональных факторов и организации сопровождения беременности в данной уязвимой группе, а также потенциальную целесообразность включения подобных подходов в клинические рекомендации по ведению беременных мигранток.

В рамках комплексного анализа акушерских исходов особое внимание было уделено сопоставлению сроков родоразрешения у женщин в зависимости от наличия медико-психологического сопровождения. Этот показатель рассматривается как один из ключевых интегративных маркеров, отражающих

как физиологическое течение беременности, так и эффективность дородового наблюдения, а также адаптационный потенциал организма женщины в условиях стрессогенных факторов миграционной среды.

Полученные результаты демонстрируют выраженные различия между основной и контрольной группами. В основной группе ( $n = 32$ ), где беременные женщины получали комплексное сопровождение, включавшее медицинский и психологический компоненты, в большинстве случаев (78,1 %; 25 женщин) родоразрешение происходило в срок - от 37 до 41<sup>6</sup> недель гестации. Преждевременные роды, наступившие до 37-й недели, были зафиксированы у 6 участниц (18,75 %), а запоздалые роды (после 41<sup>6</sup> недели) отмечены лишь у одной женщины (3,15 %). Данное распределение отражает высокую степень компенсированности гестационного процесса, достигнутую благодаря мультидисциплинарному подходу к антенатальному сопровождению, позволившему своевременно нивелировать неблагоприятные психосоциальные и соматические факторы.

В группе сравнения ( $n = 68$ ), где беременные не получали комплексной дородовой помощи в соответствии с клиническими рекомендациями, структура сроков родов оказалась менее благоприятной. Срочные роды отмечены лишь у 22 женщин (32,4 %), тогда как в 50 % случаев (34 женщины) имели место преждевременные роды, что почти втрое превышает частоту аналогичного исхода в основной группе. Запоздалые роды наблюдались у 12 женщин (17,6%), что также заметно выше, чем в основной группе (таблица 4.3).

**Таблица 4.3. – Сроки родоразрешения в обследованных группах женщин**

Роды	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
Срочные	25/32	22/68	16.510	$p < 0,05$
Преждевременные	6/32	34/68	7.600	$p < 0,05$
Запоздалые	1/32	12/68	2.875	$p > 0,05$

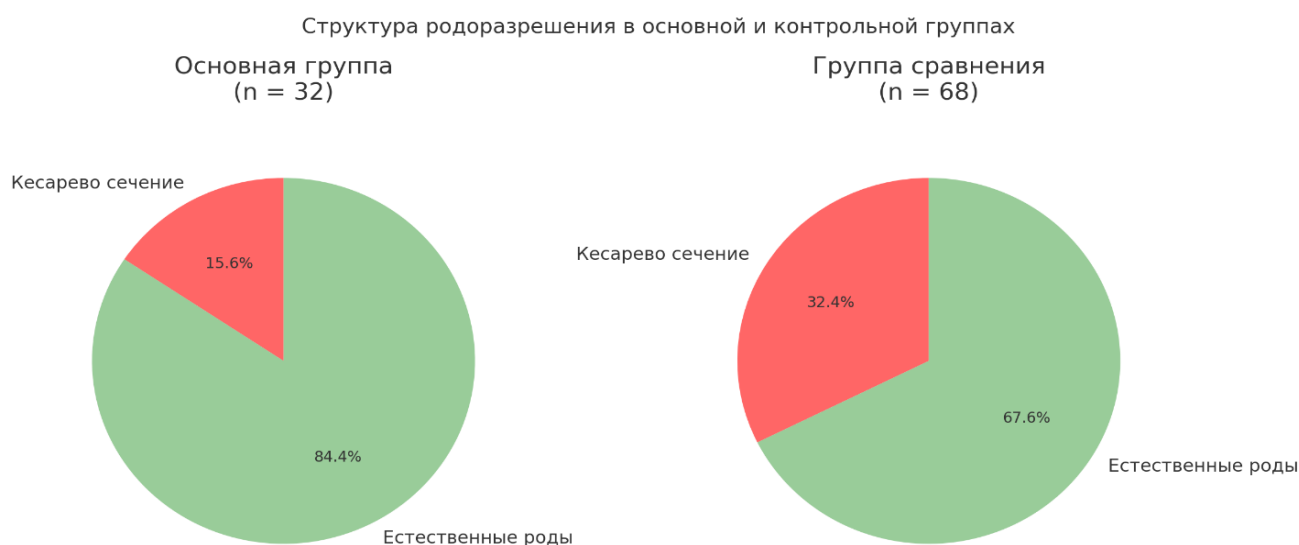
Проведённый статистический анализ с использованием критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса выявил достоверные различия по частоте срочных родов ( $\chi^2 = 16,510$ ;  $p < 0,05$ ) и преждевременных родов ( $\chi^2 = 7,600$ ;  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о статистически значимом влиянии психоэмоционального сопровождения на продолжительность гестационного периода. В то же время различия по частоте запоздалых родов ( $\chi^2 = 2,875$ ;  $p > 0,05$ ) не достигли уровня статистической значимости, что, вероятно, связано с относительно малым числом таких случаев в обеих выборках и, как следствие, ограниченной статистической мощностью анализа данного показателя.

В совокупности результаты исследования позволяют заключить, что наличие медико-психологической поддержки в период беременности у женщин-мигранток существенно снижает риск преждевременного родоразрешения и, напротив, повышает вероятность наступления родов в физиологически оптимальные сроки. Эти данные подчёркивают важность включения психоэмоционального компонента в систему антенатального наблюдения за беременными, находящимися в социально уязвимых условиях, и подтверждают обоснованность междисциплинарного подхода к организации акушерской помощи в миграционно активных популяциях.

В рамках анализа акушерских исходов особое внимание уделялось частоте оперативного родоразрешения методом кесарева сечения (КС) среди беременных женщин-мигранток в зависимости от характера родового наблюдения и наличия психоэмоциональной поддержки. Данный показатель рассматривается как один из ключевых индикаторов акушерской тактики и эффективности антенатального мониторинга состояния матери и плода.

В основной группе, включавшей 32 беременных женщин, которым в течение гестационного периода оказывалась структурированная медико-психологическая поддержка, кесарево сечение выполнено в 5 случаях, что составило 15,6 % от общего числа родов. Конкретизация показаний к операции позволяет оценить её клиническую обоснованность. Так, в трёх случаях (9,4 %) кесарево сечение было произведено по экстренным показаниям в связи с

дородовым разрывом плодных оболочек, сопровождавшимся отсутствием самостоятельной родовой деятельности и риском восходящей инфекции. В одном наблюдении (3,1 %) операция проводилась при многократном обвитии пуповины вокруг шеи плода с признаками внутриутробной гипоксии, выявленной при доплерометрии. Ещё одно кесарево сечение носило экстренный характер и выполнялось по витальным показаниям на фоне тяжёлой преэклампсии с высоким риском для жизни матери и ребёнка (рисунок 4.4).



**Рисунок 4.4. - Структура родоразрешения в основной и контрольной группе**

В контрольной группе, включавшей 68 беременных женщин, не получавших целенаправленного медико-психологического сопровождения и наблюдавшихся вне рамок регламентированных стандартов ведения беременности, частота кесарева сечения составила 22 случая, что эквивалентно 32,4 % от общего числа родов в данной группе. Почти каждый третий случай завершался оперативным вмешательством, что может указывать на более высокую частоту осложнённых или некомпенсированных гестационных состояний. При этом в представленных данных не уточнялись клинические показания к кесареву сечению, однако высокая доля таких операций может быть связана с несвоевременной диагностикой фетоплацентарной

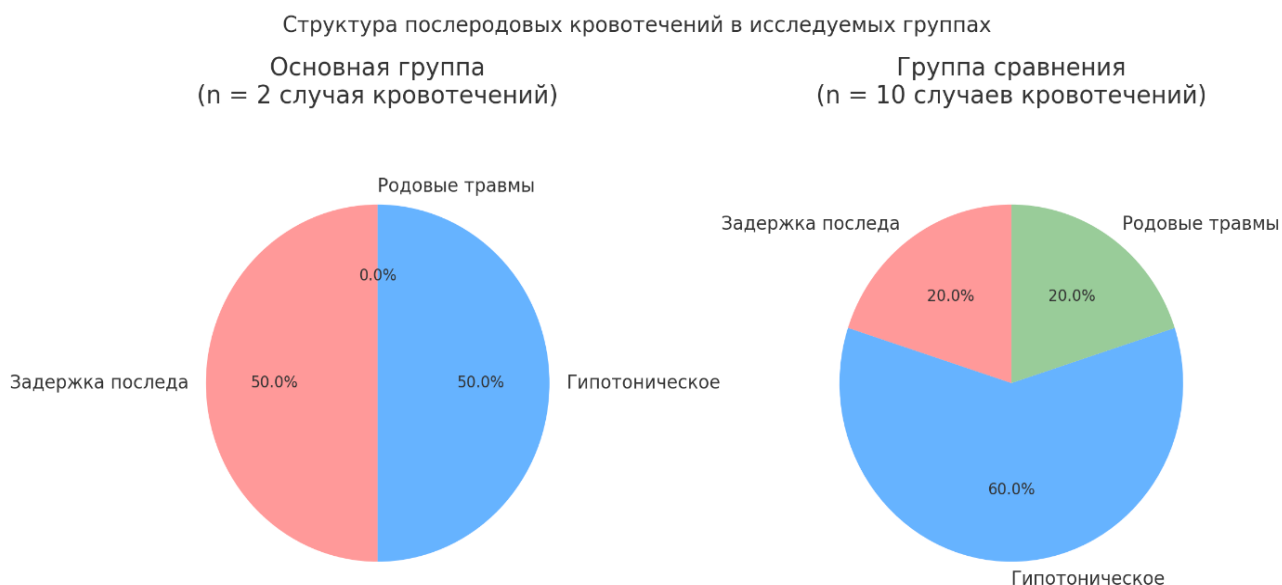


недостаточности, нарушениями родовой деятельности и неэффективной подготовкой к родам. Сравнительный анализ показал, что частота кесарева сечения в основной группе была более чем в два раза ниже, чем в группе сравнения.

В рамках исследования также проанализированы послеродовые осложнения у женщин-мигранток в зависимости от условий антенатального наблюдения и наличия психоэмоциональной поддержки. Послеродовой период рассматривается как критически важный этап репродуктивного цикла, в течение которого сохраняется высокий риск развития геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений, оказывающих непосредственное влияние на материнскую заболеваемость и последующую репродуктивную функцию.

В основной группе, включавшей 32 женщины, которым оказывалось комплексное дородовое сопровождение с включением клинико-акушерского и психоэмоционального компонентов, послеродовые осложнения наблюдались в единичных случаях, что может свидетельствовать об эффективности проведённого прегравидарного и антенатального контроля. Так, у одной пациентки (3,1 %) возникло послеродовое кровотечение, связанное с задержкой остатков плаценты, потребовавшее немедленного вмешательства. Ещё один случай (3,1 %) гипотонического кровотечения был обусловлен сниженной сократительной активностью миометрия (рисунок 4.5).

Септические осложнения включали два эпизода клинически выраженного эндометрита, развившегося в раннем послеродовом периоде, и один случай субинволюции матки, отражающий нарушение процессов восстановления после родов. Кроме того, у одной женщины зафиксировано воспаление рубца на матке после кесарева сечения, что могло быть связано с нарушением асептики либо индивидуальными особенностями репаративных процессов.

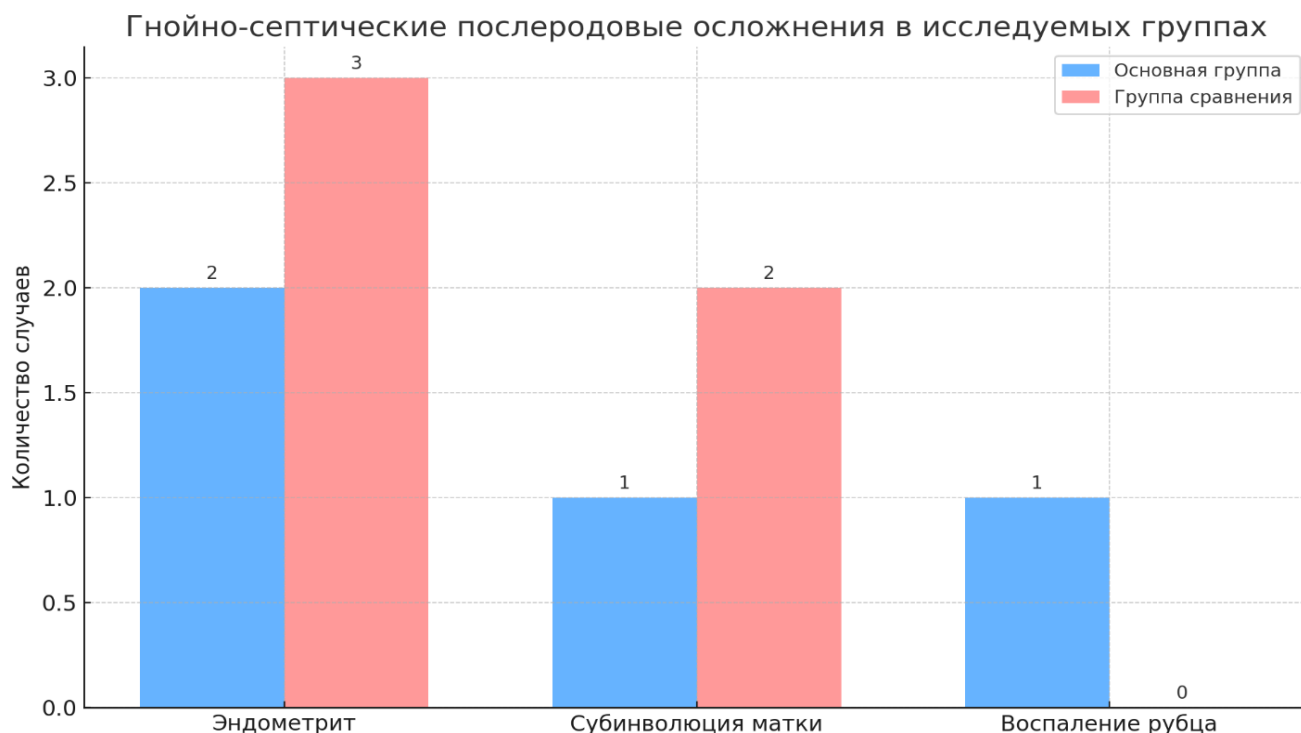


**Рисунок 4.5. - Структура послеродовых кровотечений в исследуемых группах**

В контрольной группе, включавшей 68 женщин, беременность которых протекала вне системы структурированного антенатального наблюдения и без психоэмоциональной поддержки, частота и спектр послеродовых осложнений были более выраженными по сравнению с основной группой. Так, послеродовое кровотечение, связанное с задержкой частей последа, зарегистрировано у двух пациенток (2,9 %). Существенно чаще отмечались гипотонические кровотечения - шесть случаев (8,8 %), что, вероятно, связано с недостаточной профилактикой атонии матки как в третьем периоде родов, так и в раннем послеродовом этапе. Кроме того, выявлены два эпизода кровотечений, обусловленных родовыми травмами мягких тканей промежности I и II степени, потребовавших акушерско-хирургической коррекции. Представленные данные подчёркивают необходимость усиления перинатального контроля и внедрения индивидуализированных протоколов профилактики послеродовых кровопотерь в группах высокого риска, к которым относятся женщины-мигрантки, находящиеся в условиях ограниченного доступа к медицинской помощи.

Среди инфекционно-воспалительных осложнений в контрольной группе зафиксированы три случая эндометрита и два эпизода субинволюции матки,

что может отражать как исходную соматическую отягощённость, так и ограниченный доступ к медицинской помощи в постнатальном периоде. При этом воспаление в области рубца после кесарева сечения в данной группе не наблюдалось (рисунок 4.6).



**Рисунок 4.6. - Гнойно-септические послеродовые осложнения в исследуемых группах**

Сравнительный анализ данных указывает на потенциальное значение антенатального психоэмоционального сопровождения в снижении частоты послеродовых осложнений. Интеграция междисциплинарных подходов, включающих элементы психопрофилактики, акушерского наблюдения и мониторинга функционального состояния матки, позволяет своевременно выявлять и корректировать факторы риска, формирующие послеродовую патологию. Эти результаты подчёркивают необходимость расширения программ антенатального патронажа с обязательным включением психосоциальной поддержки, особенно для женщин, находящихся в условиях миграционно обусловленной социальной уязвимости.

#### 4.3. Перинатальные исходы беременных женщин, находящихся в трудовой миграции в зависимости от ведения беременности.

В данном разделе представлен сравнительный анализ перинатальных исходов у беременных женщин-мигранток в зависимости от характера антенатального наблюдения и наличия междисциплинарного сопровождения. Перинатальные показатели отражают совокупность физиологических, акушерских и неонатальных процессов, происходящих в период гестации, и служат ключевыми индикаторами эффективности пренатальной помощи.

Основная группа включала 32 женщины, беременность которых протекала под наблюдением в рамках комплексной модели дородового сопровождения. Эта модель предусматривала не только стандартный акушерский контроль, но и регулярную психоэмоциональную поддержку, направленную на снижение тревожности и дистресса, а также на повышение адаптационных возможностей женщин к материнству.

Контрольную группу составили 68 женщин, не получавших систематического антенатального сопровождения и находившихся вне структурированных программ пренатальной помощи. Сравнительный анализ охватывал показатели массы тела новорождённых, их адаптационного состояния при рождении, частоту асфиксии, а также структуру перинатальной смертности (таблица 4.7).

**Таблица 4.7. – Распределение по массе тела новорожденных обследованных женщин**

Масса	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
500-1000	0	0		
1000-1500	0	0		
1500- 2500	1	11	2.383	p>0,05
2500-3000	8	23	0.433	p>0,05
3000-3500	13	20	0.782	p>0,05
3500 и >	10	14	0.835	p>0,05

Анализ массы тела новорождённых показал, что дети с недостаточной массой (1500–2500 г) рождались преимущественно в контрольной группе - 11 случаев (16,2 %), тогда как в основной группе зафиксирован лишь один подобный случай (3,1 %). Хотя статистически значимых различий между группами по данному параметру не выявлено ( $\chi^2 = 2,383$ ;  $p > 0,05$ ), отмечается клиническая тенденция, указывающая на возможную связь отсутствия медико-психологического сопровождения с повышенным риском фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипотрофии.

Большинство новорождённых в обеих группах имели массу тела в пределах физиологической нормы (2500–3500 г). Вместе с тем, в основной группе отмечалась более высокая доля детей с массой  $\geq 3500$  г (31,2 % против 20,6 %), что может отражать более стабильный нутритивный статус и меньшее влияние хронического стресса на внутриутробный рост.

Следующим важным критерием перинатального благополучия стала оценка жизнеспособности новорождённых по шкале Апгар на первой минуте жизни. Достоверные различия между группами были зафиксированы в распределении высоких баллов: в основной группе 6 детей (18,75 %) получили 9 баллов, тогда как в контрольной группе таких случаев не наблюдалось ( $\chi^2 = 10,443$ ;  $p < 0,05$ ). Этот результат указывает на более высокий уровень родовой адаптации у новорождённых, матери которых получали комплексную поддержку в период беременности.

Оценки 8 и 7 баллов встречались в обеих группах, однако в контрольной группе значительно выше оказалась доля новорождённых с 7 баллами - 29 случаев против 8 в основной. Это может отражать более выраженные проявления внутриутробной или интранатальной гипоксии у детей женщин без системного антенатального сопровождения.

Особого внимания заслуживает тот факт, что низкие оценки ( $< 7$  баллов), указывающие на наличие асфиксии лёгкой и средней степени тяжести, встречались исключительно в контрольной группе. Здесь были зафиксированы единичные случаи с оценками 6, 5, 4, 2 и даже 0 баллов. В основной группе

такие исходы отсутствовали, за исключением двух новорождённых с результатом 6 баллов.

**Таблица 4.5. - Распределение новорожденных по оценочным балам соответственно шкале Апгар на 1-й минуте**

Апгар	Основная группа	Группа сравнения	$\chi^2$ с поправкой Йейтса	Уровень значимости
9	6	0	10.443	$p < 0,05$
8	16	25	1.076	$p > 0,05$
7	8	29	2.199	$p > 0,05$
6	2	1	0.461	$p > 0,05$
5	0	2	0.046	$p > 0,05$
4	0	3	0.334	$p > 0,05$
3	0	0		
2	0	1	0.150	$p > 0,05$
1	0	1	0.150	$p > 0,05$
0	0	6	1.643	$p > 0,05$

Совокупный анализ показал, что частота асфиксии (оценка  $< 7$  баллов на 1-й минуте) в контрольной группе составила не менее 13 случаев (19,1 %), тогда как в основной группе отмечено лишь 2 случая (6,3 %). Эти данные позволяют предполагать, что наличие комплексной пренатальной и психоэмоциональной поддержки снижает риск гипоксических нарушений и способствует формированию более выраженных компенсаторных механизмов у плода.

Наиболее выраженные различия между исследуемыми группами касались показателей перинатальных потерь. В основной группе летальные исходы отсутствовали, что свидетельствует о высокой эффективности структурированного пренатального наблюдения. В группе сравнения зафиксировано восемь случаев перинатальной гибели, включая четыре антенатальные, две интранатальные и два эпизода ранней неонатальной потери. В шести из них причиной выступали тяжёлые врождённые пороки развития, охватывающие центральную нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную

системы. Отсутствие своевременной диагностики указанных пороков обусловлено поздним обращением женщин за медицинской помощью, нерегулярным прохождением скрининговых исследований и ограниченной доступностью диагностических ресурсов в условиях социальной нестабильности.

Интранатальные смерти были связаны с выраженной внутриутробной гипоксией на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек и экстремально раннего срока родов (до 28 недель); масса плодов составляла 1500–1600 г. Ранние неонатальные потери наблюдались у детей, рождённых на аналогичных сроках, и были обусловлены тяжёлым респираторным дистресс-синдромом, развившимся вследствие незрелости лёгочной ткани. Несмотря на проведение интенсивной терапии, реанимационные мероприятия оказались неэффективными.

Аntenатальная гибель плода в контрольной группе регистрировалась на сроках 31–34 недели у четырёх женщин; масса всех плодов не превышала 2500 г. Все случаи были ассоциированы с диагностически невыявленными врождёнными пороками развития, что подчёркивает значимость своевременного и систематического антенатального наблюдения в уязвимых популяциях.

Подобная структура летальных исходов свидетельствует о несвоевременном выявлении признаков фетального дистресса, недостаточной адекватности тактики ведения родов и ограниченных возможностях оказания специализированной неонатологической помощи в критических ситуациях.

Таким образом, обобщение результатов сравнительного анализа позволяет заключить, что наличие структурированного антенатального сопровождения беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, оказывает достоверно положительное влияние на исходы беременности для плода и новорождённого. Программы дородовой помощи, сочетающие акушерское наблюдение с психоэмоциональной поддержкой, способствуют снижению частоты гипотрофии, улучшению адаптационного

статуса новорождённых, сокращению случаев асфиксии и позволяют полностью избежать перинатальных потерь. Учитывая высокую степень социальной, юридической и медицинской уязвимости данной категории женщин, полученные результаты подтверждают необходимость институционализации пренатальных патронажных программ с обязательным включением компонентов психосоциальной поддержки в систему охраны материнства и детства.



## ГЛАВА 5. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема сохранения психоэмоционального здоровья беременных женщин-мигранток в последние годы всё чаще рассматривается в научных публикациях как зарубежных, так и отечественных авторов. Вынужденная миграция сопровождается множеством стрессовых факторов: юридической нестабильностью, социальной дезадаптацией, ограниченным доступом к медицинской помощи и недостатком психосоциальной поддержки. Согласно современным представлениям, психическое и репродуктивное здоровье женщин-мигранток, особенно в период беременности, является одной из приоритетных задач перинатальной и социальной медицины. Анализ литературных данных, представленных в первой главе, позволил сформулировать выводы, которые соотносятся с результатами эмпирической части диссертационного исследования. В научных работах подчёркивается значимая роль психоэмоционального состояния беременных женщин-мигранток в формировании особенностей течения беременности, исходов родов и перинатального прогноза. Эти наблюдения находят подтверждение в материалах, полученных при изучении основной и контрольной групп в рамках проведённого исследования.

Так, по данным Tian G. и соавт. (2024), уровень психоэмоционального благополучия беременных напрямую определяется степенью социальной поддержки и стабильностью условий проживания [123]. Женщины, оказавшиеся в миграционной среде, особенно при трудовой миграции, значительно чаще сталкиваются с правовой и бытовой незащищённостью, что создаёт благоприятные условия для формирования тревожных и депрессивных расстройств. Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают этот вывод: при отсутствии целенаправленной психоэмоциональной помощи признаки тревожно-депрессивного спектра фиксировались более чем у 70 % женщин контрольной группы, тогда как в основной группе после проведения коррекционных мероприятий их частота существенно снижалась. Данные

факты демонстрируют высокую значимость превентивного подхода, основанного на психосоциальной поддержке.

Аналогичные наблюдения представлены в работе Atak и соавт. (2023), где подчёркивается, что среди беременных мигранток, проживающих в Турции, тревожность и депрессивные состояния являются наиболее распространёнными нарушениями, особенно в поздние сроки гестации [124]. Их формирование связано не только с физиологическими изменениями и гормональными колебаниями, характерными для периода беременности, но и с выраженной социокультурной дезадаптацией. Эти выводы коррелируют с результатами настоящего исследования: высокая личная тревожность сохранялась у значительной части женщин контрольной группы, что объясняется отсутствием системных психокоррекционных мероприятий.

Исследование Nwoke и соавт. (2023), выполненное среди африканских мигранток в Канаде, акцентирует внимание на значимости интегративных моделей сопровождения, в которых акушерский, психологический и социальный компоненты реализуются одновременно и в тесном взаимодействии. Авторы подчёркивают, что именно мультидисциплинарный формат ведения позволяет снизить уровень тревожности и повысить готовность женщин к родам. Сравнение с результатами настоящего исследования показывает полное согласие с данными выводами: в основной группе, где применялись элементы структурированного психоэмоционального сопровождения, зафиксированы более благоприятные сроки родоразрешения, меньшая частота экстренных кесаревых сечений и отсутствие случаев перинатальной смертности.

В работе Wallace и соавт. (2022) представлены экспериментальные доклинические данные, подтверждающие, что хронический пренатальный стресс способен оказывать комплексное неблагоприятное воздействие как на плод, так и на организм матери [116]. У плодов он индуцирует когнитивные и поведенческие нарушения, а у женщин ассоциирован с развитием сосудистых и эндокринных осложнений, включая преэклампсию. Эта установленная

взаимосвязь позволяет интерпретировать полученные в диссертационном исследовании результаты: более высокая частота гипотонических кровотечений, дородового разрыва плодных оболочек, нарушений маточно-плацентарного кровотока и преждевременных родов в контрольной группе напрямую соотносится с отсутствием системного междисциплинарного сопровождения и некомпенсированным влиянием стрессовых факторов.

Работа Tian M.-L. и соавт. (2023) представляет ценный анализ влияния социальной политики и возрастных факторов на течение беременности. Авторы показывают, что женщины с хронической соматической патологией, возрастными особенностями и ограниченным доступом к медицинскому сопровождению чаще сталкиваются с осложнённым течением гестации, включая анемию, гипоксию плода, преждевременные роды и высокий уровень перинатальной смертности. Эти выводы полностью согласуются с результатами, полученными в рамках настоящего исследования: в контрольной группе отмечалась высокая частота осложнений, преждевременные роды фиксировались в половине наблюдений, регистрировалась значительная доля оперативных вмешательств, а также септических и геморрагических осложнений в послеродовом периоде.

В противоположность этому, в основной группе, где применялось комплексное медико-психологическое сопровождение, преобладали срочные роды (78,1 %), случаи перинатальных потерь отсутствовали, а акушерские исходы в целом характеризовались как благоприятные.

Таким образом, сопоставление литературных данных и эмпирических результатов исследования подтверждает, что внедрение структурированных программ психоэмоциональной поддержки оказывает выраженный положительный эффект не только на субъективное психоэмоциональное состояние беременных, но и на объективные акушерские и перинатальные показатели. Полученные факты служат основанием для разработки и практического внедрения междисциплинарных моделей пренатального патронажа, включающих обязательный компонент психосоциальной

поддержки. Особенно актуально это для социально уязвимых категорий, к числу которых относятся женщины-мигрантки.

Результаты диссертационного исследования демонстрируют их полное соответствие изначально сформулированной гипотезе: комплексное антенатальное сопровождение, включающее психоэмоциональный аспект, способствует оптимизации течения беременности, снижению частоты осложнений и улучшению перинатальных исходов.

Анализ и интерпретация полученных данных должны быть соотнесены с изначально сформулированной целью диссертационного исследования, поскольку именно она определила методологическую основу, структуру и логику дальнейшего анализа. Цель исследования заключалась в оценке влияния психоэмоционального состояния беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, на течение беременности, характер родоразрешения и перинатальные исходы. Данный выбор был обусловлен необходимостью комплексного научного осмысления факторов, способствующих формированию акушерской и неонатальной патологии в социально уязвимой группе.

Как показано в литературном обзоре (глава 1), женщины-мигрантки подвергаются множественным рискам: правовой нестабильности, социальной и культурной дезадаптации, ограниченному доступу к квалифицированной медицинской помощи и дефициту устойчивой психосоциальной поддержки. Эти обстоятельства формируют предпосылки для возникновения тревожных и депрессивных состояний, которые оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности и процесс родоразрешения.

Современные зарубежные и отечественные исследования [116, 123, 124,] подтверждают наличие прямой корреляционной связи между психоэмоциональным дистрессом и ростом частоты преждевременных родов, нарушений маточно-плацентарного кровотока, гипотонии матки, а также увеличением показателей перинатальной смертности. Эти данные подчёркивают актуальность и обоснованность заявленной цели исследования и

обеспечивают методологическую основу для интерпретации полученных в работе результатов.

На этом фоне сформулированная цель исследования была ориентирована на эмпирическую проверку гипотезы о том, что системное антенатальное сопровождение, включающее психоэмоциональную поддержку, способно существенно улучшить как психологическое состояние беременных женщин, так и их акушерские и перинатальные исходы. Представленные в главах 3 и 4 результаты подтвердили эту гипотезу. В основной группе, где реализовывалось структурированное дородовое сопровождение с сочетанием психологической и клиничко-акушерской поддержки, зафиксирована отчётливая положительная динамика показателей тревожности и депрессии, более благоприятное распределение сроков родоразрешения, снижение частоты гипотонических и инфекционно-воспалительных осложнений, а также полное отсутствие случаев перинатальной смертности.

Таким образом, обоснованность выбора цели подтверждается как теоретическими предпосылками, сформулированными в литературном обзоре, так и конкретными клиничко-эмпирическими результатами проведённого исследования. Совокупность полученных данных подчёркивает необходимость разработки и внедрения интегративных моделей антенатального сопровождения беременных женщин-мигранток, что может рассматриваться в качестве приоритетного направления в модернизации системы перинатальной помощи.

Сформулированная цель настоящего исследования предполагала комплексное изучение взаимосвязи психоэмоциональных и гормональных показателей беременных женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, с особенностями течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальными исходами. В соответствии с этим были определены конкретные исследовательские задачи, последовательная реализация которых позволила всесторонне оценить поставленную проблему.

Первая задача была направлена на изучение клинико-социальных и анамнестических характеристик беременных женщин - трудовых мигрантов из Республики Таджикистан, временно находящихся на территории Российской Федерации. Проведённый анализ показал, что значительная часть обследованных имела социально уязвимый статус, не находилась под регулярным медицинским наблюдением, испытывала ограниченный доступ к квалифицированной акушерско-гинекологической помощи, а также отличалась высокой частотой отягощённого соматического и акушерского анамнеза. Полученные данные согласуются с результатами, представленными в литературе, и подтверждают важную роль миграционного стресса и дефицита системной медицинской поддержки как факторов риска неблагоприятного течения беременности и осложнённых перинатальных исходов.

Решение второй задачи, направленной на оценку психоэмоционального состояния беременных женщин-мигранток, позволило выявить высокий уровень личной тревожности у 62,5 % обследованных и умеренную реактивную тревожность у 31,2 % участниц. До проведения интервенционных мероприятий депрессивные состояния различной степени выраженности регистрировались у 71,9 % женщин, что отражает выраженное психологическое напряжение, сопровождающее процесс миграции. Проведение психоэмоциональной поддержки обеспечило значимое снижение уровня тревожности и депрессивных расстройств: субдепрессия сохранялась лишь у 12,5 % женщин, тяжёлые формы депрессии отсутствовали, а количество женщин без признаков депрессивных нарушений увеличилось до 78,1 %. Полученные результаты подтверждают эффективность психокоррекционного вмешательства в рамках антенатального сопровождения.

Решение третьей задачи, связанной с изучением гормонального профиля беременных женщин, показало наличие нарушений в уровнях кортизола и гормонов фето-плацентарного комплекса у участниц с выраженными психоэмоциональными расстройствами. Данные изменения, отражающие дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, коррелировали с

высокими уровнями тревожности и выраженностью депрессивной симптоматики. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи нейроэндокринной регуляции и психоэмоционального состояния в период беременности, особенно в условиях миграционного стресса.

Четвёртая задача предполагала анализ акушерских исходов и показателей перинатальной заболеваемости. Установлено, что в основной группе частота срочных родов составила 78,1 %, тогда как в контрольной группе данный показатель достигал лишь 32,4 %. Преждевременные роды регистрировались у 18,8 % женщин основной группы против 50 % в группе сравнения. Кроме того, среди участниц основной группы отмечено достоверное снижение частоты гипотонических кровотечений и септических осложнений, а также полное отсутствие случаев перинатальной смертности. В то же время в контрольной группе зафиксированы восемь случаев перинатальной гибели, включавшие антенатальные, интранатальные и ранние неонатальные смерти. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что систематическое антенатальное наблюдение, дополненное психоэмоциональной поддержкой, оказывает значимое влияние на улучшение клинических исходов беременности.

Пятая задача была направлена на установление корреляционных взаимосвязей между психоэмоциональными и гормональными нарушениями и развитием акушерских осложнений. Проведённый анализ показал, что высокий уровень тревожности и изменения гормонального профиля достоверно ассоциировались с повышенной частотой дородового разрыва плодных оболочек, нарушений маточно-плацентарного кровотока, а также с осложнённым течением беременности, включающим родоразрешение через кесарево сечение по экстренным показаниям. Эти данные подчёркивают патогенетическую роль психоэндокринного дистресса в формировании осложнённого течения беременности у женщин-мигранток.

Шестая задача была направлена на оценку эффективности комплексного подхода к ведению беременности с обязательным включением психоэмоциональной поддержки. Результаты исследования показали, что у

женщин основной группы наблюдались достоверные улучшения по всем ключевым параметрам - клиническим, психологическим и гормональным. Это позволяет заключить, что интеграция междисциплинарных подходов в систему антенатального сопровождения женщин мигрантского происхождения является обоснованной и соответствует принципам доказательной медицины. Снижение уровня тревожности и депрессивных проявлений, нормализация гормонального профиля, уменьшение частоты преждевременных родов, послеродовых осложнений и отсутствие случаев перинатальной смертности подтверждают эффективность комплексной модели наблюдения беременных в условиях социальной и миграционной уязвимости.

Таким образом, поэтапное решение поставленных задач обеспечило достижение цели диссертационного исследования и позволило выявить значимые взаимосвязи между психоземotionalными, гормональными и клиническими характеристиками. Эти данные формируют основу для разработки научно обоснованных медико-социальных стратегий сопровождения беременности у женщин, находящихся в условиях трудовой миграции.

В рамках диссертационного исследования проведена комплексная характеристика клинико-социального состава и применённого методологического подхода при обследовании 100 беременных женщин, находившихся в условиях трудовой миграции. Все участницы являлись гражданками Республики Таджикистан, временно проживающими на территории Российской Федерации.

Для всесторонней оценки состояния беременных был применён многоуровневый диагностический протокол, включавший социально-демографический и клинико-анамнестический анализ. Такой подход позволил детализировать репродуктивный анамнез, особенности миграционного пути, поведенческие аспекты в гестационный период, а также выявить потенциальные факторы риска. К числу последних относились неблагоприятные условия проживания, отсутствие медицинской страховки,



ограниченный доступ к квалифицированной помощи и недостаточный уровень информированности о правах и возможностях получения медицинской поддержки в стране пребывания.

Особое внимание в исследовании было сосредоточено на оценке психоэмоционального состояния беременных женщин. Для этой цели применялись валидированные психометрические методики: шкала Спилбергера - для измерения уровней личностной и реактивной (ситуативной) тревожности, а также шкала депрессии Бека - для стратификации депрессивных состояний по степени выраженности, от субдепрессии до тяжёлых форм. Указанные инструменты являются международно-признанными и рекомендованы для применения в рамках акушерско-психологических исследований.

Параллельно осуществлялось гормональное обследование, ориентированное на изучение ключевых нейроэндокринных маркёров стресса и адаптационной реакции организма в условиях гестационной нагрузки. В частности, определялись уровни кортизола как основного биохимического индикатора системного стресса, а также показатели гормонов фетоплацентарного комплекса, играющих ведущую роль в регуляции течения беременности. Лабораторный анализ выполнялся с использованием стандартных сертифицированных методов иммуноферментного анализа.

Важным компонентом проведённого обследования являлись ультразвуковые и доплерометрические исследования, направленные на оценку маточно-плацентарного и плодового кровотока. Применение данных методов позволило объективно определить функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, своевременно выявить признаки гипоксии плода и плацентарной недостаточности, а также обосновать выбор дальнейшей акушерской тактики.

Для статистической обработки результатов использовались методы математико-статистического анализа, включая непараметрический  $\chi^2$ -критерий с поправкой Йейтса, а также вычисление относительных и средних величин с определением уровня статистической значимости (р-уровень).

Таким образом, структура и объём проведённого обследования, представленные во второй главе, свидетельствуют о высокой степени научной обоснованности и репрезентативности исследования, обеспечивая комплексный подход к оценке состояния беременных женщин в условиях миграционной уязвимости. Полученные данные послужили основой для анализа взаимосвязей между психоэмоциональными показателями, гормональными изменениями, акушерским анамнезом и перинатальными исходами, изложенного в последующих главах.

Результаты, полученные в ходе исследования, подтверждают ключевую роль психоэмоционального компонента в системе перинатального сопровождения беременных женщин-мигранток. В частности, в главе 3 представлены данные о высокой распространённости тревожности и депрессивной симптоматики среди участниц до начала вмешательства. После реализации комплекса немедикаментозных психокоррекционных мероприятий зафиксирована выраженная положительная динамика: доля женщин с низким уровнем реактивной тревожности увеличилась с 68,8 % до 87,5 %, а частота депрессивных расстройств снизилась с 71,9 % до 21,9 %.

Полученные результаты согласуются с выводами, представленными в литературном обзоре (глава 1). Так, Atak M. и соавт. (2023) указывают, что беременные мигрантки демонстрируют более высокий уровень тревожности и депрессии по сравнению с местным населением, что напрямую связано с социальной нестабильностью и ограниченными адаптационными ресурсами [124]. Аналогичные данные приводят Tian G. и соавт. (2024), отмечая, что уровень социальной поддержки имеет значимую корреляцию с психоэмоциональным статусом женщин в период беременности [123].

Кроме того, авторы Nwoke C.N. и соавт. (2023) подчёркивают, что депрессия и тревожные расстройства у женщин-мигранток напрямую связаны с неблагоприятными перинатальными исходами, включая преждевременные роды и повышенную частоту госпитализаций новорождённых. Эти данные находят подтверждение в результатах, представленных в главе 4: в основной

группе, где беременные женщины получали антенатальное медико-психологическое сопровождение, частота срочных родов достигала 78,1 %, тогда как в группе сравнения данный показатель составил лишь 32,4 %. Преждевременные роды, напротив, значительно чаще встречались в группе без сопровождения - 50 % против 18,8 % в основной [37]. Особое значение имеет тот факт, что в основной группе не было зафиксировано ни одного случая перинатальной смертности, тогда как в контрольной когорте зарегистрированы восемь летальных исходов, включая два антенатальных, четыре интранатальных и два ранних неонатальных. Эти результаты полностью соответствуют выводам Tian G. и соавт. (2024), указывающих на прямую связь высокого уровня перинатального риска с неблагоприятным психоэмоциональным фоном в период беременности [123].

Анализ послеродовых осложнений также подтвердил эффективность внедрённой модели антенатального сопровождения. В основной группе частота гипотонических и инфекционно-воспалительных осложнений была существенно ниже, что отражает более стабильное общее состояние пациенток и результативность комплексного подхода. Подобные данные согласуются с выводами исследования Nwoke C.N. и соавт. (2023), где отмечено, что отсутствие системной поддержки в период беременности и родов существенно повышает риск как соматических, так и психических нарушений в послеродовом периоде [37].

Таким образом, сопоставление полученных эмпирических данных с анализом литературы, представленной в главе 1, позволяет утверждать, что реализация междисциплинарной модели ведения беременности, включающей психоэмоциональную поддержку, значительно повышает эффективность перинатального патронажа у женщин-мигранток. Представленные результаты не только подтверждают актуальные научные положения, отражённые в ряде международных исследований [37, 123, 124], но и вносят весомый вклад в разработку региональной модели сопровождения беременных женщин

миграционного происхождения, учитывающей их социокультурные, правовые и медицинские особенности.

## 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, способствующие развитию нарушений психо-эмоционального статуса, явились экономическая нестабильность (90%), разделение с семьей (79%), социальная изоляция (65%), культурный и языковой барьер (49%) [3-А].
3. Частота нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» женщин трудовых мигрантов составила 30%, с преобладанием субкомпенсированной формы (86,7%) [4-А].
4. Выявлена сильная корреляционная связь между частотой угрозы прерывания беременности, нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод», СЗРП и частотой женщин с низкими уровнями прогестерона ( $r=0,784$ ), ПЛГ ( $r=1$ ), эстриола ( $r=0,707$ ) соответственно, что подтверждает связь изменений гормональной функции плаценты с осложнениями беременности. Средний уровень кортизола женщин трудовых мигрантов ( $19,2 \pm 0,4$  нг/мл) статистически значимо превышает соответствующий показатель женщин, жительниц Таджикистана ( $16,2 \pm 1,1$  нг/мл), что доказывает влияние миграционного статуса и стресса на уровни кортизола [4-А].

5. Акушерские исходы женщин трудовых мигрантов характеризуются повышением частоты преждевременных родов – 40% (хи-квадрат с поправкой Йейтса 4,6;  $p < 0,05$ ) с высокой долей необходимости досрочного родоразрешения (67,5%); кесарева сечения – 27% (хи-квадрат с поправкой Йейтса 4,4;  $p < 0,05$ ) по сравнению с жительницами Таджикистана 16,7%; 6,6% соответственно. Перинатальные исходы женщин трудовых мигрантов характеризуются повышением случаев перинатальной смертности, ведущей причиной которой являются ВПР, несовместимые с жизнью [1-А, 2-А, 4-А].
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.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН – <https://news.un.org/ru>
2. International Organization for Migration (IOM). World Migration Report 2020. – Geneva: IOM, 2020. – 496 с.
3. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический ежегодник России. 2023: статистический сборник. – Москва: Росстат, 2023. – 256 с.
4. International Organization for Migration. World Migration Report 2023. – Geneva: IOM, 2023. – 540 с.
5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Труд и занятость в России. 2023: статистический сборник. – Москва: Росстат, 2023. – 180 с.
6. United Nations Department of Economic and Social Affairs. International Migration 2022. – New York: United Nations, 2022. – 240 с.
7. International Labour Organization. Global Estimates on International Migrant Workers. – Geneva: ILO, 2021. – 150 с.
8. National Bureau of Statistics of China. China Statistical Yearbook 2023. – Beijing: China Statistics Press, 2023. – 960 с.
9. General Statistics Office of Vietnam. Vietnam Labor and Employment Survey Report. – Hanoi, 2022. – 210 с.
10. Amnesty International. North Korea: Workers Abroad. – London: Amnesty International Publications, 2021. – 80 с.
11. European Commission. Migration and Asylum in Europe: Annual Report. – Brussels: European Commission, 2020. – 120 с.
12. World Bank. Migration and Remittances Factbook 2019. – Washington, DC: World Bank, 2019. – 260 с.
13. European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in Europe: Labour Market Integration. – Vienna: FRA, 2020. – 95 с.

14. United Nations Economic Commission for Europe. Migrants in the Russian Federation: A Statistical Overview. – Geneva: UNECE, 2022. – 140 с.
15. Официальный сайт Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан – Режим доступа: <https://mehnat.tj/ru>
16. Флоринская Ю. Ф. Женская трудовая миграция в Россию: численность, страны-доноры, ниши на рынке труда // Проблемы прогнозирования. – 2022. – № 1. – С. 78–90.
17. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Healthcare Disparities Report. – Rockville, MD: AHRQ, 2022. – 297 p.
18. Ramadan M., et al. Fifty Years of Evidence on Perinatal Experience among Refugee and Asylum-Seeking Women in OECD Countries: A Scoping Review // PLoS ONE. – 2023. – Vol. 18, No. 10. – P. 1–30.
19. Ivakhnyuk I. Labor Migration in Russia: Challenges and Trends // Russian Analytical Digest. – 2020. – No. 251. – P. 2–6.
20. Ivakhnyuk I. International Migration in Russia and Worldwide: New Trends and Prospects // Journal of International Analytics. – 2023. – Vol. 14, No. 3. – P. 11–22.
21. Mukomel V. Migration Policy in Russia: New Challenges and Approaches // Migration Studies Review. – 2021. – Vol. 9, No. 1. – P. 89–103.
22. Ryazantsev S. Migration and Social Integration: A Case Study of Female Migrants in Russia // Journal of Social Policy Research. – 2021. – Vol. 12, No. 4. – P. 124–138.
23. Arab R. A. El, et al. Health and Well-Being of Refugees, Asylum Seekers, Undocumented Migrants, and Internally Displaced Persons under COVID-19: A Scoping Review // Frontiers in Public Health. – 2023. – Vol. 11. – P. 1–9.
24. Herold R., Lieb M., Borho A., et al. Working Conditions and Mental Health of Migrants and Refugees in Europe Considering Cultural Origin: A Systematic Review // BMC Public Health. – 2024. – Vol. 24, No. 1. – P. 662.

25. Schweitzer R., Brough M., Vromans L., Asic-Kobe M. Mental Health of Refugees and Asylum Seekers // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2018. – Vol. 14. – P. 283–310.
26. Sweileh W. M. Global Research Activity on Mental Health of Migrant Workers: A Bibliometric Analysis // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19, No. 1. – P. 143.
27. Hoell A., Kourmpeli E., Salize H. J., et al. Mental Health of Refugees and Asylum Seekers // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2020. – Vol. 270, No. 8. – P. 1017–1027.
28. Mehrotra M., Calvo R., Slavin L. A. Social Support and Mental Health among Refugee Women in the United States: Evidence from a Large Population-Based Sample // *Social Work in Public Health*. – 2021. – Vol. 36, No. 4. – P. 409–422.
29. Castañeda H., Holmes S. M., Madrigal D. S., et al. Immigration as a Social Determinant of Health // *Annual Review of Public Health*. – 2018. – Vol. 36. – P. 375–392.
30. Missinne S., Bracke P. Depressive Symptoms among Immigrants and Ethnic Minorities: A Population-Based Study in 23 European Countries // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2020. – Vol. 55, No. 1. – P. 23–34.
31. Kirmayer L. J., Narasiah L., Munoz M., Rashid M., Ryder A. G., Guzder J., Hassan G., Rousseau C., Pottie K. Common Mental Health Problems in Immigrants and Refugees: General Approach in Primary Care // *Canadian Medical Association Journal*. – 2020. – Vol. 192, No. 10. – P. E459–E467.
32. Галиева Г. Ф. Исследование психологических проблем женщин-мигрантов в семейных и детско-родительских отношениях // *Минбар. Исламоведение*. – 2023. – № 1 (16). – С. 213–234.
33. Grant M. M. Beck Anxiety Inventory // В: Goldstein S., Naglieri J. A. (ред.). *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. – Boston (MA): Springer, 2011.

34. Block D. B. How Does the Beck Anxiety Inventory Work? // Verywell Mind – 2023. <https://www.verywellmind.com/what-is-the-beck-anxiety-inventory-5092887>
35. Spielberger C. D. State-Trait Anxiety Inventory // B: Michalos A. C. (ред.). Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. – Dordrecht: Springer, 2014.
36. Zsido A. N., et al. Development of the Short Version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory // Psychiatry Research. – 2020. – № January (291). – P. 113223.
37. Nwoke C. N., Akintola A., Amoako Y., Kakinami L. Maternal Depression and Anxiety among African Immigrant Women in Alberta, Canada: A Cross-Sectional Study // PLOS Global Public Health. – 2023. – Vol. 3, No. 7. – Article e0001771.
38. Arum Ariasih A., Sahar J., Lukman K. Common Mental Disorders and Associated Factors during Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia // Journal of Preventive Medicine and Public Health. – 2024. – Vol. 57. – P. 388–398.
39. Fellmeth G., Plugge E., Fazel M., et al. Perinatal Depression in Migrant and Refugee Women on the Thai–Myanmar Border: Does Social Support Matter? // Philosophical Transactions of the Royal Society B. – 2021. – Vol. 376. – Article 20200030.
40. Fellmeth G., Plugge E., Fazel M., McGready R. Perinatal Mental Health and Received Support: Migrant versus Refugee Perspectives // Philosophical Transactions of the Royal Society B. – 2021. – Vol. 376. – P. 1–10.
41. Mitchell R. A., Gordon H., Atkinson J., et al. Prevalence of Perinatal Anxiety and Related Disorders in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis // JAMA Network Open. – 2023. – Vol. 6, No. 11. – Article e2343711.
42. Quick A. D., et al. Psychological Well-Being Across the Perinatal Period: Life Satisfaction and Flourishing in a Longitudinal Study of Young Black and

- White American Women // Journal of Happiness Studies. – 2023. – Vol. 24, No. 3. – P. 1283–1301.
43. Stevenson K., et al. The Global Burden of Perinatal Common Mental Health Disorders and Substance Use among Migrant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis // The Lancet Public Health. – 2023. – Vol. 8, No. 3. – P. e203–e216.
44. Nyikavaranda P., Pantelic M., Jones C. J., et al. Barriers and Facilitators to Seeking and Accessing Mental Health Support in Primary Care and the Community among Female Migrants in Europe: A “Feminisms” Systematic Review // International Journal for Equity in Health. – 2023. – Vol. 22, No. 196. – P. 1–21.
45. Shan H., Saharso S., Henrichs J. Experiences of Peripartum Depressive Symptoms among Chinese Middle-Class Migrant Women in the Netherlands: A Qualitative Study of Migrant Motherhood // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2023. – Vol. 23, No. 638. – P. 1–9.
46. Fellmeth G., Plugge E., Fazel M., et al. Perinatal Depression in Migrant and Refugee Women on the Thai–Myanmar Border: Does Social Support Matter? // Philosophical Transactions of the Royal Society B. – 2021. – Vol. 376, No. 1827. – Article 20200030.
47. Insan N., Forrest S., Jaigirdar A., et al. Social Determinants and Prevalence of Antenatal Depression among Women in Rural Bangladesh: A Cross-Sectional Study // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023. – Vol. 20, No. 3. – Article 2364.
48. Sahoo S., Gill G., Sikka P., Nehra R. Antenatal Depression and Anxiety in Indian Women: A Systematic Review // Indian Psychiatry Journal. – 2023. – Vol. 32, No. 2. – P. 222–233.
49. The Impact of Maternal Stress on Pregnancy Outcomes // Stress. – 2020. – Vol. 23, № 5. – P. 518–526.
50. Di Benedetto M. G., Landi P., Mencacci C., et al. Depression in Women: Potential Biological and Sociocultural Factors Driving the Sex Effect //

- Neuropsychobiology. – 2024. – Vol. 83, No. 1. – P. 2–16.
51. Expression of placental hormones in pregnant women with high levels of stress and depression // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – Vol. 32, No. 22. – P. 3770–3777.
52. Stickel S., Eickhoff S. B., Habel U., et al. Endocrine Stress Response in Pregnancy and 12 Weeks Postpartum – Exploring Risk Factors for Postpartum Depression // Psychoneuroendocrinology. – 2021. – Vol. 125. – Article 105122.
53. Qin N., Yi S., Dai C., et al. Associations of Serum Cortisol and Inflammatory Marker Features with Depression and Anxiety in Young Women with Gynecologic Cancer // Supportive Care in Cancer. – 2023. – Vol. 31, No. 12. – P. 674.
54. Thyroid hormone levels in pregnant women with depression and anxiety // Endocrine. – 2021. – Vol. 72, № 3. – P. 648–655.
55. Psychological disorders and thyroid function in pregnant women // Endocrine. – 2022. – Vol. 75, № 2. – P. 452–460.
56. Konstantakou P., Chalarakis N., Valsamakis G., et al. Associations of Thyroid Hormones Profile During Normal Pregnancy and Postpartum with Anxiety, Depression, and Obsessive/Compulsive Disorder Scores in Euthyroid Women // Frontiers in Neuroscience. – 2021. – Vol. 15. – Article 663348.
57. Schmidt P. M. da S., Longoni A., Pinheiro R. T., Assis A. M. de. Postpartum Depression in Maternal Thyroidal Changes // Thyroid Research. – 2022. – Vol. 15. – Article 6.
58. Backer S., Yancheva J., Garcia C., et al. Thyroid Predictors of Postpartum Mood Disorders // Cureus. – 2023. – Vol. 15, No. 9. – Article e45554.
59. Expression of placental hormones in pregnant women with high levels of stress and depression // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – Vol. 32, No. 22. – P. 3770–3777.
60. Maternal stress and placental blood flow // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2020. – Vol. 33, No. 14. – P. 2446–2453.

- 61.Lagadec N., Steinecker M., Kapassi A., et al. Factors Influencing the Quality of Life of Pregnant Women: A Systematic Review // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2018. – Vol. 18, No. 1. – Article 455.
- 62.Camara B., Padoin C., Bolea B. Relationship between Sex Hormones, Reproductive Stages and ADHD: A Systematic Review // Archives of Women's Mental Health. – 2022. – Vol. 25, No. 1. – P. 1–8.
- 63.Monterrosa-Castro Á., Romero-Martínez S., Monterrosa-Blanco A. Positive Maternal Mental Health in Pregnant Women and Its Association with Obstetric and Psychosocial Factors // BMC Public Health. – 2023. – Vol. 23, No. 1. – P. 1013.
- 64.Wieczorek K., Targonskaya A., Maslowski K. Reproductive Hormones and Female Mental Wellbeing // MDPI. – 2023. – Vol. 3, No. 3. – P. 432–444.
- 65.Insan N., Weke A., Forrest S., Rankin J. Social Determinants of Antenatal Depression and Anxiety among Women in South Asia: A Systematic Review & Meta-Analysis // PLOS ONE. – 2022. – Vol. 17, No. 2. – P. e0263760.
- 66.Sharma R., Cameron A., Fang Z., et al. The Regulatory Roles of Progesterone and Estradiol on Emotion Processing in Women // Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. – 2021. – Vol. 21, No. 5. – P. 1026–1038.
- 67.Sharma V., Wood K. N. Weaning and Depression: A Closer Look // Archives of Women's Mental Health. – 2024. – Vol. 27, No. 3. – P. 477–480.
- 68.Çulcu E. A., Demiryürek Ş., Demiryürek A. T. An Update on Approved and Emerging Drugs for the Treatment of Postpartum Depression // Ideggyógyászati Szemle. – 2024. – Vol. 77, No. 7–8. – P. 227–235.
- 69.Cook R., Thomas V., Taft R. Routine Use of Progesterone Does Not Prevent Miscarriage // The BMJ. – 2019. – Vol. 367. – Article 15721.
- 70.Progesterone and Prolactin Levels in Pregnant Women Living with HIV Who Delivered Preterm and Low Birthweight Infants: A Nested Case-Control Study // PLOS ONE. – 2023. – Vol. 18, No. 1. – P. e0263782.

- 71.Arshadi Bostanabad M., et al. Emotional intelligence and stress and their relationship with breastfeeding self-efficacy in mothers of premature infants // BMC Women's Health. – 2024. – Vol. 24, № 1. – P. 1–7.
- 72.Bedaso A., Adams J., Peng W., Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis // Reproductive Health. – 2021. – Vol. 18, № 1. – P. 162.
- 73.Szpunar M. J., Parry B. L. A systematic review of cortisol, thyroid-stimulating hormone, and prolactin in peripartum women with major depression // Archives of Women's Mental Health. – 2018. – Vol. 21, № 2. – P. 149–161.
- 74.Skalkidou A., Poromaa I. S., Iliadis S. I., et al. Stress-related genetic polymorphisms in association with peripartum depression symptoms and stress hormones: A longitudinal population-based study // Psychoneuroendocrinology. – 2019. – Vol. 103. – P. 296–305.
- 75.Redei E. E., Ciolino J. D., Wert S. L., et al. Pilot validation of blood-based biomarkers during pregnancy and postpartum in women with prior or current depression // Translational Psychiatry. – 2021. – Vol. 11, № 1. – P. 68.
- 76.Gopalan P., Spada M. L., Shenai N., et al. Postpartum Depression — Identifying Risk and Access to Intervention // Current Psychiatry Reports. – 2022. – Vol. 24. – P. 889–896.
- 77.El-Khoury F., Sutter-Dallay A. L., Panico L., et al. Women's Mental Health in the Perinatal Period According to Migrant Status: The French Representative ELFE Birth Cohort // European Journal of Public Health. – 2018. – Vol. 28, No. 3. – P. 458–463.
- 78.Guðmundsdóttir E. Ý., Gottfreðsdóttir H., Hálfðánsdóttir B., et al. Challenges in Migrant Women's Maternity Care in a High-Income Country: A Population-Based Cohort Study of Maternal and Perinatal Outcomes // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2021. – Vol. 100, No. 9. – P. 1665–1677.
- 79.Alves A. C., Cecatti J. G., Souza R. T. Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health // The Scientific World Journal. – 2021. – Article ID 9512854.



80. Verner G., Epel E., Lahti-Pulkkinen M., et al. Maternal Psychological Resilience during Pregnancy and Newborn Telomere Length: A Prospective Study // *American Journal of Psychiatry*. – 2021. – Vol. 178, No. 2. – P. 183–192.
81. Amiri P., Bahaadinbeigy K., Asadi F., et al. Validation of the Persian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) among antenatal and postnatal women // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2022. – Vol. 22, No. 1. – Article 883.
82. McCarthy M., Houghton C., Matvienko-Sikar K. Women's Experiences and Perceptions of Anxiety and Stress during the Perinatal Period: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2021. – Vol. 21, No. 1. – P. 1–12.
83. Rogers H. J., Homer C. S. E., Henry A. Perspectives of women and partners from migrant and refugee backgrounds accessing the Cross Cultural Worker Service in maternity and early childhood services: a survey study // *BMC Health Services Research*. – 2023. – Vol. 23. – Article 1233
84. Niu Z., Norwitz E. R., Parker M., et al. Trajectories of blood pressure during pregnancy and risk of hypertension postpartum in a low-income, multiethnic cohort // *JACC: Advances*. – 2025. – Vol. 4, No. 2. – Article 100318.
85. Siddiqui A., Dargent-Molina P., Saurel-Cubizolles M.-J., et al. Maternal country of birth, pre-pregnancy obesity, and risk of severe preeclampsia: the role of ethnic and metabolic risk factors // *Scientific Reports*. – 2024. – Vol. 14. – Article 12832.
86. Racine N., Plamondon A., Madigan S., et al. The influence of maternal depression and anxiety on children's early development: a population-based study // *Cureus*. – 2022. – Vol. 14, No. 1. – Article e30420.
87. Bastola K., Koponen P., Skogberg N., et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy among Women of Migrant Origin in Finland: A Population-Based Study // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. – 2022. – Vol. 101, No. 1. – P. 127–134.

88. Altaş Z. M., Sezerol M. A. Investigation of Usage of Antenatal Care Services by Syrian Immigrant Pregnant Women and the Frequency of Anaemia and Hypertension during the Pandemic // *Journal of Biosocial Science*. – 2024. – Vol. 56, No. 6. – P. 984–997.
89. Miranda J., Sanabria M. F., Annicchiarico W., et al. Maternal and Perinatal Health among Pregnant Patients in the Context of a Migratory Crisis // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2023. – Vol. 163, No. 2. – P. 416–422.
90. Toke S., Correa-Velez I., Riggs E. Exploring trauma- and violence-informed pregnancy care for Karen women of refugee background: a community-based participatory study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2024. – Vol. 21. – Article 254
91. Stevenson K., Ogunlana K., Edwards S., et al. Interventions to improve perinatal outcomes among migrant women in high-income countries: a systematic review protocol // *BMJ Open*. – 2023. – Vol. 13, No. 3. – Article e068294
92. Rogers H. J., Hogan L., Coates D., et al. Responding to the Health Needs of Women from Migrant and Refugee Backgrounds: Models of Maternity and Postpartum Care in High-Income Countries: A Systematic Scoping Review // *Health & Social Care in the Community*. – 2020. – Vol. 28, No. 5. – P. 1343–1365.
93. Ramadan M., Shapiro G. D., Yang S., Ng E., Vissandjée B., Vang Z. M. Comparative analysis of perinatal health outcomes among refugee subgroups and economic immigrants in Canada (2000–2017) // *PLOS ONE*. – 2025. – Vol. 20, No. 4. – Article e0321453.
94. Yang S., Shapiro G. D., Ng E., Vissandjée B., Vang Z. M. Birth and Postnatal Outcomes among Infants of Immigrant Parents of Different Admission Categories and Parents Born in Canada: A Population-Based Retrospective Study // *CMAJ*. – 2024. – Vol. 196, No. 12. – P. E394–E409.

95. Jairam J. A., Vigod S. N., Siddiqi A., Guan J., Boblitz A., Wang X., O'Campo P., Ray J. G. Morbidity and Mortality of Newborns Born to Immigrant and Nonimmigrant Females Residing in Low-Income Neighbourhoods // *CMAJ*. – 2023. – Vol. 195, No. 15. – P. E537–E547.
96. Iraqi S., Goldenberg S., Baer R. J., Lemus H., Bandoli G. Variations in adverse pregnancy and birth outcomes among Latin American and Caribbean-born birthing people by region of origin, California birth cohort, 2007–2020 // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2025. – Vol. 25, No. 1. – Article 384.
97. Jiles M., Prata N., Harley K. G. Maternal and infant health outcomes in US-born and non-US-born Black pregnant people in the United States // *JAMA Network Open*. – 2024. – Vol. 7, No. 12. – Article e2451693.
98. Weigel M. M., Armijos R. X. Obstetrical Complications in Venezuelan Refugee and Migrant Women: Analysis of Ecuadorian National Hospital Discharge Data, 2018–2021 // *Journal of Immigrant and Minority Health*. – 2024. – Vol. 26, No. 5. – P. 830–840.
99. Weigel M. M., Armijos R. X. Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees // *Journal of Immigrant and Minority Health*. – 2023. – Vol. 25, No. 1. – P. 86–95.
100. Suryawanshi O., Pajai S. A comprehensive review on postpartum depression // *Cureus*. – 2022. – Vol. 14, No. 12. – Article e32745.
101. Ertmann R. K., Lyngsøe B. K., Nicolaisdottir D. R., et al. Mental Vulnerability before and Depressive Symptoms during Pregnancy and Postpartum: A Prospective Population-Based Cohort Study from General Practice // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2022. – Vol. 76, No. 4. – P. 243–249.
102. Gopalan P., Spada M. L., Shenai N., et al. Postpartum Depression — Identifying Risk and Access to Intervention // *Current Psychiatry Reports*. – 2022. – Vol. 24, No. 12. – P. 889–896.
103. Dlamini L. P., Amelia V. L., Shongwe M. C., et al. Antenatal Depression across Trimesters as a Risk for Postpartum Depression and Estimation of the

- Fraction of Postpartum Depression Attributable to Antenatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies // *General Hospital Psychiatry*. – 2023. – Vol. 85. – P. 35–42.
104. Wiciński M., Malinowski B., Puk O., et al. Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: a review // *Biomedicine & Pharmacotherapy*. – 2020. – Vol. 127. – Article 110196
  105. Yeo S., Park Y., McClelland D. J., et al. A scoping review of maternal health among resettled refugee women in the United States // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – Article 1157098.
  106. Mehra R., Boyd L. M., Magriples U., et al. Black Pregnant Women “Get the Most Judgment”: A Qualitative Study of the Experiences of Black Women at the Intersection of Race, Gender, and Pregnancy // *Women’s Health Issues*. – 2020. – Vol. 30, No. 6. – P. 484–492.
  107. Eslier M., Azria E., Chatzistergiou K., et al. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: systematic review and meta-analysis // *PLOS Medicine*. – 2023. – Vol. 20, No. 6. – Article e1004257
  108. Grobman W. A., Parker C. B., Willinger M., et al. Racial Disparities in Adverse Pregnancy Outcomes and Psychosocial Stress // *Obstetrics and Gynecology*. – 2018. – Vol. 131, No. 2. – P. 328–335.
  109. Ayre K., Liu X., Howard L. M., et al. Self-Harm in Pregnancy and the Postnatal Year: Prevalence and Risk Factors // *Psychological Medicine*. – 2023. – Vol. 53. – P. 2895–2903.
  110. Lavender T., Richens Y., Mills T. A. Optimizing cognitive and behavioral approaches for perinatal depression: a systematic review and meta-regression analysis // *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. – 2023. – Vol. 10. – Article e8.
  111. Makara-Studzińska M., Zaręba K., Wdowiak A., et al. Intensification of Anxiety, Symptoms of Depression, and Level of Social Support among Women in Pathological Pregnancy – A Cross-Sectional Preliminary Study //

- Annals of Agricultural and Environmental Medicine. – 2024. – Vol. 31, No. 2. – P. 255–263.
112. Vik E. S., Aasheim V., Nilsen R. M., et al. Paternal country of origin and adverse neonatal outcomes in births to foreign-born women in Norway: a population-based cohort study // PLOS Medicine. – 2020. – Vol. 17, No. 11. – Article e1003395.
113. Arcilla J. T., Nanou A., Hamed S., Osman F. Racialized migrant women's discrimination in maternal care: a scoping review // International Journal for Equity in Health. – 2025. – Vol. 24, No. 1. – Article 16.
114. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России // Вестник практической психологии образования. – 2024. – № 1. – С. 12–21.
115. Бачило Е. В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 10. – С. 113–120.
116. Wallace K., Bowles T., Griffin A., et al. Evidence of anxiety, depression and learning impairments following prenatal hypertension // Behavioral Sciences. – 2022. – Vol. 12, No. 2. – Article 53.
117. Feligreras-Alcalá D., Frías-Osuna A., del-Pino-Casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, No. 14. – P. 5230.
118. Alzahrani A. D. Risk factors for postnatal depression among primipara mothers // The Spanish Journal of Psychology. – 2019. – Vol. 22. – Article E35.
119. Tian M.-L., Ma G.-J., Du L.-Y., et al. The effect of 2016 Chinese second-child policy and different maternal age on pregnancy outcomes in Hebei Province, China // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2023. – Vol. 23. – Article 267.

120. Rocha A. L. L., Albuquerque R. M., Rocha M. A. F. Advanced Maternal Age is an Independent Risk Factor for Gestational Diabetes and Early Onset Pre-Eclampsia // RBGO Gynecology & Obstetrics. – 2020. – Vol. 42, No. 12. – P. 835–843.
121. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11 // Obstetrics & Gynecology. – 2022. – Vol. 140, No. 2. – P. 348–366.
122. Correa-de-Araujo R., Yoon S. S. Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age // Journal of Women's Health. – 2021. – Vol. 30, No. 2. – P. 160–167.
123. Tian G., Rojas N. M., Norton J. M., et al. The associations between social support and mental health among Chinese immigrant pregnant and parenting women // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2024. – Vol. 24. – Article 583.
124. Atak M., Sezerol M. A., Koçak E. N., Değer M. S., Kurubal H. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in immigrant pregnant women in Türkiye: a cross-sectional study // Medicine. – 2023. – Vol. 102, No. 52. – Article e36616.
125. Nyikavaranda P., Pantelic M., Jones C. J., et al. Barriers and facilitators to seeking and accessing mental health support in primary care and the community among female migrants in Europe: a “feminisms” systematic review // International Journal for Equity in Health. – 2023. – Vol. 22. – Article 196.
126. Heera K., Mahmoud L., Abdelmeguid H., et al. Prevalence, Risk Factors, and Interventions of Postpartum Depression in Refugees and Asylum-Seeking Women: A Systematic Review and Meta-Analysis // Gynecologic and Obstetric Investigation. – 2024. – Vol. 89. – P. 11–21.
127. Wang S., Zhang J., Zhu T., et al. Efficacy of Magnesium Sulfate and Labetalol in the Treatment of Pregnancy-Induced Hypertension and Its Effect

- on Anxiety and Depression: A Retrospective Cohort Study // *Alpha Psychiatry*. – 2024. – Vol. 25, No. 2. – P. 243–248.
128. Gu Z., Zhang Y., Li Y., Chen L., Liu F. Effect of magnesium sulfate combined with labetalol on stress response and pregnancy outcome in patients with pregnancy-induced hypertension // *Experimental and Therapeutic Medicine*. – 2024. – Vol. 27, No. 3. – Article 12554.
  129. Zhuang X., Wang H., Liu M., Chen J., Zhou Y. Clinical Effect of Labetalol Combined with Magnesium Sulfate in the Treatment of Pregnancy-Induced Hypertension and Its Influence on Fetal Hemorheology // *American Journal of Translational Research*. – 2025. – Vol. 17, No. 3. – P. 998–1007.
  130. Wändell P., de Munter J., San Sebastián M., et al. Risk of hypertensive disorders during pregnancy among first- and second-generation immigrant women in Sweden: a nationwide cohort study // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14, No. 2. – Article e076393.
  131. Magee L. A., von Dadelszen P., Ford G. A., et al. Timing of Delivery in Women with Mild to Moderate Chronic or Gestational Hypertension (WILL): A Multicentre, Randomised Controlled Trial // *The Lancet*. – 2024. – Vol. 403, No. 10422. – P. 842–852.
  132. Trevathan W. R., Rosenberg K. R., McKenna J. J. Evolutionary perspectives on anxiety and depression in pregnancy and postpartum // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2021. – Issue 1. – Article CD011507.
  133. Zhuk S. I., Shchurevska O. D. Maternal psychosocial stress and labor dystocia // *Wiadomości Lekarskie*. – 2020. – Vol. 73, No. 7. – P. 1334–1338.
  134. Osuide J. O., Dewa L. H., Wake M., et al. Access to antenatal care among undocumented migrant women in Europe: a systematic review // *Frontiers in Global Women's Health*. – 2024. – Vol. 5. – Article 1289784.
  135. Rees S., Fisher J. Trauma and forced migration: a syndemic threat to maternal and perinatal health // *The Lancet Public Health*. – 2023. – Vol. 8, No. 5. – P. e281–e282

136. Ashley-Norman T., Fellmeth G., Brummaier T., et al. Persistent depression in pregnant refugee and migrant women living along the Thai–Myanmar border: a secondary qualitative analysis // Wellcome Open Research. – 2024. – Vol. 7. – Article 231
137. Yeshitila Y. G., Gold L., Abimanyi-Ochom J., et al. Effectiveness and cost-effectiveness of models of maternity care for women from migrant and refugee backgrounds in high-income countries: a systematic review // Social Science & Medicine. – 2024. – Vol. 358. – Article 117250.
138. Modzelewski S., Oracz A., Ilendo K., Sokół A., Waszkiewicz N. Biomarkers of postpartum depression: a narrative review // Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Vol. 12. – Article 6519
139. Trujillo J., Vieira M. C., Lepsch J., et al. A Systematic Review of the Associations between Maternal Nutritional Biomarkers and Depression and/or Anxiety during Pregnancy and Postpartum // Journal of Affective Disorders. – 2018. – Vol. 232. – P. 185–203.
140. Heller H. M., de Vries A. V. R., Hoogendoorn A. W., et al. Complications and Healthcare Consumption of Pregnant Women with a Migrant Background: Could There Be an Association with Psychological Distress? // Maternal and Child Health Journal. – 2022. – Vol. 26. – P. 1613–1621.
141. Wondmeneh T. G., Mersha A. G., Asmamaw G. T., et al. Depression and anxiety among pregnant women during the COVID-19 pandemic in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis // Frontiers in Global Women’s Health. – 2024. – Vol. 5. – Article 1453157.
142. Demissie D. B., Bitew Z. W. Prevalence and associated factors of maternal mental distress during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // SAGE Open Medicine. – 2021. – Vol. 9. – Article 20503121211051165.
143. Iliska M., Kołodziej-Zaleska A., Brandt-Salmeri A., et al. Psychological responses and associated factors during the first wave of the COVID-19



- pandemic among pregnant women in Poland: a cross-sectional study // Scientific Reports. – 2022. – Vol. 12, No. 1. – Article 8693.
144. Heller H. M., de Vries A. V. R., Hoogendoorn A. W., et al. Ethnic disparities in gestational diabetes mellitus and perinatal outcomes: a Dutch nationwide prospective cohort study // PLOS ONE. – 2022. – Vol. 17, No. 6. – Article e0268923
145. LeBrón A. M. W., Rodriguez V. E., Sinco B. R., et al. Racialization processes and depressive symptoms among pregnant Mexican-origin immigrant women // American Journal of Community Psychology. – 2025. – Vol. 75, No. 1–2. – P. 5–21.
146. Kotzaeridi G., Brandt A., Goecke T. W., et al. Ethnic disparities in the prevalence of gestational diabetes mellitus: results from a multiethnic population in Europe // Frontiers in Public Health. – 2023. – Vol. 11. – Article 1286056.
147. Hjelm K., Bard K., Apelqvist J. Gestational diabetes: changed health beliefs in migrant women from five Asian countries living in Sweden – a prospective qualitative study // Primary Health Care Research & Development. – 2022. – Vol. 23. – Article e10.
148. Hjelm K., Bard K., Apelqvist J. Long-term experiences of health and illness in women from the Middle East with gestational diabetes living in Sweden: a qualitative study // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2021. – Vol. 21, No. 1. – Article 430
149. Bandyopadhyay M. Gestational diabetes among South Asian migrant women in Australia: a qualitative study of their experiences and views on the role of health professionals // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2021. – Vol. 21, No. 1. – Article 481.
150. Grinberg K., Yisaschar-Mekuzas Y. Assessing mental health conditions in women with gestational diabetes compared to healthy pregnant women // Healthcare. – 2024. – Vol. 12, No. 14. – Article 1438.

151. Преждевременные роды. Клинические рекомендации. – Российское общество акушеров-гинекологов; Министерство здравоохранения РФ. – Утверждено в 2024 г. – Пересмотр не позднее 2026 г. – URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>
152. 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. – 126 с.

### **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 стратегия развития медицинской науки и здравоохранения, Хатлон 2023 год.