

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

**УДК 618.3-06:159.97:314.74**

**На правах рукописи**

**ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА**

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

**АВТОРЕФЕРАТ**

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальности 3.1.1- Акушерство и гинекология**

**ДУШАНБЕ – 2026**

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

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Камилова Мархабо Ядгаровна</b> – доктор медицинских наук, доцент, заведующая акушерским отделом ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Закирова Нодира Исламовна</b> – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета Республики Узбекистан <b>Кадырова Соджида Гафуровна</b> - кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
<b>Ведущая организация:</b>	<b>«Таджикский национальный университет»</b>

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

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

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета**

**кандидат медицинских наук**

**Муминова Ш.Т.**

## Введение

**Актуальность темы исследования.** “В последние годы мировое сообщество сталкивается с нарастающим числом острых гуманитарных кризисов, обусловленных вооружёнными конфликтами, политической нестабильностью, экономическими потрясениями и климатическими катастрофами”. По данным Организации Объединённых Наций, в ряде регионов мира сохраняется тенденция к эскалации насилия, массовым нарушениям международного гуманитарного и правозащитного права, разрушению гражданской инфраструктуры и систем здравоохранения, что сопровождается значительным ростом масштабов вынужденного перемещения населения как внутри государств, так и за их пределами. В условиях гуманитарной нестабильности особую уязвимость демонстрируют женщины, включая женщин репродуктивного возраста и беременных, пребывающих за пределами страны постоянного проживания. Воздействие длительного психоэмоционального напряжения, насилия, социальной дезадаптации, утраты средств к существованию и ограниченного доступа к медицинской помощи существенно повышает риски неблагоприятного течения беременности и перинатальных осложнений. Нарушение непрерывности антенатального наблюдения, дефицит медицинских ресурсов и перегруженность систем здравоохранения в принимающих регионах усугубляют данные риски [1].

Согласно текущим оценкам Организации Объединённых Наций, в мире в начале 2024 года насчитывались около 281 млн международных мигрантов, что составляет 3,6 % населения планеты. В то же время наблюдается устойчивый рост числа людей, вынужденных покинуть места постоянного проживания как внутри своих стран, так и за их пределами, вследствие вооружённых конфликтов, насилия, политической и экономической нестабильности, а также изменения климата и других чрезвычайных ситуаций. “В 2022 году в мире было зарегистрировано 117 млн мигрантов, из них 71,2 млн являлись внутренними мигрантами. Число лиц, ищущих убежище, увеличилось с 4,1 млн в 2020 году до 5,4 млн в 2022 году, что соответствует росту более чем на 30 %” [2].

В настоящее время масштабы международной мобильности населения достигли беспрецедентного уровня. Согласно данным Отдела народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций, в конце 2024 года численность лиц, проживающих за пределами страны своего рождения, составила 304 млн человек, что почти вдвое превышает показатель 1990 года, когда их количество оценивалось примерно в 154 млн. Указанная категория населения формирует около 3,7 % общей численности населения мира, при этом рост данного показателя по сравнению с 1990 годом (2,9 %) носит умеренный характер. Следует отметить, что женщины составляют почти половину (48 %) лиц, вовлечённых в международные миграционные перемещения [3].

По данным Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, в последние годы Российская Федерация остаётся основным направлением трудовой миграции граждан страны. В 2023 году за рубежом находились более 340 тыс. лица, осуществляющие трудовую деятельность, из которых около 96 % осуществляли трудовую деятельность в Российской Федерации. “ В первом полугодии 2024 года количество трудовых мигрантов, выехавших за границу, составило 392 805 человек (в аналогичный период 2023 года - 467 247 человек), что на 16% меньше по сравнению с предыдущим годом. Из этого числа 314 052 мужчины и 78753 женщины, что соответственно на 17% и 12% меньше, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Из общего количества трудовых мигрантов 386987 человек направились в Российскую Федерацию” [4].

Установлено, что у лиц с миграционным опытом, вернувшихся в страну исхода, отмечается выраженный уровень психологического дистресса, ассоциированный с неблагоприятными условиями миграционного периода и недостаточной результативностью применяемых механизмов психологической адаптации и преодоления стрессовых воздействий, что обосновывает необходимость разработки и внедрения целенаправленных психосоциальных интервенций [5, с. 397-398].

В результате проведённого исследования установлено, что гипертензивные расстройства, индуцированные беременностью, тесно ассоциированы с повышенной частотой тревожных и депрессивных состояний, что обусловлено общностью факторов риска и патофизиологических механизмов, включая нарушения гемостаза, активацию симпатической нервной системы и оси «гипоталамус–гипофиз–надпочечники». Показано, что применение сульфата магния в сочетании с лабеталолом не только обеспечивает эффективный контроль артериального давления, но и способствует снижению выраженности тревожно-депрессивных проявлений у беременных. Полученные данные обосновывают целесообразность комплексного подхода к ведению пациенток с гипертензивными расстройствами беременности с учётом психоэмоционального состояния для улучшения акушерских и перинатальных исходов [6, с. 246-247].

Перспективные исследования целесообразно ориентировать на выявление дополнительных детерминант, ассоциированных с развитием депрессивных проявлений у беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания. К таким детерминантам относятся процессы социокультурной адаптации, характер и доступность социальной поддержки, а также опыт социальной изоляции и дискриминации. Комплексный учет указанных факторов может способствовать совершенствованию персонализированных моделей медицинского сопровождения беременных женщин с международным миграционным опытом [7, с. 1619].

Полученные данные подтверждают необходимость разработки адаптированных к условиям ограниченных ресурсов подходов к раннему выявлению и ведению перинатальных депрессивных расстройств у женщин, проживающих за пределами страны постоянного проживания. Эффективность таких мероприятий определяется междисциплинарным взаимодействием и сочетанием лечебных и профилактических стратегий, направленных на коррекцию психоэмоциональных нарушений и социальных детерминант, что в

совокупности способствует улучшению акушерских и перинатальных исходов [8, с. 11-12].

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, пребывающих за пределами страны проживания.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Анализ литературных источников, посвящённых особенностям течения беременности, а также акушерским и перинатальным исходам у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, свидетельствует о том, что в последние годы число женщин, пребывающих за пределами страны проживания 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.

Проведённое исследование нескольких ученых подтверждает высокую распространённость и устойчивый характер антенатальной депрессии у беременных женщин беженского и миграционного происхождения, проживающих в условиях социальной и экономической нестабильности. Выявлены значимые барьеры сохранения психического здоровья, включая финансовую уязвимость, насилие, социальную дезадаптацию и ограниченный доступ к медицинской помощи. Полученные данные обосновывают необходимость внедрения комплексных, межсекторальных и культурно адаптированных подходов к раннему выявлению и профилактике депрессивных расстройств в перинатальном периоде, а также разработки валидированных скрининговых инструментов, учитывающих социокультурные особенности данной категории женщин [9, с. 13, 10, с.2, 11, с.2, 12, с.1283].

Более убедительно изучены связи гипертензивных осложнений беременности с воспалительными процессами и поражением структур центральной нервной системы. Вместе с тем данные о влиянии гипертензивных расстройств беременности на психоэмоциональное состояние женщин остаются фрагментарными, что подчёркивает необходимость дальнейших исследований и обоснования расширенного скрининга психических расстройств в антенатальном и послеродовом периодах, особенно у женщин группы высокого риска [13, с. 10-11].

В то же время остаются недостаточно исследованными вопросы психоэмоционального статуса женщин, пребывающих за пределами страны проживания, 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 ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель исследования.** Изучить акушерские и перинатальные исходы в параллелях с характеристиками психо-эмоционального и гормонального статуса для оптимизации подходов ведения женщин, пребывающих за пределами страны проживания.

### **Задачи исследования:**

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

**Объект исследования.** Объектом исследования явились беременные женщины, граждане Таджикистана, пребывающих за пределами страны проживания.

**Предмет исследования.** Предметом исследования явилось изучение особенностей течения беременности, акушерских и перинатальных исходов, связи психо-эмоциональных характеристик с гормональными изменениями во время беременности, особенностей психо-эмоционального статуса, выраженностью осложнений беременности, связанных с дисфункцией эндотелия женщин пребывающих за пределами страны проживания. На основании выявленных изменений оптимизированы подходы ведения беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, проведена их оценка.

### **Научная новизна исследования.**

Впервые выполнено всестороннее исследование клинико-социальных и анамнестических особенностей беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в Россию. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных.

Впервые проведено детальное изучение психо-эмоциональных особенностей беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана. Установлена высокая распространенность реактивной тревожности и депрессивных состояний, связанных с социальным положением женщин, пребывающих за пределами страны проживания.

Представлен гормональный статус беременных женщин, пребывающих за пределами 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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, пребывающих за пределами 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, пребывающих за пределами 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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 женщин, пребывающих за пределами страны проживания», «Психоэмоциональные нарушения в антенатальном периоде и их последствия», «Связь нейроэндокринной регуляции с психоэмоциональным состоянием беременной» и «Пути оптимизации акушерского наблюдения за женщинами, пребывающих за пределами страны проживания». 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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, пребывающим за пределами страны проживания, а также сократить уровень перинатальных потерь и материнских осложнений.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Доказано, что беременные женщины, пребывающих за пределами страны проживания 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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 3.1.1– «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 пребывающих за пределами страны проживания 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,

пребывающих за пределами страны проживания, 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, пребывающих за пределами страны проживания, 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 187 страницах компьютерного текста. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы, посвященной материалу и методам исследования, и 2 глав результатов собственных исследований, обзора результатов исследования, заключения, списка литературы, состоящего из 152 источников, из них 10 на русском языке и 142 на английском языке, иллюстрирована 25 таблицами и 24 рисунками.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

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

Для оценки эффективности подходов к ведению беременных женщин, проживающие за пределами страны происхождения, был проведён сравнительный анализ: в основную группу вошли 32 женщины, получавшие дородовое медико-психологическое сопровождение, а в группу сравнения - 68 женщин, ведение беременности у которых не соответствовало стандартам

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

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

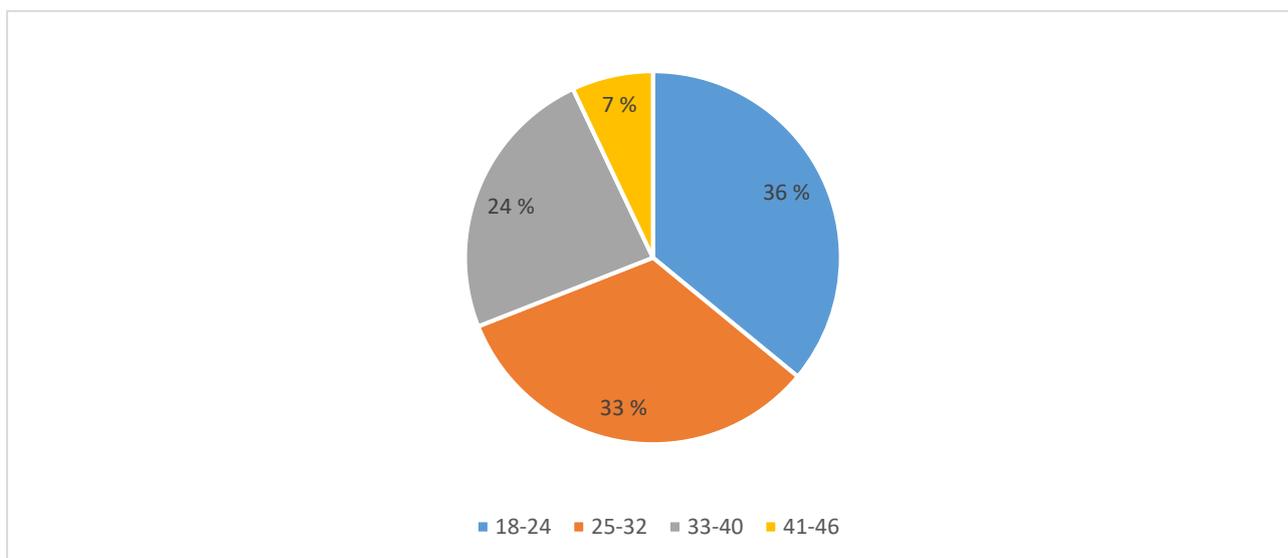
Для оценки наличия анемии и общего соматического состояния беременных проводились лабораторные исследования. Оценка уровня гемоглобина и общего анализа крови позволяла диагностировать анемию. Состояние мочевыделительной системы оценивали с помощью общего анализа мочи, а также измерения уровня мочевины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

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ SPSS версии 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Для

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

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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



**Рисунок 1. –Распределение обследованных женщин по возрасту.**

В основной группе отмечалась высокая распространённость экстрагенитальной патологии: анемия выявлена у каждой второй беременной пациентки основной группы, йоддефицитные состояния - у каждой второй–третьей, заболевания почек - у 39%, частые ОРВИ - у 40%. С возрастом частота этих заболеваний значимо возрастала ( $p < 0,001$ ). Корреляционный анализ показал прямую зависимость возраста с анемией, йоддефицитными

состояниями, болезнями почек и ОРВИ ( $r=0,67-0,72$ ;  $p < 0,001$ ), а для хронической гипертензии и йоддефицита выявлена особенно сильная положительная связь ( $r=0,835$  и  $r=0,808$ ;  $p < 0,001$ ).

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

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

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

Отмечена высокая частота акушерских осложнений в наблюдаемой группе. Угрожающий выкидыш на ранних сроках беременности диагностирован у 25% женщин; эпизоды угрозы прерывания во втором–третьем триместрах – у 9%; многоводие – у 2%; маловодие – у 5%; преэклампсия – у 5%; нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока – у 15%; синдром задержки роста плода (СЗРП) – у 6% случаев. Полученные показатели указывают на существенно повышенный риск развития гестационных осложнений у беременных женщин, проживающих вне родины.

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

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

Результаты указывают на многоплановое неблагоприятное воздействие на здоровье беременных женщин, проживающих за пределами страны рождения, что требует междисциплинарного подхода и координации медицины, социальных служб и снижения частоты осложнений.

В проведённом исследовании детально проанализировано психоэмоциональное состояние 100 беременных женщин, находящихся во внешней трудовой миграции (основная группа). Оценка включала количественное измерение уровня тревожности и выраженности депрессивных

симптомов с использованием модифицированных шкал Спилбергера–Ханина для личностной и реактивной тревожности, а также шкалы депрессии Бека. Полученные данные выявили значимые отклонения в психоэмоциональном статусе данной популяции, требующие особого внимания.

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

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

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

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

У женщин с высокой личностной тревожностью депрессивные состояния выявлены в 78% случаев, тогда как лишь 22% не имели симптомов. Это подчёркивает тесную связь тревожности и депрессии: хронический стресс у

беременных женщин существенно повышает риск депрессивной симптоматики, что может усиливать неблагоприятное влияние на течение беременности.

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

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

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

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

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

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

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

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

Анализ частоты нарушений кровотока в различных звеньях системы «мать–плацента–плод» показал, что у женщин основной группы гемодинамические отклонения носили изолированный характер. Нарушения плодово-плацентарного кровотока (патология в артерии пуповины) выявлены у 5 женщин (10% от общего числа обследованных). Нарушения маточно-плацентарного кровотока (в маточных артериях) обнаружены у 6 женщин (12%). Также у 4 беременных (8% от общего числа обследованных) диагностировано снижение кровотока в средней мозговой артерии плода, что может указывать на проблемы с церебральной перфузией плода. Случаев сочетанных (одновременных) нарушений сразу в нескольких сегментах кровеносной системы не отмечено. Анализ состояния фетоплацентарного комплекса у обследованных беременных женщин показал высокий риск плацентарной недостаточности и связанных с ней гемодинамических нарушений.

Ограниченный доступ к доплерографии приводит к поздней диагностике, тогда как преобладание субкомпенсированных форм указывает на частичное сохранение функции плаценты при её напряжённой работе. Выявленные изолированные нарушения маточно- или фетоплацентарного кровотока свидетельствуют о возможности их ранней коррекции.

В исследование гормонального профиля включено 28 беременных женщин – проживающих за пределами Таджикистана (основная группа) и 30 беременных женщин, проживающих в Таджикистане (группа сравнения).

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

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

У всех участниц измеряли уровни гормонов фетоплацентарного комплекса (прогестерон, плацентарный лактоген – ПЛГ, эстриол, кортизол) иммуноферментным методом (таблица 2). В основной группе беременных женщин отмечалась более высокая частота ряда акушерских осложнений по сравнению с группой сравнения. Угроза преждевременного прерывания беременности диагностирована у 9 из 28 женщин (32,1% случаев), тогда как в контрольной группе – у 3 из 30 женщин (10%). Преэклампсия возникла у 5 женщин (17,9%) против 1 случая в группе сравнения (3,3%). Синдром задержки развития плода (СЗРП) выявлен у 3 женщин основной группы (10,7%), тогда как среди местных жительниц - в 1 случае (3,3%). Частота железодефицитной анемии в основной группе также была высокой (зарегистрирована у 57,1%

женщин). Хотя указанные осложнения встречались у женщин, проживающих вне родины чаще, статистически значимые различия между группами по частоте угрозы прерывания, преэклампсии и СЗРП не достигнуты ( $p > 0,05$ ). Вместе с тем, нарушения маточно-плацентарного кровотока (по данным доплерометрии) достоверно чаще регистрировались у беременных женщин, проживающих вне родины, в 15 (53,6%) случаях из 28 женщин с исследованием гормонального статуса против 1 случая (3,3%) в контроле ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует о выраженном нарушении плацентарной гемодинамики у женщин с осложнённым течением беременности, находящихся за пределами страны постоянного проживания (табл.3).

**Таблица 3. - Частота снижения гормонов обследованных групп женщин**

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

Проведен корреляционный анализ для установления связи гормональных изменений с осложнениями беременности. Установлено, что снижение уровня прогестерона тесно ассоциируется с угрозой прерывания беременности: среди женщин со сниженным прогестероном угроза выкидыша отмечалась значительно чаще (12 случаев из 14) по сравнению с пациентками с нормальным прогестероном (2 случая). Статистически подтверждена сильная положительная корреляция между снижением прогестерона и частотой угрозы прерывания (коэффициент корреляции Пирсона  $r \approx 0,78$ ). Аналогично, все 16 женщин с нарушениями маточно-плацентарного кровотока имели пониженный уровень ПЛГ, тогда как при нормальном ПЛГ гемодинамических нарушений не выявлено. Частота снижения ПЛГ показала чрезвычайно сильную связь с частотой нарушений кровотока ( $r = 1,0$ ). Также получены данные, что во всех случаях СЗРП у женщин, проживающих вне родины, наблюдалось значительное

снижение уровня эстриола к 34 неделе гестации. Корреляционный анализ подтвердил связь дефицита эстриола с развитием СЗРП (коэффициент сопряженности Пирсона 0,707;  $p < 0,01$ ). Таким образом, гормональные отклонения фетоплацентарного комплекса напрямую связаны с возникновением перечисленных осложнений гестации.

У этих обследованных 28 беременных женщин, проживающих вне родины, выявлены выраженные психоэмоциональные нарушения по сравнению с контролем. Депрессивные расстройства различной степени диагностированы почти у половины беременных женщин, проживающих вне родины (46,4% против 16,7%;  $p < 0,05$ ), а высокий или умеренный уровень личностной тревожности отмечен у 89,3% против 16,7% в группе сравнения ( $p < 0,001$ ). Риск депрессии у них оказался почти в 3 раза выше ( $RR=2,79$ ; 95% ДИ 1,14–6,81), тревожности - более чем в 11 раз ( $RR=11,79$ ; 95% ДИ 3,05–45,59). У пациенток с выраженными психоэмоциональными нарушениями зафиксированы нейроэндокринные сдвиги, включая гиперкортизолемию и снижение ПЛГ, что подчеркивает значимую роль миграционного стресса в формировании эндокринных нарушений и осложнённого течения беременности.

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

Проведено сравнительное исследование акушерских и перинатальных исходов беременных женщин миграционного статуса (основная группа,  $n=100$ ) и постоянно проживающих в Республике Таджикистан (контроль,  $n=30$ ). Наиболее значимые межгрупповые различия отмечены в структуре и сроках родоразрешения. Доля срочных родов в основной группе была статистически значимо ниже (47% против 80% в контрольной группе;  $\chi^2=8,851$ ;  $p < 0,05$ ), тогда как частота преждевременных родов, напротив, значительно выше (40% против

16,7%;  $\chi^2=4,568$ ;  $p < 0,05$ ). Запоздалые роды встречались редко и статистически значимых различий не выявлено. Анализ структуры преждевременных родов у беременных женщин миграционного происхождения показал преобладание умеренно ранних родов до 34<sup>6</sup> недель, которые составили 25% случаев, а поздние преждевременные роды (34<sup>6</sup>–36<sup>6</sup> недель) — 5%. Доля крайне ранних преждевременных родов (22–27<sup>6</sup> недель) составила 4%, ранних – 6%.

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

В исследовании сопоставлены данные основной группы ( $n = 32$ ), получавшей комплексную медико-психологическую поддержку, группа сравнения ( $n = 68$ ), наблюдавшейся вне структурированных программ. Использование валидизированных шкал Спилбергера–Ханина и Бека до и после реализации программы психоэмоциональной поддержки с анализом динамики показателей позволило количественно зафиксировать изменения уровней тревожности и депрессивной симптоматики. До проведения интервенции высокая личностная тревожность выявлялась у 62,5 % женщин, субдепрессия

или депрессия различной степени — у 71,9%. После реализации психокоррекционной программы доля участниц с признаками депрессии снизилась до 21,9%, а отсутствие депрессивной симптоматики зафиксировано у 78,1%. Также отмечено значительное снижение уровня реактивной тревожности: доля женщин с низкой тревожностью увеличилась с 68,8% до 87,5%. Полученные данные свидетельствуют о выраженном положительном влиянии целенаправленных психоэмоциональных вмешательств на ситуативные психические состояния беременных женщин, проживающих за пределами страны рождения. При этом устойчивость личностной тревожности подчёркивает необходимость длительного, индивидуализированного психотерапевтического сопровождения в условиях миграционной уязвимости. Эти результаты обосновывают включение программ психологической поддержки в комплекс акушерско-гинекологической помощи данной группе женщин.

Результаты анализа стандартизированного наблюдения в антенатальном периоде показали, что в группе женщин, проживающих за пределами страны рождения, при наличии антенатального сопровождения срочные роды зафиксированы у 78,1% женщин, тогда как в группе женщин, работающих за пределами родины без сопровождения - лишь у 32,4% ( $\chi^2 = 16,510$ ;  $p < 0,05$ ). Частота преждевременных родов была в 2,7 раза ниже (18,8% против 50%;  $\chi^2 = 7,600$ ;  $p < 0,05$ ), а кесарево сечение проводилось реже — в 15,6% против 32,4% случаев. В группе с сопровождением также наблюдалось меньшее число геморрагических и гнойно-септических послеродовых осложнений (эндометрит, гипотонические кровотечения, субинволюция матки). Несмотря на отсутствие статистической значимости по ряду гестационных осложнений (преэклампсия, ДРПО, хориоамнионит), прослеживалась тенденция к более благоприятному течению беременности в условиях междисциплинарного наблюдения. Полученные результаты подчёркивают важность включения психоэмоционального компонента и качественного стандартизированного наблюдения в антенатальном периоде у беременных женщин, проживающих за

пределами страны рождения, как фактора, снижающего риск осложнений в родах и послеродовом периоде. Также проведён сравнительный анализ перинатальных исходов у беременных женщин, проживающих за пределами страны рождения, в зависимости от характера антенатального наблюдения. Установлено, что доля новорождённых с массой тела менее 2500 г в основной группе составила лишь 3,1 % против 16,2 % в контроле, что свидетельствует о снижении риска внутриутробной гипотрофии при условии полноценного сопровождения. Высокие показатели жизнеспособности по шкале Апгар (9 баллов) наблюдались у 18,75 % новорождённых основной группы и ни у одного — в контрольной; при этом случаи асфиксии (оценка <7 баллов) отмечены в 19,1 % наблюдений контрольной группы и лишь в 6,3 % - в основной.

Перинатальные потери зафиксированы только в группе сравнения — 8 случаев (11,8 %), включая антенатальные, интранатальные и раннее неонатальные потери, преимущественно на фоне врожденных пороков развития (6 случаев) и тяжёлой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных потерь произошли после преждевременных родов: ЭРПР- 4 случая, РПР +УПР – 4 случая. Таким образом, антенатальное наблюдение беременных женщин, проживающих за пределами страны рождения, включающее психоэмоциональную поддержку и качественные антенатальные визиты, существенно улучшает неонатальные исходы, снижает частоту асфиксии и исключает перинатальные потери.

### **Выводы**

1. Течение беременности женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, 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 [1-А, 2-А, 4-А, 8-А].
2. Характеристиками психоэмоционального статуса женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания,

являются высокая степень личной тревожности у каждой 2-й женщины, умеренная степень реактивной тревожности – у каждой 5-й женщины, депрессивные состояния различной степени - у каждой 2-й женщины. При этом обнаружено комплексное взаимодействие тревожных и депрессивных расстройств на фоне высокой личной тревожности. Ключевыми факторами, способствующими развитию нарушений психо-эмоционального статуса, явились экономическая нестабильность (90%), разделение с семьей (79%), социальная изоляция (65%), культурный и языковой барьер (49%) [3-А, 5-А, 9-А, 10-А].

3. Частота нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод» у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, 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 у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания ( $19,2 \pm 0,4$  нг/мл), статистически значимо превышал аналогичный показатель у женщин, проживающих на территории Таджикистана ( $16,2 \pm 1,1$  нг/мл). Эти данные отражают влияние стрессовых факторов, связанных с проживанием вне страны постоянного проживания, на регуляцию кортизолзависимых нейроэндокринных механизмов [4-А].
5. Акушерские исходы у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, 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 у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, характеризуются повышением частоты перинатальной смертности, ведущей причиной которой являются врождённые пороки развития, несовместимые с жизнью [1-А, 2-А, 4-А].

6. Регулярное антенатальное наблюдение в сочетании с психоэмоциональной поддержкой женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания и имеющих нарушения психоэмоциональной сферы, способствует улучшению их психологического состояния, а также более благоприятным акушерским и перинатальным исходам. 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 специализированных подходов к ведению беременных женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, подтверждается снижением 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 психоэмоциональным сопровождением подтверждают эффективность данного подхода в плане улучшения перинатальных исходов у женщин, находящихся вне страны постоянного проживания [1-А, 2-А, 3-А, 4-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Беременные женщины, временно проживающие и работающие в Российской Федерации, наблюдаются на антенатальном уровне, согласно Российским

клиническим рекомендациям Нормальная беременность: клинические рекомендации – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2023.

2. Консультирование беременных женщин, проживающих за пределами страны происхождения, обязательно включает вопросы здорового образа жизни: питание беременных с объяснением пирамиды питания, физической активности.
3. Беременным женщинам, находящимся вне страны постоянного проживания, необходимо осуществлять профилактику анемии и йоддефицитных состояний на протяжении всей беременности.
4. При выявлении осложнений беременности у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, показано своевременное дополнительное обследование и проведение необходимой терапии, 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. У беременных женщин, проживающих за пределами страны постоянного проживания, обязательна оценка психоэмоционального состояния с использованием валидированных психометрических инструментов (шкала Спилбергера–Ханина, шкала Бека).
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.

У беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания и имеющих нарушения психоэмоционального статуса, необходимо обучение методам, способствующим улучшению эмоционального состояния: расслабление мышц тела и применение дыхательных практик, такие как:

- дыхание животом – вдох через нос, следя, чтобы приподнимался живот, а не грудная клетка;
- методика мышечной релаксации - это расслабление мышц посредством разума и упражнений, которые обеспечивают отдых тела и снимают напряжение. Необходимыми условиями эффективности методики расслабления являлись приглушенный свет, комфортная температура в комнате, отсутствие отвлекающих факторов, позитивная атмосфера, удобная поза.

### **Публикации по теме диссертации**

#### **Статьи в рецензируемых журналах:**

#### **Статьи в журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте РТ**

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

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

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

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

### **Статьи и тезисы в сборниках материалов съездов и конференций**

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

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

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

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

### **Доклады на съездах и конференции**

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

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

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ООН – Организация Объединенных Наций

НИР – Научно-исследовательская работа

ГУ – Государственное учреждение

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

РТ – Республика Таджикистан

РФ – Российская Федерация

АЛАТ – Аланинаминотрансфераза

АсАТ – Аспартатаминотрансфераза

АЧТВ – Активированное частичное тромбопластиновое время

США – Соединённые Штаты Америки

ОРВИ – Острые респираторные вирусные инфекции

СЗРП – Синдром задержки роста плода

СОЭ – Скорость оседания эритроцитов

СДО – Систоло-диастолическое отношение (при доплерометрии)

ПИ – Пульсационный индекс

ИР – Индекс резистентности

ПЛГ – Плацентарный лактоген

ВПР – Врождённые пороки развития

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

ИМТ- Индекс массы тела

ДРПО – Дородовый разрыв плодных оболочек

ЭРПР – Экстремально ранние преждевременные роды

РПР – Ранние преждевременные роды

УПР – Умеренно преждевременные роды

RR – Relative risk

p – Уровень статистической значимости

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

**ВБД 618.3-06:159.97:314.74**

ба ҳуқуқи дастнавис

**ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА**

**БЕҲТАРСОЗИИ НАТИҶАҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛИИ  
ЗАНОНИ ҲОМИЛАЕ, КИ БЕРУН АЗ КИШВАРИ ИСТИКОМАТИИ ХУД  
КАРОР ДОРАНД**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии номзади илмҳои тиббӣ  
аз рӯи ихтисоси 3.1.1– Акушерӣ ва гинекология

**Душанбе – 2026**

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

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

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

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

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

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

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

Автореферат " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ соли 2026 ирсол гардид

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

**Муминова Ш. Т.**

## Муқаддима

**Мубрами мавзӯи таҳқиқот.** “Дар солҳои охир ҷомеаи ҷаҳонӣ бо афзоиши устувори бӯҳронҳои ҷиддии гуманитарӣ рӯ ба рӯ мебошад, ки онҳо натиҷаи муноқишаҳои мусаллаҳона, ноустувории сиёсӣ, нооромии иқтисодӣ ва офатҳои иқлимӣ мебошанд”. Тибқи маълумоти Созмони Милали Муттаҳид, дар як қатор минтақаҳои ҷаҳон тамоюли шиддатёбии зӯрварӣ, нақзи густурдаи ҳуқуқи байналмилалӣ гуманитарӣ ва ҳуқуқи инсон, инчунин харобшавии инфрасохтори шаҳрвандӣ ва низомҳои тандурустӣ мушоҳида мегардад. Ин равандҳо бо афзоиши назарраси кӯчиши маҷбурии аҳоли ҳам дар дохили давлатҳо ва ҳам берун аз марзҳои онҳо ҳамроҳ мешаванд. Дар шароити ноустувории гуманитарӣ замон, аз ҷумла замони синни репродуктивӣ ва замони ҳомила, ки берун аз кишвари иқомати доимии худ қарор доранд, гурӯҳи махсусан осебпазир ба шумор мераванд. Таъсири тӯлонии фишори психоэмотсионалӣ, зӯрварӣ, носозгории иҷтимоӣ, аз даст додани манбаъҳои рӯзгузаронӣ ва маҳдуд будани дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ ба таври назаррас хатари ҷараёни номусоиди ҳомиладорӣ ва бад шудани натиҷаҳои таваллудро афзоиш медиҳад. Қатъи назар назорати пайдарпайии антенаталӣ, норасоии захираҳои тиббӣ ва изофабори низомҳои тандурустӣ дар минтақаҳои қабулкунанда ин хатарҳо боз ҳам шадид мегардонанд [1].

Тибқи арзёбиҳои ҷорӣ Созмони Милали Муттаҳид, дар оғози соли 2024 шумораи шахсоне, ки берун аз кишвари таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, дар ҷаҳон тақрибан 281 миллион нафарро ташкил дода, ин нишондиҳанда 3,6 % аҳолии сайёро фаро мегирад. Ҳамзамон, афзоиши устувори шумораи шахсоне мушоҳида мешавад, ки маҷбуранд ҷойи истиқомати доимии худро ҳам дар дохили кишварҳо ва ҳам берун аз онҳо тарк намоянд. Ин раванд асосан бо сабаби муноқишаҳои мусаллаҳона, зӯрварӣ, ноустувории сиёсӣ ва иқтисодӣ, инчунин тағйирёбии иқлим ва дигар ҳолатҳои фавқулода ба амал меояд. “Соли 2022 дар ҷаҳон 117 миллион нафар ба ҳайси аҳолии кӯчанда ба қайд гирифта шуданд, ки аз ин шумора 71,2 миллион нафар муҳоҷирони дохилӣ буданд. Шумораи

шахсоне, ки дар ҷустуҷӯи паноҳгоҳ қарор доранд, аз 4,1 миллион нафар дар соли 2020 то 5,4 миллион нафар дар соли 2022 афзоиш ёфта, ин ба болоравии зиёда аз 30 % баробар мебошад “ [2].

Дар айни замон, ҳаҷми ҳаракатнокии байналмилалии аҳоли ба сатҳи бесолика расидааст. Тибқи маълумоти Шуъбаи аҳолии Департаменти масъалаҳои иқтисодӣ ва иҷтимоии Созмони Милали Муттаҳид, дар охири соли 2024 шумораи шахсоне, ки берун аз кишвари таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, 304 миллион нафар-ро ташкил додааст, ки ин нишондиҳанда қариб ду баробар бештар аз соли 1990 мебошад, замоне ки шумораи онҳо тақрибан 154 миллион нафар арзёбӣ мешуд. Ин гурӯҳи аҳоли тақрибан 3,7 % аз шумораи умумии аҳолии ҷаҳонро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки афзоиши ин нишондиҳанда нисбат ба соли 1990 (2,9 %) хусусияти мӯътадил дорад. Қобили зикр аст, ки замон қариб нисфи (48%) шахсони дар ҳаракатҳои муҳоҷирати байналмилалӣ иштирокдоштаро ташкил медиҳанд [3].

Тибқи маълумоти Вазорати меҳнат, муҳоҷират ва шуғли аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар солҳои охир Федератсияи Россия ҳамоно самти асосии муҳоҷирати меҳнатии шаҳрвандони кишвар боқӣ мемонад. Дар соли 2023 беш аз 340 ҳазор нафар шаҳрвандон дар хориҷи кишвар ба фаъолияти меҳнатӣ машғул буданд, ки аз ин шумора тақрибан 96 % дар қаламрави Федератсияи Россия кор мекарданд. Дар нимсолаи якуми соли 2024 шумораи муҳоҷирони меҳнатӣ, ки ба хориҷи кишвар сафар карданд, 392 805 нафар-ро ташкил дод (дар ҳамин давраи соли 2023 — 467 247 нафар), ки нисбат ба соли гузашта 16 % кам мебошад. Аз ин шумора 314 052 нафар мардон ва 78 753 нафар занон мебошанд, ки мутаносибан нисбат ба ҳамин давраи соли гузашта 17 % ва 12 % коҳиш ёфтааст. Аз шумораи умумии муҳоҷирони меҳнатӣ 386 987 нафар ба Федератсияи Россия равона шудаанд [4].

Муайян карда шуд, ки дар шахсоне, ки таҷрибаи муҳоҷират дошта, баъдан ба кишвари аслии худ бозгаштаанд, сатҳи баланди дистресси равонӣ ба қайд гирифта мешавад. Ин ҳолат бо таъсири шароити номусоиди давраи муҳоҷират, инчунин бо самаранокии нокифояи механизмҳои мутобиқшавии

равонӣ ва рафъи фишорҳои стрессӣ алоқаманд мебошад. Натиҷаҳои бадастомада зарурати таҳия ва ҷорӣ намудани ҷорабиниҳои мақсадноки психосоциалиро барои ин гурӯҳи аҳолии асоснок менамоянд [5, с. 397-398].

Дар ҷараёни таҳқиқоти анҷомёфта муайян карда шуд, ки ихтилолҳои гипертензивии вобаста ба ҳомиладорӣ бо афзоиши назарраси паҳншавии ҳолатҳои изтиробӣ ва депрессивӣ алоқаи зич доранд. Ин робита бо умумият доштани омилҳои хавф ва механизмҳои патофизиологӣ, аз ҷумла вайроншавии равандҳои гемостаз, фаъолшавии низоми асаби симпатикӣ ва меҳвари «гипоталамус–гипофиз–адуудҳои болои гурда» тавзеҳ дода мешавад. Натиҷаҳо нишон доданд, ки истифодаи сульфати магний дар якҷоягӣ бо лабеталол на танҳо назорати самараноки фишори артериалиро таъмин менамояд, балки ҳамзамон ба коҳиши шиддати зуҳуроти изтиробию депрессивӣ дар занони ҳомила мусоидат мекунад. Маълумоти бадастомада зарурати татбиқи равиши комплексӣ дар идоракунии занони ҳомила бо ихтилолҳои гипертензивиро бо дарназардошти ҳолати психоэмотсионалӣ барои беҳтар намудани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ асоснок месозад [6, с. 246–247].

Таҳқиқотҳои минбаъдaro мувофиқи мақсад аст ба муайян намудани детерминантҳои иловагӣ равона намуд, ки бо ташаккул ва зоҳиршавии нишонаҳои депрессивӣ дар занони ҳомила, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, алоқаманд мебошанд. Ба чунин омилҳо равандҳои мутобиқшавии иҷтимоӣ ва фарҳангӣ, хусусият ва сатҳи дастрасии дастгирии иҷтимоӣ, инчунин таҷрибаи канорагирии иҷтимоӣ ва ҳолатҳои таъбиз шомил мегарданд. Ба назар гирифтани маҷмӯи ин омилҳо метавонад ба такмили моделҳои фардисозишудаи ҳамроҳии тиббӣ ва иҷтимоӣ барои занони ҳомилаи дорои таҷрибаи муҳочирати байналмилалӣ мусоидат намояд [7, с.1619].

Натиҷаҳои бадастомада зарурати таҳия ва ҷорӣ намудани равишҳои мутобиқшуда ба шароити маҳдудияти захираҳоро ҷиҳати ошкорсозии барвақт ва идоракунии ихтилолҳои депрессивии перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, ба таври возеҳ нишон медиҳанд. Самаранокии чунин ҷорабиниҳо бо ҳамкориҳои зичи байнисоҳай ва татбиқи

хамзамони стратегияҳои табобатӣ ва пешгирикунанда, ки ба ислоҳи ихтилолҳои психозмотсионалӣ ва коҳиши таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ равона шудаанд, муайян мегардад ва дар маҷмӯъ ба беҳбуди натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат мекунад [8, с.11–12].

Омӯзиши нақши меҳвари «гипоталамус–гипофиз–гадудҳои болои гурда» ва меҳвари «гипоталамус–гипофиз–гадуди сипаршакл» дар ташаккули таъсири равандҳои муҳочират ба саломатии равонии занон дар давраи перинаталӣ самти муҳими тадқиқотҳои минбаъда ба ҳисоб меравад. Натиҷаҳои бадастомада метавонанд аҳамияти муҳими амалӣ дошта бошанд, зеро онҳо имконият медиҳанд равишҳои таҳия намоянд, ки ба беҳтар гардидани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар қонун, ки берун аз кишвари истиқомати худ қарордоранд, равона карда шудаанд.

**Дарачаи қорқарди илмӣи проблемаи мавриди омӯзиш.** Таҳлили манбаъҳои илмӣ, ки ба хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, инчунин натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар қонун, ки берун аз кишвари иқомати доимии худ қарордоранд, бахшида шудаанд, нишон медиҳад, ки дар солҳои охир шумораи чунин қонун дар ҳамаи кишварҳои рушдёфта пайваста афзоиш меёбад. Дар робита ба ин, масъалаи мазкур дар давлатҳои гуногун ба таври ғайрӣ мавриди таҳқиқ қарор гирифта, бо аҳамияти афзалиятнок ва арзиши баланди иҷтимоӣ-иқтисодии худ тавсиф меёбад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомдодаи як қатор муҳаққиқон аз сатҳи баланди паҳншавӣ ва хусусияти музмини депрессияи антенаталӣ дар байни қонунҳои ҳомиладори дорои таҷрибаи гурезагӣ ва муҳочират, ки дар шароити ноустувории иҷтимоӣ иқтисодӣ қарордоранд, шаҳодат медиҳанд. Дар ҷараёни таҳқиқот омилҳои муҳими маҳдудкунандаи ҳифзи саломатии равонӣ муайян гардиданд, аз ҷумла ноустувории молиявӣ, таҷрибаи зӯрварӣ, мушкilotи мутобиқшавии иҷтимоӣ ва дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ. Далелҳои бадастомада зарурати татбиқи равишҳои ҳамаҷониба, байнисоҳавӣ ва фарҳангӣ мутобиқгардонидашударо барои ошкорсозии барвақт ва пешгирии ихтилолҳои депрессивӣ дар давраи перинаталӣ асоснок менамоянд. Илова бар ин, таҳияи

воситаҳои боэътимоди скринингӣ, ки хусусиятҳои иҷтимоӣ ва фарҳангии ин гурӯҳи махсуси занонро инъикос менамоянд, аҳамияти хос дорад [9, с. 13, 10, с.2, 11, с.2, 12, с.1283].

Робитаҳои патогенетикии байни ихтилолҳои гипертензивии давраи ҳомиладорӣ, равандҳои илтиҳобӣ ва осебёбии сохторҳои системаи марказии асаб дар адабиёти илмӣ нисбатан мукамал инъикос ёфтаанд. Бо вучуди ин, таъсири ин ихтилолҳо ба ҳолати психоэмотсионалии занон то ҳол ба таври нокифоя омӯхта шудааст ва маълумоти мавҷуда хусусияти пароканда дорад. Ин ҳолат зарурати гузаронидани таҳқиқоти минбаъдaro, инчунин асоснок намудан ва ҷорӣ намудани барномаҳои васеъшудаи скрининги ихтилолҳои равониро дар давраҳои антенаталӣ ва баъди таваллуд, бахусус дар занони ба гурӯҳҳои хавфи баланд мансуб, таъкид менамояд [13, с. 10–11].

Бо вучуди ин, саволҳои марбут ба ҳолати психоэмотсионалӣ, хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, инчунин имкониятҳои тағйири равишҳои идораи занони ҳомила, сокинони Тоҷикистон дар Федератсияи Россия, то ҳол пурра омӯхта нашудаанд, ки ин бошад аҳамияти баланди илмӣ ва амалӣ доштани таҳқиқоти мазкурро муайян мекунад.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаҳои давлатӣ, вобаста ба саломатии соматикӣ ва репродуктивӣ, таъмини ҳомиладории бехатар, паст кардани сатҳи беморӣ ва ғайри модарону навзодонро дар бар мегиранд. Таҳқиқоти мо бо чунин барномаҳо алоқаманд аст, аз ҷумла: «Стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2020», «Эъломияи ҳазорсолаи СММ», «Стратегияи рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон то соли 2030», «Саломатии ҷинсӣ ва репродуктивии ТУТ». Таҳқиқот бо мақсади иҷрои вазифаҳои корҳои илмӣ-таҳқиқотии шуъбаи акушерии Муассисаи давлатии «Институти илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатология»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ гузаронида шудааст, дар мавзӯи «Таваллудҳои бармаҳал: эпидемиология дар минтақаҳои гуногун ва беморхонаҳои сатҳи

мухталифи Тоҷикистон, омилҳои хатар, пешгӯӣ, ташхис, пешгирӣ ва муолиҷа», таҳти рақами бақайдгирии №0123TJ1526.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар параллел бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ва гормоналӣ бо мақсади оптимизатсияи равишҳои идоракунии заноне, ки берун аз кишвари иқомати доимии худ қарор доранд.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ занони ҳомиладоре, ки аз Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Федератсияи Россия сафар карда, берун аз кишвари иқомати доимии худ қарор доранд.

2. Арзёбии хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионали занони ҳомиладоре, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор доранд.

3. Омӯзиши ҳолати гормонали занони ҳомиладоре, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор доранд.

4. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд, давраи пас аз таваллуд ва натиҷаҳои перинаталӣ дар заноне, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор доранд.

5. Баррасии робитаҳои давраи номусоиди пренаталӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ва гормонали заноне, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор доранд.

6. Беҳсозии усулҳои пешниҳодшуда оид ба идора ва назорати ҳомиладорӣ заноне, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Россия зиндагӣ мекунанд.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти тадқиқотро занони ҳомила, шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки берун аз кишвари зисти доимии худ қарор доранд, ташкил доданд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи тадқиқот омӯзиши ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, ҳамчунин робитаи хусусиятҳои психоэмотсионалӣ бо тағйироти гормоналӣ дар давраи ҳомиладорӣ, хусусиятҳои

ҳолати психоэмотсионалӣ, ва шиддати осебҳои ҳомиладорӣ, вобаста ба дисфунксияи эндотелия дар заноне, ки берун аз кишвари зисти доимии худ қарор доранд. Дар асоси тағйиротҳои ошкоршуда, равишҳои пешбурди ҳомиладории заноне, ки берун аз кишвари зисти доимии худ қарор доранд, такмил дода шуда, самаранокии онҳо арзёбӣ гардид.

**Навгонии илмӣ таҳқиқот.** Бори аввал таҳқиқоти ҳамачонибаи хусусиятҳои клиникӣ-ичтимоӣ ва анамнестии занони ҳомилае, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Россия қарор доранд, анҷом дода шуд. Далел оварда шуд, ки басомади патологияи соматикӣ ва осебҳои ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, аз нишондодҳои миёнаи умумии аҳолии занони ҳомила баландтар аст.

Бори аввал омӯзиши муфассали хусусиятҳои психоэмотсионалии занони ҳомилае, ки берун аз Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, гузаронида шуд. Паҳншавии баланди изтиробӣ реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ, ки бо мақоми иҷтимоии занони берун аз кишвари истиқомати худ алоқаманданд, муайян карда шуд.

Ҳолати гормоналии занони ҳомилае, ки берун аз Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, пешниҳод карда мешавад. Нишон дода шудааст, ки паст шудани сатҳи гормонҳои фетопласенталӣ бо мушкилоти ҳомиладорӣ алоқаманд аст, дар ҳоле ки афзоиши сатҳи кортизол бо ихтилоли психоэмотсионалӣ алоқаманд аст. Функсияи гемодинамикии пласента дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати худ зиндагӣ мекунанд, омӯхта шуд ва нишон дода шуд, ки шароити номусоид барои рушди пеш аз таваллуд бо афзоиши мушкилоти ҳомиладорӣ алоқаманд аст.

Бори аввал таҳлиле гузаронида шуд, ки хусусиятҳои давраи номусоиди пеш аз таваллуд, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ ва ҳолати психоэмотсионалии занони ҳомилаеро, ки аз Тоҷикистон ба Русия сафар мекунанд, муқоиса мекунад. Нишон дода шуд, ки ихтилоли психоэмотсионалии ислоҳнашуда омили муҳимест, ки ба пайдоиши натиҷаҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат мекунад.

Арзёбии самаранокии равишҳои пешниҳодшуда барои нигоҳубини ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки дохил кардани нигоҳубини мунтазами пеш аз таваллуд, арзёбии мунтазами ҳолати психоэмотсионалӣ ва нигоҳубини пайгирӣ барои ҳама гуна мушкилоти муайяншуда дар стратегияи нигоҳубин ба коҳиш додани шиддати изтироб ва ихтилоли депрессивӣ, инчунин беҳтар кардани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат мекунад.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Натиҷаҳои ин корҳои диссертатсионӣ дорои аҳамияти баланди амалии илмӣ мебошанд ва метавонанд ба таври самаранок ба раванди таълимии кафедраҳои «Акушерӣ ва гинекология» ва «Саломатии ҷамъиятӣ ва ҳифзи тандурустӣ» дар муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ ворид карда шаванд. Маълумоте, ки Ҳангоми таҳқиқот оид ба хусусиятҳои ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, ба даст оварда шудаанд, метавонанд ҳамчун асос барои омода кардани маводи лексияҳо, семинарҳои мавзӯӣ ва дарсҳои амалӣ дар самтҳои зерин хизмат кунанд: «Таъсири омилҳои муҳочират ба саломатии репродуктивии занон», «Хусусиятҳои клиникалии ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати худ зиндагӣ мекунанд», «Ихтилофҳои психоэмотсионалӣ дар давраи антенаталӣ ва оқибатҳои онҳо», «Робитаи танзими нейроэндокринӣ бо ҳолати психоэмотсионалиии занони ҳомила», «Роҳҳои беҳтар кардани нигоҳубини акушерӣ барои заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд». Татбиқи ин маводҳо дар раванди тайёр намудани мутахассисони соҳаи тиб ба баланд бардоштани сатҳи донишу салоҳиятҳои касбӣ мусоидат намуда, дар онҳо тафаккури клиникалии муосирро ташаккул медиҳад, ки ба дарназардошти омилҳои иҷтимоӣ ва тиббии саломатии модару кӯдак равона гардидааст.

Арзиши илмӣ ва амалии ин рисола дар таҳияи равиши ҳамаҷониба барои ташхис ва табобати ихтилоли психоэмотсионалӣ дар занони ҳомила, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, инчунин дар асоснок кардани нақши омилҳои психоэмотсионалӣ ва гормоналӣ дар патогенези ҳомиладории мураккаб

мебошад. Тавачҷӯҳи махсус ба пешгирии мушкилоти рағҳо, ки аз дисфунксияи эндотелиалӣ ба вучуд меоянд, ки барои ин гурӯҳи беморон хос аст, равона карда шудааст. Алгоритми пешниҳодшуда барои дастгирии тиббӣ ва равонӣ барои занони ҳомила дар ҳолатҳои осебпазири иҷтимоӣ самаранокии худро дар коҳиш додани пайдоиши мушкилоти ҳомиладорӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ исбот кардааст. Татбиқи амалии тавсияҳои таҳияшуда дар амалияи клиникаи акушерҳо/гинекологҳо ва мутахассисони нигоҳубини ибтидоӣ метавонад сифати нигоҳубини занонро, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, ба таври назаррас беҳтар созад, инчунин пайдоиши талафоти перинаталӣ ва мушкилоти модарро коҳиш диҳад.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Исбот шудааст, ки занони ҳомилае, ки берун аз кишвари иқомати худ дар Русия зиндагӣ мекунанд, бо нишондиҳандаи пасти саломатӣ, басомади баланди мушкилоти ҳомиладорӣ, ихтилоли ҳолати психоэмотсионалӣ, инчунин натиҷаҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ тавсиф мешаванд.

2. Муайян карда шудааст, ки мушкилоти ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, бо паст шудани сатҳи гормонҳои фетопласенталӣ ва вайрон шудани чараёни хун дар системаи «модар–машина–тифл» алоқаманд аст. Ихтилоли ҳолати психоэмотсионалӣ бо афзоиши сатҳи кортизол, як гормони асосии стресс, алоқаманд аст.

3. Исбот шудааст, ки тактикаи табобат барои занони ҳомилае, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, аз ҷумла мониторинги мунтазами пеш аз таваллуд, арзёбии ҳолати равонӣ-эмотсионалӣ ва дастгирии минбаъда дар сурати ихтилоли муайяншуда, метавонад шиддати ихтилоли изтироб ва депрессияро коҳиш диҳад ва ба беҳтар шудани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат кунад.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Дарачаи баланди боэътимодии натиҷаҳои бадастомада бо ҳаҷми репрезентативии маводи тадқиқот, коркарди омории маълумотҳо бо истифода аз усулҳои муосири статистикӣ, истифодаи усулҳои мувофиқи тадқиқот, нашри мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ

баррасишаванда ва хулосаҳои асоснок, ки бар пояи натиҷаҳои бадастомада тартиб дода шудаанд, тасдиқ мегардад.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Мавзӯъ ва самтгирии таҳқиқоти иҷрошуда пурра ба талаботи паспорти Комиссияи олии аттестатсионӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мувофиқи шифри ихтисоси 3.1.1– «Акушерӣ ва гинекология» мутобиқат дорад. I. Соҳаи илм: илмҳои тиб. II. Формулаи ихтисос: «Акушерӣ ва гинекология». Самти таҳқиқот– 3.1. Акушерӣ: «Ҳомиладорӣ физиологӣ ва бо ориза, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар зан», «Давраи перинаталии ҳаёти кӯдак», «Таҳия ва беҳтарсозии усулҳои ташхис ва пешгирии чараёни ҳомиладорӣ бо оризаҳо ва таваллуд». Зербанди 3.1.2. Муайян кардани ҳолати тифли дар дохилибачадон; мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизогирии тифли дар дохилибачадон; рушди узвҳо ва системаҳои тифли дар дохилибачадон; ташхиси вайроншавиҳои инкишофи тифли дар дохилибачадон; таъсири омилҳои муҳити зист ва маводи доруворӣ ба тифли дар дохилибачадон; чорабиниҳои ислоҳкунандаи ҳолати тифли дар дохилибачадон. Зербанди 3.1.5. Инҳирофҳои чараёни ҳомиладорӣ: исқоти ҳамл, таваллуди бармаҳал ва ҳомиладорӣ аз муҳлат гузашта; гестозҳои ҳомиладорӣ; хунравиҳои давраи ҳомиладорӣ. Ҳомиладорӣ берун аз бачадон, ҳубобомос. Клиника, тадбирҳои табобатӣ ва пешгирикунанда.

Объекти таҳлили диссертатсионӣ заноне мебошанд, ки шаҳрвандони Тоҷикистон буда, берун аз кишвари иқомати худ дар Федератсияи Русия зиндагӣ мекунанд.

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

Ҳамзамон, дар таҳқиқот ба омилҳои таваҷҷуҳи хос зоҳир шудааст, ки ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, таъсир мерасонанд. Аз ҷумла, арзёбии ҳолати психоэмотсионалӣ ва гормоналӣ гузаронида шудааст, ки ин имкон медиҳад кори мазкур ба самте мансуб гардад, ки ба таҳия ва тақмили усулҳои ташхис ва пешгирии чараҳои мушкили ҳомиладорӣ ва таваллуд бахшида шудааст.

Дар диссертатсия тавсияҳои илмӣ ва амалии асоснок пешниҳод гардидаанд, ки ба оптимизатсияи системаи назорат ва идоракунии ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд равона шудаанд. Ин ҳолат аҳамияти баланди амалии илмӣ ва саҳми назарраси тадқиқоти мазкурро дар рушди амалияи клиникӣ дар соҳаи акушерӣ ва гинекология тасдиқ менамояд.

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

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

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Дар мавзӯи диссертатсия 8 кори илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 4-тои онҳо дар маҷаллаҳои илмӣ ресензияшаванда, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил мешаванд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 187 саҳифаи матни компютерӣ ифода ёфтааст. Таркиби диссертатсия аз муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, боби маҳсул оид ба мавод ва усулҳои тадқиқот, ду боби натиҷаҳои тадқиқоти шахсӣ, баррасии натиҷаҳои бадастомада, хулоса ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт аз 152 манбаъ таркиб ёфтааст, ки аз онҳо 10-то ба забони русӣ ва 142-то ба забони англисӣ мебошанд. Қор бо 25 ҷадвал ва 24 расм тасвир ёфтааст.

## **ҚИСМҲОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ**

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

фаъолияти гормонии машима, фаъолияти гемодинамикии машима ва хусусиятҳои психоэмотсионалии занони муҳочирони меҳнатӣ буд.

Арзёбии самаранокии равишҳо барои идоракунии занони ҳомилае, ки берун аз кишвари аслии зиндагӣ мекунад, вобаста ба сатҳи дастгирии психоэмотсионалӣ ва риояи стандартҳои идоракунии ҳомиладории физиологӣ гурӯҳи асосӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуд. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар 32 зан (гурӯҳи асосӣ), ки аз ҳамроҳкунии тиббию равонии давраи пеш аз таваллуд бархӯрдор буданд, бо 68 зан (гурӯҳи муқоиса), ки идоракунии ҳомиладории онҳо ба стандартҳои ҳомиладории физиологӣ мувофиқат намекард ва онҳо дастгирии тиббию равониро дарёфт накарда буданд, гузаронида шуд.

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

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

Барои арзёбии мавҷудияти камхунӣ ва ҳолати умумии соматикӣ занони ҳомила таҳқиқотҳои лабораторӣ гузаронида шуданд. Арзёбии сатҳи гемоглобин ва таҳлили умумии хун имкон медод, ки камхунӣ ташхис гардад. Ҳолати системаи пешоб бо истифода аз таҳлили умумии пешоб, инчунин ченкунии сатҳи мочевина ва креатинин дар зардоби хун арзёбӣ карда шуд. Вазъияти

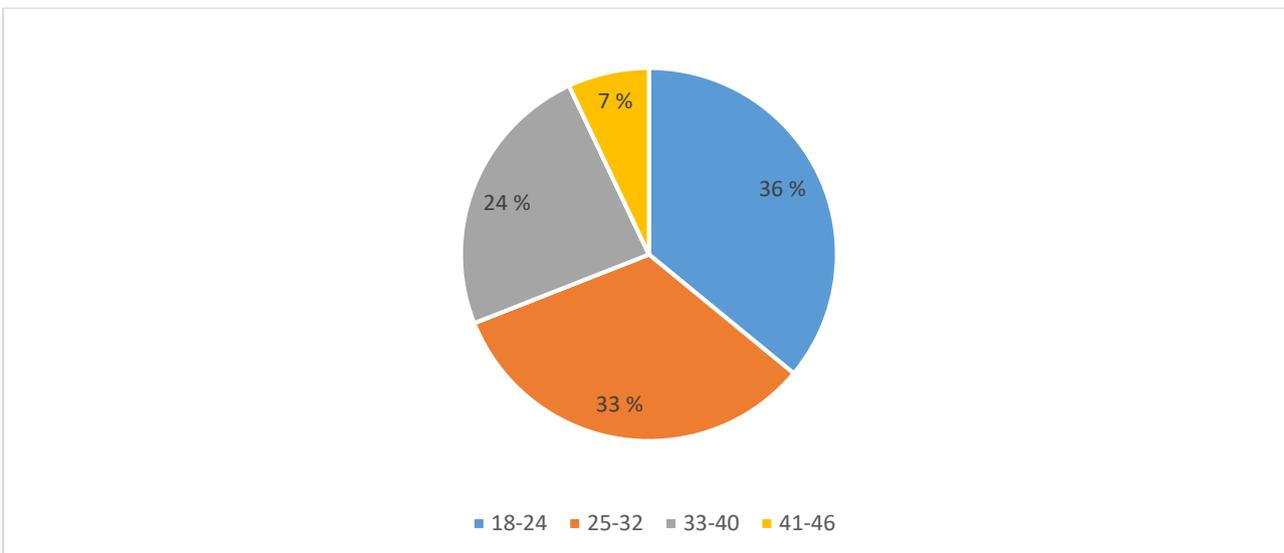
функционалии чигар аз рӯи концентратсияи билирубини умумӣ, фаъолияти аланинаминотрансфераза (АлАТ) ва аспартатаминотрансфераза (АсАТ) муайян карда мешуд. Ҳолати системаи гемостаз бо истифода аз коагулограмма арзёбӣ гардид, ки муайян намудани вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт, сатҳи фибрин ва фибриноген, вақти тромбопластини қисман фаъолшуда (ВТКФ) ва шумораи тромбоситҳоро дар бар мегирифт.

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

### НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

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

Дар гурӯҳи асосӣ паҳншавии баланди патологияи экстрагениталӣ мушоҳида гардид: камхунӣ дар ҳар дуввум зани ҳомила, ҳолатҳои норасоии йод — дар ҳар дуввум-сеюм, бемориҳои гурда — дар 39%, ва бемории сироятии шадиди роҳи нафас (БСШРН) — дар 40% муайян шуданд. Бо зиёд шудани синну сол басомади ин бемориҳо ба таври назаррас меафзуд ( $p < 0,001$ ).



**Расми 1. –Тақсимои занони таҳқиқшуда аз рӯи синну сол**

Таҳлили коррелятсионӣ вобастагии мустақими синну солро бо камхунӣ, норасоии йод, бемориҳои гурда ва БСШРН нишон дод ( $r \approx 0,67-0,72$ ;  $p < 0,001$ ), дар ҳоле ки барои гипертонияи музмин ва норасоии йод робитаи махсусан қавии мусбат ошкор шуд ( $r = 0,835$  ва  $r = 0,808$ ;  $p < 0,001$ ).

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

Тақсимои занони таҳқиқшуда аз рӯи индекси массаи бадан (ИМБ) чунин натиҷаҳо нишон дод: дар 13 нафар (13%) камвазнӣ мушоҳида гардид, ки метавонад ба мавҷудияти норасоии эҳтимолии моддаҳои ғизоӣ ишора кунад. Аксарияти занон — 72 нафар (72%) — дорои массаи бадани мутобиқ ба меъёр буданд. Дар 11 зан (11%) зиёдии массаи бадан ба қайд гирифта шуд, ки ҳамчун

омили хавфи рушди бемориҳои марбут ба фарбеҳӣ арзёбӣ мегардад. Илова бар ин, дар 3 зан фарбеҳии дараҷаи I ва дар 1 зан фарбеҳии дараҷаи II ташхис карда шуд. Маълумоти бадастомада далели ҳамзамон мавҷуд будани ҳам камғизоӣ ва ҳам фарбеҳии изофӣ дар ин гурӯҳ мебошанд, ки метавонанд ба баланд шудани хавфҳои саломатӣ таъсир расонанд.

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

Дар гурӯҳи мушоҳидашуда басомади баланди осебҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд. Хатари бачапартоии бармаҳал дар муҳлатҳои аввали ҳомиладорӣ дар 25% занон ташхис гардид; ҳолатҳои хатари қатъшавии ҳомиладорӣ дар семоҳаҳои дуюм–сеюм – дар 9%; бисёробӣ – дар 2%; камобӣ – дар 5%; преэкамписия – дар 5%; вайроншавии гардиши хуни модар–машина–тифл – дар 15%; синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) – дар 6% ҳолатҳо. Нишондиҳандаҳои бадастомада ба хавфи назарраси баланди рушди осебҳои гестатсионӣ дар занони ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекунанд, ишора мекунанд.

Омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилотӣ ба осебпазирии занони ҳомилае, ки берун аз кишвари худ сафар мекунанд, ба таври назаррас афзоиш медиҳанд: дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ, шароити вазнини меҳнат, стрессҳои музмин ва сатҳи пасти иҷтимоӣ боиси бадшавии ҳолати умумии онҳо гардида, хатари пайдоиши оризаҳои ҳомиладориро зиёд мегардонанд.

Ҷангоми гузаронидани таҳқиқоти клинико-лабораторӣ дар гурӯҳи асосӣ ягон дуршавии назаррас аз меъёрҳои физиологӣ мушоҳида нагардид. Арзишҳои миёнаи нишондиҳандаҳои асосӣ дар ҳудуди меъёрҳои истинодӣ қарор доштанд: гемоглобин —  $12,2 \pm 0,13$  г/дл, лейкоцитҳо —  $7,84 \pm 0,21 \times 10^9$ /л, СФЭ —  $14 \pm$

0,9 мм/соат; сатҳи фибриноген — тақрибан 3,2 г/л ( $\approx$  320 мг/дл), фибрин — 12,3 г/л; АлАТ —  $19 \pm 1$  ЕД/л, АсАТ —  $21 \pm 0,6$  ЕД/л, креатинин — тақрибан 62 мкмол/л. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои таҳлили умумии хун, коагулограмма ва тестҳои биохимиявии арзёбии фаъолияти чигар ва гурдаҳо дар занони ҳомила ба ҳисоби миёна ба меъёрҳои физиологӣ, ки ба давраи ҳомиладорӣ мутобиқанд, ҷавобгӯ буданд.

Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки омилҳои гуногунсафт ба саломатии занони ҳомилае, ки берун аз кишвари таваллуд зиндагӣ мекунанд, таъсири номусоид мерасонанд. Ин ҳолат зарурати татбиқи равиши байнисоҳавӣ ва ҳамоҳангсозии фаъолияти сохторҳои тиббӣ, ҳадамоти иҷтимоӣ ва мақомоти масъули соҳаи муҳочиратро ба миён меорад, то сатҳи назорат беҳтар ва эҳтимоли пайдоиши оризаҳои ҳомиладорӣ коҳиш дода шавад.

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

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

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

Дар зергуруҳи заноне, ки дорои сатҳи баланди изтиробии шахсиятӣ буданд ( $n = 47$ ), дар 45% ҳолатҳо сатҳи пасти изтиробии ситуатсионӣ нигоҳ дошта мешуд, дар ҳоле ки дар 55% сатҳи миёна мушоҳида гардид. Ин далел аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳатто дар шароити майли баланди дохилӣ ба изтироб, занон қобилияти мутобиқшавӣ ва захираҳои равонии муайянро нигоҳ медоранд, ки ин нишонаи имкониятҳои муҳофизатии равонӣ мебошад.

Аломатҳои депрессия дар 53% занони ҳомила, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, мушоҳида шудаанд: депрессияи сабук — дар 35%, миёна — дар 6%, шадид — дар 9% ва вазнин — дар 3% ҳолатҳо. Дар 47% занон нишонаҳои депрессия мушоҳида нашуданд. Нишондиҳандаи миёна дар миқёси Бек ба сатҳи депрессияи сабук мутобиқат дошт. Ҳамзамон, дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ тамоюли афзоиши нишонаҳои депрессивӣ мушоҳида шуд, ки зарурати мониторинги равонӣ ва дастгирии мунтазами психоэмотсионалиро таъкид мекунад.

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

Норасоихоии ҳолати психоэмотсионалӣ дар занони ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекунанд, бо оқибатҳои клиникалии возеҳ ҳамроҳӣ мекунанд: стресси музмин ва ихтилолҳои изтиробию депрессивӣ ба чараёни ҳомиладорӣ таъсири манфӣ расонда, хавфи осебҳои гестатсиониро зиёд менамоянд. Дар

гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ бадшавии боэътимоди натиҷаҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд.

Функсияи гемодинамикии машина нақши муҳим дар таъмини гардиши хуни кофии тифл дар ҳамаи марҳилаҳои рушди пренаталӣ мебозад. Гузариши муътадили хун дар системаи «модар–машина–тифл» нишонаи фаъолияти самараноки машина мебошад, дар ҳоле ки инхирофҳо дар гардиши хуни бачадон–машина ва тифл–машина нишондиҳандаи муҳими дисфунксияи машина буда, метавонанд ба норасоии машинагӣ оварда расонанд. Дар раванди таҳқиқот арзёбии гардиши хун дар рағҳои бачадон (компоненти бачадон–машина) ва дар раги ноф (компоненти тифл–машина) дар занони ҳомилаи ташхисшуда гузаронида шуд (ҷадвали 1).

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

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

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

Нишондиҳандаҳои бадастомадаи доплерометрӣ таъсири ҳамгироии организми модар ва машиноро ба ҳолати тифл инъикос намуда, ба меъёрҳои иҷозатдодашуда барои синни гестатсионӣ (семоҳаи сеюм) мувофиқат мекунанд. Ҳамзамон, онҳо имкон медиҳанд, ки инхирофҳои гемодинамикӣ сари вақт ошкор карда шаванд.

Тибқи натиҷаҳои доплерография дар 15 аз 50 зани таҳқиқшуда (30%, ки 15% тамоми гурӯҳи асосиро ташкил медиҳад) марҳилаҳои гуногуни норасоии машинагӣ ташхис гардиданд. Шакли субкомпенсатории норасоии машинагӣ бартарӣ дошт – 13 ҳолат (86,7% миёни вайроншавиҳои муайяншуда), дар ҳоле

ки шакли компенсаторӣ танҳо дар 2 зан (13,3%) ба қайд гирифта шуд. Ҳолатҳои декомпенсационӣ дар ин интиҳоб муайян карда нашуданд. Ин маълумот аз ҳукмронии назарраси норасоии субкомпенсационии машимагӣ дар занони ҳомилаи ташхисшуда шаҳодат медиҳад, ки ба фаъолияти комплекси фетопласентарӣ дар ҳадди имкониятҳо ишора намуда, зарурати назорати пурзӯри ҳолати пласентаро тақозо мекунад.

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

Ба таҳқиқи профили гормоналӣ 28 зани ҳомилае, ки берун аз Тоҷикистон зиндагӣ мекарданд (гурӯҳи асосӣ) ва 30 зани ҳомилае, ки дар Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд (гурӯҳи муқоиса), ҷалб карда шуданд. Дар ҳамаи иштирокчиён сатҳи гормонҳои комплекси фетопласентарӣ (прогестерон, лактогени пласентарӣ-ЛП, эстрадиол, кортизол) бо усули иммунноферментӣ чен карда шуд

(ҷадвали 2). **Ҷадвали 2. - Сатҳи миёнаи гормонҳои комплекси фетопласентарӣ дар гурӯҳҳои занони мавриди таҳқиқ**

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

Дар гурӯҳи асосии занони ҳомила нисбат ба гурӯҳи муқоиса басомади баланди як қатор осебҳои акушерӣ мушоҳида шуд. Хатари қатъшавии бармаҳали ҳомиладорӣ дар 9 аз 28 занон (32,1% ҳолатҳо) таъхир гардид, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ – танҳо дар 3 аз 30 зан (10%). Преэклампсия дар 5 зан (17,9%) ба вуҷуд омад, дар муқоиса бо 1 ҳолат дар гурӯҳи муқоиса (3,3%). Синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) дар 3 зани гурӯҳи асосӣ (10,7%) муайян шуд, дар ҳоле ки миёни сокинони маҳаллӣ — танҳо дар 1 ҳолат (3,3%). Басомади камхунии норасоии оҳан низ дар гурӯҳи асосӣ баланд буд (дар 57,1% занон ба қайд гирифта шуд). Гарчанде ки ин осебҳо дар заноне, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, бештар маъмул буданд, фарқиятҳои омӯри байни гурӯҳҳо аз рӯи басомади хатари қатъшавӣ ҳомиладори, преэклампсия ва ССИДТ аҳамияти статистикиро нарасонданд (p>0,05). Ҳамзамон, вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон–машина (бар асоси маълумоти доплерометрӣ) боэътимод бештар дар занони ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекунад, ба қайд гирифта шуданд – дар 15 ҳолат (53,6%) муқобили 1 ҳолат (3,3%) дар гурӯҳи назоратӣ (p <0,001), ки ба бадшавии назарраси гемодинамикаи пласентарӣ дар гурӯҳи заноне, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, ишора мекунад (ҷадвали 3).

Таҳлили коррелясионӣ барои муайян кардани робитаи тағйироти гормоналӣ бо осебҳои ҳомиладорӣ гузаронида шуд.

**Чадвали 3. Басомади пастшавии гормонҳо дар гурӯҳҳои занони мавриди таҳқиқ**

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

Муайян гардид, ки пастшавии сатҳи прогестерон бо хатари қатъшавии ҳомиладорӣ зич алоқаманд аст: миёни заноне, ки сатҳи прогестерон паст доштанд, хатари исқоти ҳамл ба маротиб бештар мушоҳида шуд (12 ҳолат аз 14) нисбат ба беморони дорои сатҳи мӯътадили прогестерон (2 ҳолат). Аз ҷиҳати омӯри робитаи мусбии қавӣ байни пастшавии прогестерон ва басомади хатари қатъшавии ҳомиладорӣ тасдиқ гардид (коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон  $r \approx 0,78$ ). Ҳамчунин, ҳамаи 16 зани дорои вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон-машима сатҳи пасти ЛП доштанд, дар ҳоле ки бо сатҳи мӯътадили ЛП ягон инҳирофи гемодинамикӣ муайян нагардид. Басомади пастшавии ЛП робитаи фавқулодаи қавӣ бо басомади вайроншавиҳои гардиши хун нишон дод ( $r=1,0$ ). Илова бар ин, маълум гардид, ки дар ҳамаи ҳолатҳои ССИДТ дар заноне, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекунанд, то ҳафтаи 34-уми ҳомиладорӣ коҳиши назарраси сатҳи эстриол мушоҳида шудааст. Таҳлили коррелятсионӣ робитаи норасоии эстриолро бо инкишофи ССИДТ тасдиқ кард (коэффитсиенти пайвастагии Пирсон 0,707;  $p < 0,01$ ). Ҳамин тавр, ихтилолҳои гормоналии комплекси фето-пласентарӣ бевосита бо пайдоиши ин осебҳои гестатсионӣ алоқаманд мебошанд.

Дар байни 28 зани ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ дараҷаи ихтилолҳои равонӣ-эмотсионалӣ ба таври назаррас баландтар ошкор гардид. Ихтилолҳои депрессивӣ бо дараҷаҳои гуногун қариб дар нисфи ҳолатҳо ташхис гардиданд (46,4% муқобили 16,7%;  $p < 0,05$ ), ва сатҳи баланд ё миёнаи изтиробии шахсӣ дар 89,3% занон мушоҳида шуд, дар

муқоиса бо 16,7% дар гурӯҳи муқоиса ( $p < 0,001$ ). Хавфи депрессия дар заноне, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, тақрибан се маротиба баландтар буд ( $RR=2,79$ ; 95% ИА 1,14–6,81), хавфи изтироб бошад — зиёда аз 11 маротиба ( $RR=11,79$ ; 95% ИА 3,05–45,59).

Дар беморони дорои ихтилолҳои психоэмотсионалӣ тағйироти нейроэндокринӣ ба қайд гирифта шуданд, аз ҷумла гиперкортизолемиа ва пастшавии сатҳи ЛП, ки нақши муҳими стресси муҳочиратро дар ташаккули ихтилолҳои эндокринӣ ва мураккабшавии ҷараёни ҳомиладорӣ таъкид мекунад. Дар занони ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, стресс, ки муҳочиратро ҳамроҳӣ мекунад, боиси халал дар тавозуни гормоналӣ ва психоэмотсионалӣ мегардад, ки хатари осебҳои гестатсионӣ ба таври назаррасро зиёд менамояд. Ин ҳолат зарурати барномаҳои махсуси идоракунии ҳомиладориро асоснок месозад, ки бояд арзёбии мунтазами вазъи эндокринӣ ва ҳолати психоэмотсионалиро бо дарбаргирии дастгирии равонӣ таъмин намоянд. Татбиқи равиши комплексӣ имкон медиҳад, ки хавфи оризаҳо коҳиш ёфта, натиҷаҳои перинаталӣ ба таври назаррас беҳтар гарданд.

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

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

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

Ҳамзамон коҳиши назарраси сатҳи изтиробӣ реактивӣ мушоҳида гардид: ҳиссаи занон бо сатҳи пасти изтироб аз 68,8% то 87,5% афзоиш ёфт. Маълумоти бадастомада аз таъсири мусбӣ назарраси муҳолилаҳои ҳадафманди психоэмотсионалӣ ба ҳолатҳои равонии вазъиятии занони ҳомилае, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, шаҳодат медиҳад. Дар айни замон устувории изтиробӣ шахсиятӣ зарурати дастгирии тӯлонӣ, инфиродии равонпизишкӣ дар шароити осебпазирии муҳоҷиратро таъкид мекунад. Ин натиҷаҳо зарурати ворид намудани барномаҳои дастгирии психологиро ба маҷмӯи кӯмаки акушерӣ-гинекологӣ барои ин гурӯҳи занон асоснок менамоянд.

Натиҷаҳои таҳлили назорати стандартизатсияшудаи антенаталӣ нишон доданд, ки дар гурӯҳи заноне, ки берун аз ватани таваллуди худ зиндагӣ мекунанд ва ҳамроҳии антенаталӣ мегирифтанд, таваллудҳои саривақтӣ дар 78,1% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуданд, дар муқоиса бо 32,4% дар гурӯҳи заноне, ки берун аз ватани таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, бе ҳамроҳӣ ( $\chi^2 = 16,510$ ;  $p < 0,05$ ). Басомади таваллудҳои бармаҳал дар гурӯҳи бо ҳамроҳӣ 2,7 маротиба пасттар буд (18,8% бар зидди 50%;  $\chi^2 = 7,600$ ;  $p < 0,05$ ), ва амалиёти ҷарроҳии буриши кайсарӣ низ камтар гузаронида шуд — 15,6% бар зидди 32,4% ҳолатҳо.

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

Натиҷаҳои бадастомада зарурати ворид намудани ҷузъи психоэмотсионалӣ ва назорати босифати стандартизатсияшудаи антенаталиро дар раванди нигоҳубини заноне, ки берун аз ватани таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, ҳамчун омилҳои коҳишдиҳандаи хавфи оризаҳо дар таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд асоснок менамоянд.

Ҳамчунин, таҳлили муқоисавии натиҷаҳои перинаталӣ вобаста ба хусусиятҳои назорати антенаталӣ дар занони ҳомилае, ки берун аз ватани

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

Талафоти перинаталӣ танҳо дар гурӯҳи муқоисавӣ ба қайд гирифта шуд — 8 ҳолат (11,8%), ки ба он талафоти антенаталӣ, интранаталӣ ва неонаталии барвақт дохил мешаванд. Аксари ин ҳолатҳо дар заминаи нуқсонҳои модарзодии инкишоф (6 ҳолат) ва гипоксияи шадиди перинаталӣ (2 ҳолат) рух доданд. Муҳим он аст, ки ҳамаи ҳолатҳои талафоти перинаталӣ пас аз таваллудҳои бармаҳал ба қайд гирифта шуданд: 4 ҳолат пас аз таваллудҳои хеле бармаҳал ва 4 ҳолат пас аз таваллудҳои бармаҳали барвақт ва дербармаҳал. Ҳамин тарик, маълумотҳои бадастомада бечунучаро нишон медиҳанд, ки ҳамроҳии антенаталии занони ҳомилае, ки берун аз ватани таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, дастгирии психоэмотсионалӣ ва ташрифҳои мунтазами босифати назорати перинаталиро дар бар мегирад, ба таври назаррас натиҷаҳои неонаталиро беҳтар сохта, басомади асфиксияро коҳиш медиҳад ва имкон медиҳад, ки аз талафоти перинаталӣ пешгирӣ карда шавад.

## Хулоса

1. Қараёни ҳомиладории заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, бо зиёдшавии басомади як қатор осебҳо тавсиф мегардад: хатари қатъшавии ҳомиладорӣ — 1,2 маротиба бештар, бисеробӣ — 4 маротиба зиёдтар, камобӣ — 2 маротиба бештар, презклампсия — 2,5 маротиба зиёдтар, норасоии пласентарӣ — 4 маротиба бештар ва синдроми

- суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) — 1,5 маротиба зиёдтар нисбат ба популятсияи умумии занони ҳомила [1- М, 2- М, 4- М, 8- М].
2. Хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалии заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, чунин муайян гардиданд: сатҳи баланди изтиробии шахсӣ дар ҳар дуҷум зан, сатҳи миёнаи изтиробии реактивӣ дар ҳар панҷум зан ва ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун низ дар ҳар дуҷум зан ба қайд гирифта шуданд. Дар баробари ин, ҳамкориҳои мураккаби ихтилолҳои изтиробӣ ва депрессивӣ дар заминаи сатҳи баланди изтиробии шахсӣ ошкор гардид. Омилҳои асосии ташаккулёбии ин норасоӣҳои психоэмотсионалӣ ноустуворӣ иқтисодӣ (90%), ҷудодӣ аз оила (79%), изолятсияи иҷтимоӣ (65%) ва монеаҳои фарҳангиву забонӣ (49%) буданд [3-М, 5-М, 9-М, 10-М].
  3. Басомади вайроншавиҳои гардиши хун дар низоми «модар–машина–тифл» дар заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, 30%-ро ташкил дод, ки дар онҳо шакли субкомпенсатсионӣ ҳукмрон буд (86,7%) [4-М].
  4. Муайян гардид, ки робитаи қавии коррелятсионӣ миёни басомади хатари қатъшавии ҳомиладорӣ, вайроншавиҳои гардиши хун дар низоми «модар–машина–тифл», синдроми сусти инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) ва сатҳи пасти гормонҳои мавҷуд аст: прогестерон ( $r=0,784$ ), ЛП ( $r=1$ ), эстриол ( $r=0,707$ ). Ин натиҷаҳо вобастагии тағйироти фаъолияти гормонии машинро бо осебҳои ҳомиладорӣ тасдиқ менамоянд. Сатҳи миёнаи кортизоли заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, ( $19,2\pm 0,4$  нг/мл) аз ҷиҳати оморӣ ба таври боэътимод баландтар аз сатҳи занони сокини Тоҷикистон ( $16,2\pm 1,1$  нг/мл) буд, ки таъсири марбут ба зиндагӣ берун аз кишвари истиқомати доимӣ ва омилҳои стрессро ба сатҳи кортизол собит месозад [4-М].
  5. Натиҷаҳои акушерӣ дар заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, бо зиёдшавии басомади таваллудҳои пешазмӯҳлат тавсиф мегарданд – 40% (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 4,6;  $p$

<0,05), ки дар 67,5% ҳолатҳо зарурати таваллуди бармаҳал ба миён меояд; басомади амалиёти буриши қайсарӣ бошад, 27% (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 4,4;  $p < 0,05$ ) бар зидди 16,7% дар занони сокини Тоҷикистон ва мутаносибан 6,6%. Натиҷаҳои перинаталӣ низ дар заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, бо афзоиши ҳолатҳои марги перинаталӣ тавсиф мешаванд, ки сабаби асосии он нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ), номувофиқ бо ҳаёт мебошанд [1-М, 2-М, 4-М].

6. Назорати мунтазами антенаталӣ ва дастгирии психоэмотсионалӣ дар заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, бо ихтилолҳои раванӣ ба беҳтаршавии ҳолати психоэмотсионалӣ, инчунин ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат намуд. Муайян карда шуд, ки басомади депрессия аз 78% то 28% коҳиш ёфт ва дараҷаи ифодаи он дар 25% ҳолатҳо сабуктар гардид; сатҳи изтиробии реактивӣ низ дар 18,8% ҳолатҳо кам шуд. Беҳбудии натиҷаҳои акушерӣ ҳангоми татбиқи ин равиш бо камшавии басомади таваллудҳои пешазмӯҳлат (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 7,6;  $p < 0,05$ ) тасдиқ гардид. Муайян шуд, ки робитаи миёна (коэффитсиенти нормакунонидашудаи Пирсон 0,245) байни истифодаи назорати антенаталӣ ва басомади амалиёти буриши қайсарӣ мавҷуд аст (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 7,6;  $p < 0,05$ ). Бозғимодӣ афзоиш ёфтани шумораи навзодон бо 9 ҳол тибқи шкалаи Апгар (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс 710,443;  $p < 0,05$ ) ва набудани ҳолатҳои марги перинаталӣ дар гурӯҳи заноне, ки назорати мунтазам ва дастгирии психоэмотсионалӣ гирифтаанд, самаранокии ин усулро дар беҳтар намудани натиҷаҳои перинаталии заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, исбот менамояд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М].

### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот**

1. Занони ҳомилае, ки муваққатан дар Федератсияи Русия зиндагӣ ва кор мекунанд, дар сатҳи антенаталӣ тибқи «Тавсияҳои клиникалии Русия:

Ҳомиладорӣ муқаррарӣ. – М.: Вазорати тандурустии ФР, 2023» зери назорат қарор дода мешаванд.

2. Машварати занони ҳомиле, ки берун аз кишвари асли худ зиндагӣ мекунанд, ҳатман мавзӯҳои тарзи ҳаёти солимро дар бар мегирад, аз ҷумла ғизои дурусти ҳомиладорон бо шарҳи «пирамидаи ғизо» ва инчунин тавсияҳо оид ба фаъолияти ҷисмонӣ.
3. Барои занони ҳомиле, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, гузаронидани пешгирии камхунӣ ва ҳолатҳои норасоии йод дар тамоми давраи ҳомиладорӣ ҳатмӣ мебошад.
4. Дар ҳолати ошкор гардидани осебҳои ҳомиладорӣ дар заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд, мушкилоти ҳомиладорӣ ошкор карда шаванд, ин занони ҳомила бояд сари вақт ба ташҳиси иловагӣ ва табобат ҷалб карда шаванд, мутобиқи протоколҳои клиникаи Русия: «Таваллудҳои пешазмӯҳлат. Тавсияҳои клиникӣ» (Ҷамъияти русии акушерон-гинекологҳо, Вазорати тандурустии ФР, тасдиқшуда соли 2024), инчунин «Презклампсия. Эклампсия. Варамҳо, протеинурия ва ихтилолҳои гипертензивӣ дар давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва баъди таваллуд» (Ҷамъияти русии акушерон-гинекологҳо, Ассотсиатсияи акушерон-анестезиологҳо-реаниматологҳо, Москва, 2021).
5. Ба ҳамаи занони ҳомилае, ки берун аз кишвари истиқомати доимӣ зиндагӣ мекунанд, гузаронидани баҳодихии ҳолати психоэмотсионалӣ бо истифода аз шкалаи Спилбергер–Ханин барои муайян кардани сатҳи изтироб ва шкалаи Бек барои баҳодихии дараҷаи депрессия тавсия мешавад.
6. Дар ҳолати муайян шудани ихтилолҳои психо-эмотсионалӣ (изтироби реактивии дараҷаи миёна ё баланд, ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун) гузаронидани машварат бо мақсади муайян намудани омилҳои ба инкишофи онҳо мусоидаткунанда ва таъмини дастгирии психо-эмотсионалӣ дар тамоми давраи ҳомиладорӣ зарур мебошад.

Дар занони ҳомилае, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунанд ва дар онҳо ихтилолҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ошкор шудаанд,

бояд ба усулҳое омӯзонида шаванд, ки ба беҳсозии ҳолати рӯҳӣ мусоидат мекунанд: оромсозии мушакҳои бадан ва машқҳои нафасگیرӣ. Ба чунин усулҳо дохил мешаванд:

- Нафаскашии шикамӣ – нафаскашӣ аз бинӣ бо назорат, то ки шикам боло равад, на қафаси сина.
- Методикаи релаксатсияи мушакҳо – ором сохтани мушакҳо тавассути шуур ва машқҳои махсус, ки ба истироҳати бадан ва бартарафсозии таниш мусоидат мекунанд.

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

### **Феҳристи адабиёти истифодашуда**

1. Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2026-01-30.html>
2. Международная организация по миграции. Foreword // World Migration Report. — International Organization for Migration, 2024. — URL: <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/foreword/foreword>
3. United Nations. Global issues: Migration. — United Nations. — URL: [https://www.un.org/en/global-issues/migration?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.un.org/en/global-issues/migration?utm_source=chatgpt.com)
4. Министерство труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан. Об итогах деятельности Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан за первое полугодие 2024 года – Режим доступа: <https://mehnat.tj/ru/news/dt/27992682-25a6-4248-93c1-563ec790053b>
5. Common mental disorders and associated factors during pregnancy and the postpartum period in Indonesia: an analysis of data from the 2018 Basic Health Research [Text] / A. Ariasih [et al.] // Journal of Preventive Medicine & Public Health. – 2024. – Vol. 57, No. 4. – P. 388–398.

6. Efficacy of magnesium sulfate and labetalol in the treatment of pregnancy-induced hypertension and its effect on anxiety and depression: a retrospective cohort study [Text] / S. Wang [et al.] // *Alpha Psychiatry*. — 2024. — Vol. 25, No. 2. — P. 243–248.
7. Complications and healthcare consumption of pregnant women with a migrant background: could there be an association with psychological distress? [Text] / H.M. Heller [et al.] // *Maternal and Child Health Journal*. — 2022. — Vol. 26, No. 8. — P. 1613–1621.
8. Working conditions and mental health of migrants and refugees in Europe considering cultural origin: a systematic review [Text] / R. Herold [et al.] // *BMC Public Health*. – 2024. – Vol. 24, No. 1. – Article 662. – 12 p.
9. Persistent depression in pregnant refugee and migrant women living along the Thai–Myanmar border: a secondary qualitative analysis [Text] / T. Ashley-Norman [et al.] // *Wellcome Open Research*. — 2024. — Vol. 7. — P. 231.
10. 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 [Text] / P. Nyikavaranda [et al.] // *International Journal for Equity in Health*. – 2023. – Vol. 22, No. 1. – Article 196. – 12 p
11. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis [Text] / A. Bedaso [et al.] // *Reproductive Health*. — 2021. — Vol. 18, No. 1. — P. 162.
12. Psychological well-being across the perinatal period: life satisfaction and flourishing in a longitudinal study of Black and White American women [Text] / A. D. Quick [et al.] // *Journal of Happiness Studies*. – 2023. – Vol. 24, No. 3. – P. 1283–1301.
13. Evidence of anxiety, depression and learning impairments following prenatal hypertension [Text] / K. Wallace [et al.] // *Behavioral Sciences*. — 2022. — Vol. 12, No. 2. — P. 53.

## **Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

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

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

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

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

### **Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводҳои анҷуманҳо ва конференсиҳо**

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

[7-М.] Гафурова Т.У. Клинико-лабораторные параллели в разрезе уровней гормонов фетоплацентарного комплекса и осложнений беременности у трудовых мигрантов [Текст] / Т. У. Гафурова, М.Я. Камилова // Сборник тезисов XXXI Всероссийский конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в

эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы», Москва, 2025 г.-С.- 68-69.

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

### **Маърузаҳо дар анчуманҳо ва конференсиҳо**

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

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

### **Номгӯи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ**

СММ – Созмони Милали Муттаҳид

ТУТ – Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ

СБМ – Созмони Байналмилалии Меҳнат

МД – муассисаи давлатӣ

ВТҲИА ҚТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

ФР – Федератсияи Русия

АлАТ – аланинаминоттрансфераза

АсАТ – аспартатаминоттрансфераза

ВТКФ – вақти қисман фаъолшудаи тромбопластин

ИМА – Иёлоти Муттаҳидаи Амрико

БСШРН – бемориҳои сироятии шадиди вирусии роҳҳои нафас

ССИДТ – синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл

СФЭ – суръати фурурабии эритроцитҳо

ТСД – таносуби систоло-диастоликӣ (дар доплерометрия)

ИП – индекси пулсатсионӣ

ИР – индекси резистентнокӣ

ЛП – лактогени плацентарӣ

НМИ – нуқсонҳои модарзодии инкишоф

КОА – Комиссияи олии аттестатсионӣ

RR – relative risk

p – сатҳи аҳамияти статистики

## АННОТАЦИЯ

Гафурова Таманно Усмонкуловна

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

Специальность 3.1.1 – Акушерство и гинекология

**Ключевые слова:** фетоплацентарный комплекс, осложнения беременности, акушерские исходы, психо-эмоциональные расстройства, женщины, пребывающие за пределами страны проживания, клиничко-социальный статус, экстрагенитальные заболевания.

**Цель исследования:** Изучить акушерские и перинатальные исходы в параллелях с характеристиками психо-эмоционального и гормонального статуса для оптимизации подходов ведения женщин, пребывающих за пределами страны проживания.

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

**Полученные результаты и их новизна:** Впервые изучены клиничко- социально- анамнестические характеристики беременных женщин, пребывающие за пределами страны проживания, из Таджикистана в Россию. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности у женщин, пребывающие за пределами страны проживания, превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных. Впервые проведена оценка характеристик психоэмоционального статуса беременных женщин — гражданок Республики Таджикистан, пребывающих за пределами страны проживания. Установлена высокая распространенность реактивной тревожности и депрессивных состояний, связанных с социальным положением женщин, находящихся за пределами родины. Представлен гормональный статус беременных женщин из Республики Таджикистан, проживающих за пределами страны. 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, проживающих за пределами страны проживания, и доказано, что неблагоприятные условия пренатального развития плода связаны с повышением частоты осложнений беременности.

**Практическая значимость:** Оптимизированы алгоритмы обследования и ведения беременности женщин, проживающих за пределами страны проживания.

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

**Область применения:** Акушерство и гинекология.

## АННОТАТСИЯ

Гафурова Таманно Усмонкуловна

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

Ихтисос 3.1.1- Акушерӣ ва гинекология

**Калимаҳои асосӣ:** комплекси фетопласентарӣ, осебҳои ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ, ихтилолҳои психоэмотсионалӣ, заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, вазъи клинико-ичтимоӣ, бемориҳои экстрагениталӣ.

**Мақсади тадқиқот:** омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар параллел бо хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалӣ ва гормоналӣ бо мақсади оптимизатсияи равишҳои идоракунии заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд.

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

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

**Аҳамияти амалӣ.** Алгоритмҳои таҳхис ва идоракунии ҳомиладорӣ заноне, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунанд, такмил ва оптимизатсия карда шудаанд.

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

**Соҳаи татбиқ:** Акушерӣ ва гинекология

## ANNOTATION

**Gafurova Tamanno Usmonkulovna**

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

Specialty 3.1.1 – Obstetrics and gynecology

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

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

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

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

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

**Area of application:** Obstetrics and gynecology.