

**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»

**Научный  
руководитель:**

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

**Официальные  
оппоненты:**

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

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

**Ведущая организация:** ГОУ «Таджикский национальный университет»

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. в «\_\_\_» часов на заседании Диссертационного совета 6D.КOA – 006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно – исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: г. Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, дом 31; e-mail: Sh.tabarovna@mail.ru; телефон: (+992)918691668

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” – так характеризует основные социальные проблемы современности Организация Объединённых Наций (ООН) [1]. В условиях гуманитарной нестабильности особую уязвимость демонстрируют женщины, в том числе репродуктивного возраста и беременные, пребывающие за пределами страны постоянного проживания. “Воздействие длительного психоэмоционального напряжения, насилия, трудностей социальной интеграции, утраты средств к существованию и ограниченного доступа к медицинской помощи существенно повышает риски неблагоприятного течения беременности и перинатальных осложнений” – указывает тот же источник [1].

Согласно текущим оценкам Организации Объединённых Наций, в начале 2024 года численность лиц, проживающих за пределами страны своего рождения, достигла 304 миллионов человек, что почти вдвое превышает показатель 1990 года, когда их количество оценивалось примерно в 154 миллиона. “Международные мигранты составляют 3,7 процента мирового населения, увеличившись лишь незначительно по сравнению с 2,9 процента в 1990 году. Женщины-мигранты составляли 48 процентов международных мигрантов” [2]. По данным Международной организации по миграции: “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 %” [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. лиц, осуществляющих трудовую

деятельность, из которых около 96% - 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].

Как отмечают авторы: “Физические, гормональные и психологические изменения, происходящие во время беременности, требуют тщательного планирования и подготовки”. Установлено, что у беременных женщин с миграционным опытом, вернувшихся в страну исхода, отмечается выраженная психоэмоциональная напряжённость, ассоциированная 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 исследовании подчеркивается, что “дата установления диагноза, сроки проведения лечения и эффективность терапии у пациенток с гипертензивными расстройствами во время беременности составляли ключевую информацию исследования” [6, с. 244]. Авторами также 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» [6, с. 246-247].

Н. М. Heller и соавт. установили, что “депрессия и тревожность были ассоциированы с госпитализацией во время беременности; при этом женщины с миграционным происхождением, имевшие депрессивные симптомы, характеризовались более высоким риском госпитализации по сравнению с женщинами нидерландского происхождения” [7, с. 1619]. Перспективные

исследования должны быть направлены на выявление дополнительных факторов депрессивных проявлений у беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания, включая социокультурную адаптацию, доступность социальной поддержки, социальную изоляцию и дискриминацию [7, с. 1619].

R. Herold и соавт. подчёркивают, что “систематический обзор выявил недостаточность исследований, посвящённых условиям труда мигрантов, особенно беженцев, в Европе, а также их взаимосвязи с состоянием психического здоровья” [8, с.18]. 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 [8, с. 11-12].

Изучение роли оси «гипоталамус–гипофиз–надпочечники» и оси «гипоталамус–гипофиз–щитовидная железа» в формировании влияния миграционных процессов на психо-соматическое 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 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 учёных 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 психологического 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 социо-культурные 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. Проведённое 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 г.», «Сексуальное и репродуктивное здоровье ВОЗ». Исследование проведено с целью решения задач НИР акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗНРТ 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 статусов для оптимизации подходов ведения женщин, пребывающих за пределами страны проживания.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить клинико-социально-анамнестическую характеристику беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.
2. Оценить характеристики психо-эмоционального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.
3. Изучить гормональный статус беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.
4. Изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.
5. Провести параллели неблагоприятного пренатального периода, акушерских и перинатальных исходов с особенностями психо-эмоционального и гормонального статусов женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.
6. Оптимизировать предложенные подходы ведения беременности у женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России.

**Объект исследования.** Объектом исследования явились беременные женщины, граждане Таджикистана, пребывающие за пределами страны проживания в России.

**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 с выраженностью осложнений беременности, связанных с дисфункцией эндотелия, у 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.** Впервые выполнено всестороннее исследование клинико-социальных и анамнестических особенностей беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России. Доказано, что частота соматической патологии и осложнений беременности среди 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 распространённость 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 связано 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 осуществлён анализ сравнительных характеристик неблагоприятного пренатального периода, акушерских и перинатальных исходов с особенностями психоэмоционального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами Таджикистана в России. Доказано, что некорректируемые 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 способствуют снижению выраженности тревожных и депрессивных расстройств, а также улучшению акушерских и перинатальных исходов.

**Теоретическая и практическая значимость.** 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, пребывающими за пределами страны проживания». Применение этих материалов в рамках подготовки специалистов способствует расширению

профессиональных компетенций обучающихся, и формированию у них клинического мышления, ориентированного на учёт 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, пребывающие 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 полученных результатов.** 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 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 осложнённая беременность, роды и послеродовой период у женщины», «Перинатальный период жизни ребёнка», «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики осложнённого 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 течении 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 пребывающие 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 психоземotionalного и гормонального статусов, 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, пребывающими за пределами страны проживания, что подтверждает её актуальность и научную значимость в контексте развития клинической практики в области акушерства и гинекологии.

**Личный вклад соискателя.** 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 осуществляла разработку карт первичного учёта, организовывала и проводила сбор эмпирических данных, последующую статистическую обработку информации, интерпретацию результатов и формулирование научных выводов. Кроме того, автор принимала

активное участие в профильных научно-практических конференциях, готовила и публиковала 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 внедрение результатов.** 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 в Москве. Результаты проведённых исследований внедрены в работу Московской клиники «Авиценна», где набирали материал исследования.

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 4 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 172 страницах компьютерного текста. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы, посвящённой материалу и методам исследования, 2 глав результатов собственных исследований, обзора результатов исследования, заключения, списка литературы, состоящего из 152 источников, иллюстрирована 25 таблицами и 24 рисунками.

## **ОСНОВНЫЕ ЧАСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на базе московской клиники «Авиценна» и ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ. Основную когорту составили 100 беременных женщин - гражданок Республики Таджикистан, пребывающих на территории Российской Федерации; группу

сравнения - 30 беременных женщин, постоянно проживающих в Республике Таджикистан. Предметом исследования являлось изучение клинико-социально-анамнестических характеристик, структуры экстрагенитальной патологии, особенностей течения беременности, акушерских и перинатальных исходов, психоэмоционального состояния, а также гормональной и гемодинамической функций плаценты.

Все аналитические сравнения проводились в пределах единой исходной когорты. Для углублённой оценки гормонального статуса и маточно-плацентарно-плодового кровотока была выделена подгруппа из 28 женщин, обследованных в сопоставимые сроки гестации. Для оценки эффективности предложенного подхода к ведению беременности основная когорта была разделена на две подгруппы: 32 женщины, получавшие психоэмоциональную поддержку в рамках антенатального сопровождения, и 68 женщин без данного вида сопровождения.

Доплерометрическое исследование проводилось на сроке 28–34 недели беременности с регистрацией систоло-диастолического отношения, пульсационного индекса и индекса резистентности в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода; степень нарушений кровотока классифицировалась по критериям В. В. Митькова. Фетометрия включала измерение основных биометрических параметров плода с сопоставлением полученных значений с нормативами соответствующего срока гестации. Лабораторное обследование предусматривало общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, развёрнутую коагулограмму и иммунноферментное определение уровней прогестерона, плацентарного лактогена, эстриола и кортизола. Психоэмоциональное состояние оценивалось с использованием модифицированных шкал Спилбергера–Ханина и шкалы депрессии Бека. Статистическая обработка данных выполнена с применением MS Excel и R, включая пакеты stats, exact2x2, pwr и multcomp.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная группа (100 беременных женщин, проживающих 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.

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 гипертонической болезни 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, 15% – эпизоды неразвивающейся (замершей) беременности. По показателю паритета в основной группе 36% пациенток были первородящими, 26% – повторнородящими, 38% – многорожавшими, что свидетельствует о высокой доле многократных родов среди женщин, проживающие за пределами страны проживания.

У большинства обследованных женщин ИМТ соответствовал нормальным значениям — 72 (72%); недостаточная масса тела выявлена у 13 (13%), избыточная — у 11 (11%), ожирение I–II степени — у 4 участниц. В основной группе также отмечена высокая частота йоддефицитных нарушений — 44%, сопровождавшихся диффузными (52,3%) и узловыми (11,4%) изменениями

щитовидной железы, что обосновывает необходимость нутритивного и эндокринологического скрининга в период беременности.

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.

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  $3,05 \pm 0,05$  г/л, фибрин 12,3 г/л; АлАТ  $19 \pm 1$  ЕД/л, АсАТ  $21 \pm 0,6$  ЕД/л, креатинин  $\sim 62$  мкмоль/л.

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, осуществляющих 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.

В ходе исследования выполнена оценка кровотока в маточных артериях (маточно-плацентарный компонент) и в артерии пуповины (фетоплацентарный компонент) у обследованных беременных (таблица 1).

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

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

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

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

По результатам доплерографии, у 15 из 50 обследованных женщин (30%, 15% всей основной группы) диагностированы различные стадии плацентарной недостаточности. Преобладала субкомпенсированная форма – 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. Превалирование субкомпенсированной плацентарной недостаточности среди обследованных беременных женщин 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), маточно-плацентарного кровотока (в маточных артериях) - 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. 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).

На фоне выявленных изменений в основной группе беременных женщин отмечалась более высокая частота ряда акушерских осложнений.

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

Уровень гормона	Группа		
	основная (n=28)	сравнения (n=30)	p
Прогестерон (нмоль/л)	106,6±1,5	115,1±0,8	<0,001
ПЛГ (мг/л)	5,4±0,5	8,6±0,7	<0,001
Эстриол (нмоль/л)	23,5±1,8	26,3±1,9	0,286

Примечание: p – точный критерий Фишера

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 ( $p>0,05$ ). 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 (таблица 3).

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).

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

Уровень гормона	Группа		
	Основная (n=28)	Сравнения (n=30)	P
Прогестерон	15 (53,6%)	3 (10%)	0,001
ПЛГ	15 (53,6%)	1 (3,3%)	<0,001
Эстриол	3 (10,7%)	1 (3,3%)	0,344

Примечание: p – точный критерий Фишера

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 ( $r=1,0$ ). 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 обследованных 28 беременных женщин, проживающих вне родины, выявлены выраженные психоэмоциональные нарушения. 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). Средний уровень кортизола в сыворотке крови женщин основной группы составил  $19,2 \pm 0,4$  нг/мл, что было статистически значимо выше ( $t=2,6$ ;  $p<0,05$ ), чем в группе сравнения, где данный показатель равнялся  $16,2 \pm 1,1$  нг/мл. У пациенток с выраженными психоэмоциональными нарушениями зафиксированы нейроэндокринные сдвиги, включая гиперкортизолемию и снижение ПЛГ, что подчёркивает значимую роль миграционного стресса в формировании эндокринных нарушений и осложнённого течения беременности.

Проведено сравнительное исследование акушерских и перинатальных исходов у беременных женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания (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, пребывающих за пределами страны постоянного проживания, показал преобладание умеренно ранних родов до 34 недель + 6 дней, которые составили 25% случаев, а поздние преждевременные роды (34 недели + 6 дней – 36 недель + 6 дней) - 5%. Доля крайне ранних преждевременных родов (22–27 недель + 6 дней) составила 4%, ранних – 6%.

У новорождённых женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания, 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.

В исследовании сопоставлены данные основной группы ( $n = 32$ ), получавшей комплексную медико-психологическую поддержку, группа сравнения ( $n = 68$ ), наблюдавшейся вне структурированных программ. 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%, 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 %.

Анализ стандартизированного наблюдения в антенатальном периоде показал, что в группе женщин, проживающих за пределами страны рождения, при наличии антенатального сопровождения и психо-эмоциональной поддержки, срочные роды зафиксированы у 78,1%, тогда как в группе 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. Несмотря на отсутствие статистической значимости по ряду гестационных осложнений (преэклампсия, ДРПО, хориоамнионит), прослеживалась тенденция к более благоприятному течению беременности в условиях междисциплинарного наблюдения.

Установлено, что доля новорождённых с массой тела менее 2500 г в основной группе составила лишь 3,1% против 16,2% в контроле, что свидетельствует о снижении риска внутриутробной гипотрофии при условии полноценного сопровождения. Высокие показатели жизнеспособности по шкале Апгар (9 баллов) наблюдались у 18,75% новорождённых основной группы и ни

у одного - в контрольной; при этом случаи асфиксии (оценка <7 баллов) отмечены в 19,1% наблюдений контрольной группы и лишь в 6,3% - в основной.

Перинатальные патери зафиксированы только в группе сравнения - 8 случаев (11,8%), включая антенатальные, интранатальные и раннее неонатальные потери, преимущественно на фоне врожденных пороков развития (6 случаев) и тяжелой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных потерь произошли после преждевременных родов: ЭРПР- 4 случая, РПР +УПР – 4 случая. Таким образом, антенатальное наблюдение беременных женщин, 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 у 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, синдрома задержки развития плода - 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 барьеры (49%) [3-А, 5-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», синдромом задержки развития плода и частотой женщин с низкими уровнями прогестерона ( $r=0,784$ ), плацентарного лактогена ( $r=1$ ), эстриола ( $r=0,707$ ), 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% ( $p<0,05$ ) с высокой долей необходимости досрочного родоразрешения (67,5%); кесарева сечения – 27% ( $p<0,05$ ), 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. После психоэмоциональной поддержки доля женщин без депрессивной симптоматики возросла с 9 из 32 (28,1%) до 25 из 32 (78,1%)  $p=0,003$ ; реактивная тревожность умеренной степени снизилась с 31,3% до 12,5% ( $p=0,070$ ). Улучшение акушерских исходов при использовании специализированных подходов подтверждается статистически значимым смещением сроков родоразрешения в сторону срочных родов ( $p<0,001$ ), снижением частоты нарушений фетоплацентарного кровотока ( $p=0,005$ ), благоприятным распределением оценок по шкале Апгар ( $p=0,009$ ) и отсутствием случаев перинатальной смертности в группе с регулярным антенатальным наблюдением и психоэмоциональным сопровождением. Результаты подтверждают эффективность данного подхода для 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.

7. Беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания и имеющих нарушения психоэмоционального статуса, необходимо обучить методам, способствующим улучшению эмоционального состояния, включая расслабление мышц тела и применение дыхательных практик.

### **Публикации по теме диссертации**

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

[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. ISSN 2707-9562

[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. – Т. IV, № 2. – С. 25–29. ISSN 2791-0687

[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. ISSN 2312-3648

[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. ISSN 2304-4187

### **Статьи и тезисы в сборниках 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» (1–3 октября 2024 года). - Москва, 2024. - 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 Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы» (4–6 марта 2025 года). - Москва, 2025. - 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 Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы» (4–6 марта 2025 года). - Москва, 2025. - 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 Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья: от менархе до менопаузы» (4–6 марта 2025 года). - Москва, 2025. - С. 64-66.

## Перечень сокращений, условных обозначений

ООН – Организация Объединенных Наций

НИР – научно-исследовательская работа

ГУ – Государственное учреждение

МЗиСЗНРТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

СЗРП – синдром задержки роста плода

СДО – систоло-диастолическое отношение (при доплерометрии)

ПИ – пульсационный индекс

ИР – индекс резистентности

ПЛГ – плацентарный лактоген

ВПР – врождённые пороки развития

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

**МД «ПАЖҶҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА  
ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»**

**ВБД 618.3-06:159.97:314.74**

Ба ҳуқуқи дастнавис

**ГАФУРОВА ТАМАННО УСМОНКУЛОВНА**

**НАТИҶАҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАИ  
БЕРУН АЗ КИШВАРИ ИСТИҚОМАТИ ХУД ҚАРОР ДОШТА**

**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 МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ, ва перинатологияи Тоҷикистон» 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.

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

**Қодирова Соҳида Ғафуровна** — номзоди 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 6D.KOA– 006 дар заминаи Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор мегардад. Суроға: шаҳри Душанбе, кӯчаи Мирзо Турсунзода, хонаи 31, Sh.tabarovna@mail.ru: телефони 918 69 16 68.

Бо рисола дар китобхона ва сомонаи расмӣ ([www.niiagip.tj](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 илмӣ шӯрои  
диссертатсионӣ  
номзоди 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”- маҳз бо чунин мазмун Созмони Милали Муттаҳид (СММ) мушкилоти асосии иҷтимоии замони муосирро тавсиф менамояд [1]. Дар шароити ноустувории гуманитарӣ замон, аз ҷумла қонин синни репродуктивӣ ва ҳомиладор, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, ба гурӯҳи махсусан осебпазир мансубанд. “Таъсири дарозмуддати фишори равонӣ-эмотсионалӣ, зӯрварӣ, мушкилоти ҳамгирии иҷтимоӣ, аз даст додани воситаҳои зиндагӣ ва маҳдудияти дастрасӣ ба ёрии тиббӣ хавфи ҷараёни номусоиди ҳомиладорӣ ва оризаҳои перинаталиро ба таври назаррас зиёд менамояд” - зикр мекунад ҳамон манбаъ [1].

Мувофиқи арзёбиҳои кунунии Созмони Милали Муттаҳид, дар оғози соли 2024 шумораи шахсоне, ки берун аз кишвари таваллуди худ зиндагӣ мекунад, ба 304 миллион нафар расид, ки ин нишондиҳанда нисбат ба соли 1990, вақте шумораи онҳо тақрибан 154 миллион нафар арзёбӣ мешуд, қариб ду баробар зиёд мебошад. “Муҳоҷирони байналмилалӣ 3,7 фоизи аҳолии ҷаҳонро ташкил медиҳанд, ки нисбат ба 2,9 фоиз дар соли 1990 танҳо каме афзоиш ёфтааст. Қонин муҳоҷир 48 фоизи муҳоҷирони байналмилалиро ташкил медиҳанд” [2]. Тибқи маълумоти Созмони байналмилалӣ муҳоҷират: “Дар соли 2022 дар ҷаҳон 117 млн муҳоҷир ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 71,2 млн нафар муҳоҷирони дохилӣ буданд. Шумораи шахсони паноҳҷӯ аз 4,1 млн нафар дар соли 2020 то 5,4 млн нафар дар соли 2022 афзоиш ёфт, ки ба афзоиши беш аз 30 % мувофиқат мекунад” [3].

Тибқи маълумоти Вазорати меҳнат, муҳоҷират ва шуғли аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар солҳои охир Федератсияи Русия ҳамонро 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 Русия кор

мекарданд. “Дар нимсолаи якуми соли 2024 шумораи муҳочирони 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 муҳочирони меҳнатӣ 386 987 нафар ба Федератсияи Россия равона шудаанд” [4].

Тавре муаллифон қайд менамоянд: “Тағйироти ҷисмонӣ, гормоналӣ ва равонӣ, ки дар давраи ҳомиладорӣ ба амал меоянд, банақшагирӣ ва омодагии дақиқро талаб мекунанд”. Муайян шудааст, ки дар занони ҳомиладор бо таҷрибаи муҳочират, ки ба ватани худ баргаштаанд, шиддати баланди равонӣ-эмотсионалӣ мушоҳида мегардад. Ин ҳолат бо шароити номусоиди давраи муҳочират ва самаранокии нокифояи механизмҳои мутобиқшавии равонӣ ва муқовимат ба таъсири стресс алоқаманд буда, зарурати таҳия ва татбиқи тадбирҳои мақсадноки равонию иҷтимоиро асоснок менамояд [5, с. 397-398].

Дар таҳқиқот таъкид мегардад, ки “санаи муқаррар намудани ташхис, муҳлати гузаронидани табобат ва самаранокии табобат дар беморони гирифтори ихтилолҳои гипертензивӣ дар давраи ҳомиладорӣ маълумоти калидии таҳқиқотро ташкил медоданд” [6, с. 244]. Ҳамчунин муаллифон муайян намуданд, ки ихтилолҳои гипертензивии вобаста ба ҳомиладорӣ бо афзоиши басомади ҳолатҳои изтиробӣ ва депрессивӣ алоқамандии зич доранд, ки ин бо умумияти омилҳои хавф ва механизмҳои патофизиологӣ, аз ҷумла вайроншавии гемостаз, фаъолшавии низоми асаби симпатикӣ ва меҳвари «гипоталамус–гипофиз–гадудҳои болои гурда» вобаста мебошад [6, с. 246-247].

Н. М. Heller ва ҳаммуаллифон муайян намуданд, ки “депрессия ва изтироб бо бистаришавӣ дар давраи ҳомиладорӣ алоқаманд буданд; ҳамзамон занони статуси муҳочирӣ дошта, ки нишонаҳои депрессивӣ доштанд, нисбат ба занони асли нидерландӣ хавфи баландтари бистаришавӣ доштанд” [7, с.1619]. Таҳқиқоти оянда бояд ба муайян намудани омилҳои иловагии зухуроти депрессивӣ дар занони ҳомиладор, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ

зиндагӣ мекунад, аз ҷумла мутобиқшавии иҷтимоию фарҳангӣ, дастрасии дастгирии иҷтимоӣ, ҷудошавии иҷтимоӣ ва таъбиз, равона карда шаванд [7, с.1619].

R. Herold ва ҳаммуаллифон таъкид менамоянд, ки “баррасии систематикӣ нокифоя будани таҳқиқотхоро оид ба шароити меҳнати муҳочирон, махсусан гурезаҳо, дар Аврупо, инчунин робитаи онҳо бо вазъи солимии равонӣ муайян намуд” [8, с.18]. Натиҷаҳои бадастомада зарурати таҳияи равишҳои ба шароити маҳдуди захираҳо мутобиқгардонидашударо ҷиҳати ташҳиси барвақтӣ ва пешбурди ихтилолҳои депрессивии перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ зиндагӣ мекунад, тасдиқ менамоянд [8, с.11-12].

Омӯзиши нақши меҳвари «гипоталамус–гипофиз–ғадудҳои болои гурда» ва меҳвари «гипоталамус–гипофиз–ғадуди 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 имконияти таҳия намудани равишҳоеро медиҳанд, ки ба беҳтар гардидани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати худ қарор доранд, равона карда шудаанд.

**Дарачаи коркарди илмӣи проблемаи мавриди омӯзиш.** Таҳлили манбаъҳои илмӣ, ки ба хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ, инчунин натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари иқомати доимии худ қарор доранд, бахшида шудаанд, нишон медиҳад, ки дар солҳои охир шумораи чунин занон дар ҳамаи кишварҳои рушдёфта пайваستا афзоиш меёбад. Бо назардошти ин, масъалаи мазкур дар давлатҳои гуногун ба таври ғайрӣ мавриди таҳқиқ қарор гирифтааст, ки бо аҳамияти афзалиятнок ва арзиши баланди иҷтимоӣ-иқтисодии худ вобаста мебошад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомдодаи як қатор муҳаққиқон аз сатҳи баланди паҳншавӣ ва хусусияти устувори депрессияи антенаталӣ дар байни занони ҳомилаи ташаккули гурезагӣ ва муҳочирӣ дошта, ки дар шароити ноустувории иҷтимоию иқтисодӣ қарор доранд, шаҳодат медиҳанд. Дар ҷараёни таҳқиқот

омилҳои муҳими маҳдудкунандаи ҳифзи саломатии равонӣ муайян гардиданд, аз ҷумла ноустувории молиявӣ, таҷрибаи зӯрварӣ, мушкилоти мутобикшавии иҷтимоӣ ва дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ. Далелҳои бадастомада зарурати татбиқи равишҳои ҳамаҷониба, байнисоҳавӣ ва фарҳангӣ мутобикгардонидашударо барои ошкорсозии бармаҳал ва пешгирии ихтилолҳои депрессивиро дар давраи перинаталӣ асоснок менамоянд, инчунин таҳияи воситаҳои бозътимоди 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].

Робитаҳо байни вайроншавиҳои гипертензивии давраи ҳомилагӣ бо равандҳои илтиҳобӣ ва осебёбии сохторҳои системаи марказии асаб нисбатан мукамал инъикос ёфтаанд. Якҷоя бо ин, маълумот оиди таъсири вайроншавиҳои гипертензивии ҳомилагӣ ба ҳолати руию равонии занон нокифоя мебошанд. Ин ҳолат зарурати гузаронидани таҳқиқоти минбаъдаро, инчунин асоснок намудан ва ҷорӣ намудани барномаҳои васеъшудаи скрининги ихтилолҳои равониро дар давраҳои антенаталӣ ва баъди таваллуд, алалхусус дар занони гурӯҳи хавфи баланд, талаб менамояд [13, с. 10–11].

Ҳамзамон, масъалаҳои марбут ба ҳолати рӯҳӣ-равонии заноне, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, инчунин тағйироти эҳтимолӣ дар раванди пешбурди ҳомиладорӣ занони аз Тоҷикистон, ки дар Федератсияи Русия зиндагӣ мекунанд, то ҳол пурра омӯхта нашудаанд. Ин ҳолат аҳамияти баланди илмӣ ва амалии таҳқиқоти мазкурро муайян менамояд.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаҳои давлатӣ, вобаста ба саломатии соматикӣ ва репродуктивӣ, таъмини ҳомиладорӣ беҳатар, паст кардани сатҳи беморӣ ва фавти модарону навзодонро дар бар мегиранд. 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

чинсӣ ва репродуктивии ТУТ». Тадқиқот бо мақсади иҷрои вазифаҳои корҳои илмӣ-тадқиқотии шӯъбаи акушерии МД «Институти илмӣ-тадқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатология»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ гузаронида шудааст, дар мавзӯи «Таваллудҳои бармаҳал: эпидемиология дар минтақаҳои гуногун ва беморхонаҳои сатҳи мухталифи Тоҷикистон, омилҳои хатар, пешгӯӣ, ташхис, пешгирӣ ва муолиҷа», таҳти рақами бақайдгирии №0123ТJ1526.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар параллел бо хусусиятҳои ҳолати 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 берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Русия қарор доранд.

2. Арзёбии хусусиятҳои ҳолати психоэмотсионалиии занони ҳомиладоре, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Русия қарор доранд.

3. Омӯзиши ҳолати гормоналиии занони ҳомиладоре, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Русия қарор доранд.

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

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

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

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

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи тадқиқот омӯзиши чараёни 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 ҳомиладорӣ дар заноне, ки берун аз кишвари зисти доимии худ қарор доранд, тақдир дода шуда, самаранокии онҳо арзёбӣ гардид.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Бори аввал таҳқиқоти ҳамачонибаи хусусиятҳои клиникӣ-ичтимоӣ ва анамнестии занони ҳомилае, ки берун аз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар Федератсияи Русия 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 психоэмотсионалиии 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 гормоналиии занони ҳомилае, ки берун аз Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, пешниҳод карда шуд. 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 плацента 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 мекунад, муқоиса мекунад. Нишон дода шуд, ки ихтилоли психоэмотсионалии ислоҳнашуда омилҳои муҳимест, ки ба пайдоиши натиҷаҳои номусоиди акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат мекунад.

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

**Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот.** Натиҷаҳои ин қорҳои диссертатсионӣ дорои аҳамияти баланди амалии илмӣ мебошанд ва метавонанд ба таври самаранок ба раванди таълимии кафедраҳои акушерӣ ва гинекология, инчунин саломатии ҷамъиятӣ ва ҳифзи тандурустӣ дар муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ ворид карда шаванд. Маълумот, ки ҳангоми таҳқиқот оид ба хусусиятҳои ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар қонун, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунад, 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 клиникии ҳомиладорӣ дар қонун, ки берун аз кишвари истиқомати худ зиндагӣ мекунад», «Ихтилофҳои психоэмотсионалӣ дар давраи антенаталӣ ва оқибатҳои онҳо», «Робитаи танзими нейроэндокринӣ бо ҳолати психоэмотсионалии занони ҳомила», «Роҳҳои беҳтар кардани нигоҳубини акушерӣ барои қонун, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунад». Татбиқи ин маводҳо дар раванди тайёр намудани мутахассисони соҳаи тиб ба баланд бардоштани сатҳи донишу салоҳиятҳои касбӣ мусоидат намуда, дар онҳо

тафаккури клиникии муосирро ташаккул медиҳад, ки ба дарназардошти омилҳои иҷтимоӣ ва тиббии саломатии модару кӯдак равона гардидааст.

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. Таваҷҷӯҳи 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 осебпазирӣ иҷтимоӣ самаранокӣ худро дар коҳиш додани пайдоиши мушкилоти ҳомиладорӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ исбот кардааст. Татбиқи амалии тавсияҳои таҳияшуда дар амалияи клиникӣ 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, наشري мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ баррасишаванда ва хулосаҳои асоснок, ки бар пояи натиҷаҳои бадастомада тартиб дода шудаанд, тасдиқ мегардад.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** 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 перинаталӣ 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 ҳамачониба мавриди омӯзиш қарор дода шудаанд. Ин самтҳо пурра ба соҳаҳои калидии илмии ихтисос мутобиқ мебошанд, ки бахшҳои «Ҳомиладории физиологӣ ва бо оризаҳо, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар зан» ва «Давраи перинаталии ҳаёти кӯдак»-ро дар бар мегиранд.

Ҳамзамон, дар таҳқиқот ба омилҳои тавачҷуҳи 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 чараёни 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 докталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.** Ҳамаи марҳилаҳои тадқиқоти илмӣ аз ҷониби диссертант ба таври мустақилона анҷом дода шудаанд, пас аз мувофиқаи пешакӣ бо роҳбари илмӣ оид ба ҳадаф, вазифаҳо ва асосҳои методологии тадқиқот. Диссертант ҷустуҷӯи системавӣ ва таҳлили интиқодии адабиёти илмии ватанӣ ва хориҷиро, ки ба таъсири омилҳои муҳочирати меҳнатӣ ба чараёни ҳомиладорӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ 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 қарор

карда шудаанд ва инчунин дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ истифода гардидаанд. Марҳилаи ниҳоии кори илмӣ аз таҳия ва навиштани матни пурраи диссертатсия ва автореферат иборат буда, ин ҳолат сатҳи баланди мустақилият, масъулият ва камолоти илмии довталабро возеҳона нишон медиҳад.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои асосии тадқиқот дар 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 байналмилалии «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 илмии ресензияшаванда, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил мешаванд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 172 саҳифаи матни компютерӣ ифода ёфтааст. Таркиби диссертатсия аз муқаддима, тавсифи умумии кор, шарҳи адабиёт, боби махсус оид ба мавод ва усулҳои тадқиқот, ду боби натиҷаҳои тадқиқоти шахсӣ, баррасии натиҷаҳои бадастомада, хулоса ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт аз 152 манбаъ таркиб ёфтааст. Кор бо 25 ҷадвал ва 24 расм тасвир ёфтааст.

## **ҚИСМҲОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Тадқиқот дар клиникаи «Авиценна»-и шаҳри Москва ва МД "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии

Тоҷикистон гузаронида шуд. Когортаи асосиро 100 зани ҳомила -шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар ҳудуди Федератсияи Русия қарор доштанд, ташкил доданд; гурӯҳи муқоисавиро 30 зани ҳомила, ки ба таври доимӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, ташкил намуданд. Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусиятҳои клинико-ичтимоӣ-анамнестикӣ, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, фаъолияти гормонии машима, фаъолияти гемодинамикии машима ва хусусиятҳои психозмотсионалии занони муҳочирони меҳнатӣ буд.

Ҳамаи муқоисаҳои таҳлилий дар доираи як когортаи ягонаи ибтидоӣ гузаронида шуданд. Бо мақсади арзёбии амиқтари ҳолати гормоналӣ ва гардиши хуни бачадон-пласента-чанин зергурӯҳе иборат аз 28 зан ҷудо карда шуд, ки дар муҳлатҳои муқоисашавандаи гестатсионӣ мавриди муоина қарор гирифтанд. Барои муайян намудани самаранокии равиши пешниҳодшуда оид ба пешбурди ҳомиладорӣ, когортаи асосӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуд: 32 зане, ки дар доираи назорати антенаталӣ дастгирии равонӣ-эмотсионалӣ мегирифтанд ва 68 зане, ки чунин намуди дастгириро нагирифта буданд.

Тадқиқоти доплерометрӣ дар муҳлати 28–34 ҳафтаи ҳомиладорӣ бо муайян намудани таносуби систолавӣ-диастолавӣ, индекси пулсатсионӣ ва индекси резистентӣ дар артерияҳои бачадон, артерияи ноф ва аортаи чанин гузаронида шуд; дараҷаи ихтилоли гардиши хун тибқи меъёрҳои В. В. Митков баҳогузорӣ гардид. Фетометрия арзёбии нишондиҳандаҳои асосии биометрии чанинро бо муқоисаи онҳо ба меъёрҳои муҳлати мувофиқи гестатсионӣ дар бар мегирифт. Муоинаи лабораторӣ таҳлили умумии хун бо муайян намудани сатҳи гемоглобин, таҳлили умумии пешоб, таҳлили биохимиявии хун, коагулограммаи васеъ ва муайян намудани сатҳи прогестерон, лактогени плацентарӣ, эстриол ва кортизолро бо усули иммуноферментӣ дар бар мегирифт. Ҳолати равонӣ-эмотсионалӣ бо истифода аз шкалаҳои модификатсияшудаи Спилбергер –Ханин ва шкалаи депрессияи Бек арзёбӣ карда шуд. Коркарди омории маълумот бо истифода аз барномаҳои MS Excel ва R, аз ҷумла бастаҳои stats, exact2x2, pwr ва multcomp анҷом дода шуд.

## НАТИҶАҶОИ ТАҶҚИҚОТ

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 олий-ҳамагӣ 5%), 96% дар ақди никоҳ қарор доштанд. Дар вақти тадқиқот 75% занон ғайриҷамъияти меҳнатиро идома дода, сарбории кориро дар давраи ҳомиладорӣ нигоҳ медоштанд.

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 ( $p < 0,001$ ). Таҳлили коррелясионӣ вобастагии мустақими синну солро бо камхунӣ, норасоии йод, бемориҳои гурда ва БСШРН нишон дод ( $r \approx 0,67-0,72$ ;  $p < 0,001$ ), дар ҳоле ки барои гипертонияи музмин ва норасоии йод робитаи махсусан қавии мусбат ошкор шуд ( $r=0,835$  ва  $r=0,808$ ;  $p < 0,001$ ). Дар чоряки ҳолатҳо (25% занон) вайроншавиҳои ғайриҷамъияти ҳайзӣ дар анамнез ба қайд гирифта шуданд, ки олигоменорея, дисменорея, хунравии ғайримӯқаррарии 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 қатъшуда) ба қайд гирифта шудаанд. Таҳлили нишондиҳандаи паритет нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ 36% занон ҳомиладории аввал, 26% — ҳомиладории такрорӣ ва 38% — бисёрзод буданд. Ин далел аз ҳиссаи нисбатан баланди таваллудҳои зиёд миёни занони ҳомила, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекунанд, шаҳодат медиҳад.

Дар аксарияти занони муоинашуда ИМТ ба нишондиҳандаҳои меъёрӣ мувофиқ буд — 72 нафар (72%); норасоии массаи бадан дар 13 нафар (13%), вазни зиёдатӣ дар 11 нафар (11%) ва фарбеҳии дараҷаи I–II дар 4 иштирокчӣ

муайян гардид. Дар гурӯҳи асосӣ инчунин басомади баланди ихтилолҳои йоддефитситӣ - 44% ба қайд гирифта шуд, ки бо тағйироти диффузӣ (52,3%) ва гиреҳии ғадуди сипаршакл (11,4%) ҳамроҳ буда, зарурати гузаронидани скрининги нутритивӣ ва эндокринологиро дар давраи ҳомиладорӣ асоснок менамояд.

Дар гурӯҳи мушоҳидашуда басомади баланди осебҳои акушерӣ ба қайд гирифта шуд. Хатари бачапартонии 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.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти клинико-лабораторӣ дар гурӯҳи асосӣ ягон дуршавии назаррас аз меъёрҳои физиологӣ мушоҳида нагардид. Арзишҳои миёнаи нишондиҳандаҳои асосӣ дар ҳудуди меъёрҳои истинодӣ қарор доштанд: гемоглобин -  $12,2 \pm 0,13$  г/дл, лейкоцитҳо -  $7,84 \pm 0,21 \times 10^9$ /л, СФЭ -  $14 \pm 0,9$  мм/соат; сатҳи фибриноген -  $3,05 \pm 0,05$  г/л, фибрин - 12,3 г/л; АлАТ -  $19 \pm 1$  ЕД/л, АсАТ -  $21 \pm 0,6$  ЕД/л, креатинин - тақрибан 62 мкмол/л.

Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки сатҳи изтиробии шахсиятӣ (яъне изтиробе, ки аз вазъияти мушаххас вобаста нест) дар байни занони ҳомилаи муҳочир ба таври назаррас баланд мебошад. Изтиробии миёнаи шахсиятӣ дар 53% занон ва сатҳи баланд дар 47% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Дар ягон нафар аз иштирокчиён сатҳи пасти изтиробии шахсиятӣ мушоҳида нашуд, ки ин далели паҳншавии умумии изтиробии баланд дар гурӯҳи асосӣ мебошад. Арзиши миёнаи нишондиҳанда аз рӯи миқёси изтиробии 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 изтиробӣ реактивӣ мушоҳида гардид, дар 26% - сатҳи миёна, дар ҳоле ки ҳолатҳои изтиробӣ баланд ба қайд гирифта нашуданд. Бо ин вучуд, дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ тамоюл ба афзоиши изтиробӣ миёна мушоҳида шуд, ки зарурати назорати мунтазам ва дастгирии равонии мақсаднокро нишон медиҳад. Дар зерғуруҳи заноне, ки дорои сатҳи баланди изтиробӣ шахсиятӣ буданд ( $n = 47$ ), дар 45% ҳолатҳо сатҳи пасти изтиробӣ ситуатсионӣ нигоҳ дошта мешуд, дар ҳоле ки дар 55% сатҳи миёна мушоҳида гардид. Ин далел аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳатто дар шароити майли баланди дохилӣ ба изтироб, занон қобилияти мутобиқшавӣ ва захираҳои равонии муайянро нигоҳ медоранд, ки ин нишонаи имкониятҳои муҳофизатии равонӣ мебошад.

Аломатҳои депрессия дар 53% занони ҳомила, ки берун аз кишвари иқомати худ зиндагӣ мекунад, 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 изтиробӣ шахсӣ доштанд, ҳолатҳои депрессивӣ дар 78% ҳолатҳо муайян гардиданд, дар ҳоле ки ҳамагӣ 22% нишонаҳои депрессия надоштанд. Ин робитаи зичи изтироб ва депрессияро таъкид мекунад: стресси музмин дар занони 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 мекунад, бо оқибатҳои клиникалии возеҳ ҳамроҳӣ мекунад: 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.

Дар раванди таҳқиқот арзёбии гардиши хун дар рағҳои бачадон (компоненти бачадон–машина) ва дар рағи 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 рағи 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 мекунад. Ҳамзамон, онҳо имкон медиҳанд, ки инҳирофҳои гемодинамикӣ сари вақт ошкор карда шаванд.

Тибқи натиҷаҳои доплерография дар 15 аз 50 зани таҳқиқшуда (30%, ки 15% тамоми гурӯҳи асосиро ташкил медиҳад) марҳилаҳои гуногуни норасоии машинагӣ ташхис гардиданд. Шакли субкомпенсатории норасоии машинагӣ бартарӣ дошт – 13 ҳолат (86,7% миёни вайроншавиҳои муайяншуда), дар ҳоле ки шакли компенсаторӣ танҳо дар 2 зан (13,3%) ба қайд гирифта шуд. Ҳолатҳои декомпенсатсионӣ дар ин интихоб муайян карда нашуданд. Ин маълумот аз ҳукмронии назарраси норасоии субкомпенсатсионии машинагӣ 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–машина–тифл» нишон дод, ки дар занони гурӯҳи асосӣ инҳирофҳои гемодинамикӣ хусусияти изолятсияшуда доштанд. Вайроншавиҳои гардиши хуни тифл–машина (патология дар раги ноф) дар 5 зан (10% аз шумораи умумии таҳқиқшудагон) муайян гардиданд. Вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон-машина (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 фето-пласентарӣ дар занони ҳомилаи ташхисшуда хавфи баланди норасоии плацентарӣ ва гемодинамикаи марбут ба онро нишон дод. Вайроншавиҳои изолятсионии гардиши хуни бачадон–машина ё тифл-машина имконияти ислоҳи бармаҳалро нишон медиҳанд.

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 фето-пласентарӣ (прогестерон, лактогени плацентарӣ-ЛП, эстрадиол, кортизол) бо усули иммунноферментӣ чен карда шуд (ҷадвали 2). Дар асоси тағйироти ошкоршуда дар гурӯҳи асосии занони ҳомила басомади як қатор оризаҳои акушерӣ нисбатан баландтар ба қайд гирифта шуд.

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

Сатҳи гормон.	Гурӯҳ		
	Асосӣ (n=28)	Муқоиса (n=30)	p
Прогестерон (нмоль/л)	106,6±1,5	115,1±0,8	<0,001
ЛП (мг/л)	5,4±0,5	8,6±0,7	<0,001
Эстриол (нмоль/л)	23,5±1,8	26,3±1,9	0,286

Эзоҳ: p — меёри дақиқи Фишер.

Ҳатари қатъшавии бармаҳали ҳомиладорӣ дар 9 аз 28 занон (32,1% ҳолатҳо) ташхис гардид, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ - танҳо дар 3 аз 30 зан

(10%).Преекламписия дар 5 зан (17,9%) ба вучуд омад, дар муқоиса бо 1 ҳолат дар гурӯҳи муқоиса (3,3%). Синдроми суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) дар 3 зани гурӯҳи асосӣ (10,7%) муайян шуд, дар ҳоле ки миёни сокинони маҳаллӣ - танҳо дар 1 ҳолат (3,3%). Басомади камхунии норасоии оҳан низ дар гурӯҳи асосӣ баланд буд (дар 57,1% занон ба қайд гирифта шуд). Гарчанде ки ин осебҳо дар заноне, ки берун аз ватани худ зиндагӣ мекарданд, бештар маъмул буданд, фарқиятҳои оморӣ байни гурӯҳҳо аз рӯи басомади хатари катъшавӣ ҳомиладори, преекламписия 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 аз 28 зани ташҳиси гормонҳои гузашта (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 гормонҳои бо осебҳои ҳомиладорӣ гузаронида шуд.

### Ҷадвали 3. Басомади пастшавии гормонҳо дар гурӯҳҳои занони мавриди таҳқиқ

Сатҳи гормон.	Гурӯҳ		
	Асосӣ (n=28)	Муқоиса (n=30)	P
Прогестерон	15 (53,6%)	3 (10%)	0,001
ЛП	15 (53,6%)	1 (3,3%)	<0,001
Эстриол	3 (10,7%)	1 (3,3%)	0,344

Эзоҳ: p — меъёри дақиқи Фишер.

Муайян гардид, ки пастшавии сатҳи прогестерон бо хатари катъшавии ҳомиладорӣ зич алоқаманд аст: миёни заноне, ки сатҳи прогестерон паст доштанд, хатари исқоти ҳамл ба маротиба бештар мушоҳида шуд (12 ҳолат аз 14) нисбат ба беморони дорои сатҳи мӯътадили прогестерон (2 ҳолат). Аз ҷиҳати оморӣ робитаи мусбӣ қавӣ байни пастшавии прогестерон ва басомади хатари катъшавии ҳомиладорӣ тасдиқ гардид (коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон  $r\approx 0,78$ ). Ҳамчунин, ҳамаи 16 зани дорои вайроншавиҳои гардиши хуни бачадон-

машина сатҳи пасти ЛП доштанд, дар ҳоле ки бо сатҳи мӯътадили ЛП ягон инҳирофи гемодинамикӣ муайян нагардид. Басомади пастшавии ЛП робитаи 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 изтиробӣ 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). Сатҳи миёнаи кортизол дар зардоби хуни занони гурӯҳи асосӣ  $19,2 \pm 0,4$  нг/мл-ро ташкил дод, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ, ки дар он ин нишондиҳанда ба  $16,2 \pm 1,1$  нг/мл баробар буд, аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас баландтар мебошад ( $t=2,6$ ;  $p < 0,05$ ). Дар беморони дорои ихтилолҳои психоэмотсионалӣ тағйироти нейроэндокринӣ, аз ҷумла гиперкортизолемиа ва пастшавии ЛП, ба қайд гирифта шуданд; ин ҳолат нақши муҳими стресси муҳочиратиро дар ташаккули ихтилолҳои эндокринӣ ва ҷараёни оризаноки ҳомиладорӣ таъкид менамояд.

Гузaronидани таҳқиқоти муқоисавӣ оид ба натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталии занони ҳомилае, ки дорои мақоми муҳочирати меҳнатӣ мебошанд (гурӯҳи асосӣ,  $n=100$ ) ва занони истиқоматкунандагони доимӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (гурӯҳи назоратӣ,  $n=30$ ) сураат гирифт. Тафовутҳои ба таври назаррас

муҳими байнигурӯҳӣ дар сохтор ва муҳлати таваллуд ба қайд гирифта шуданд. Саҳми таваллудҳои саривақтӣ дар гурӯҳи асосӣ ба таври 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 ҳафта+6 руз (25%) ва дербармаҳал (34 ҳафта +6 руз – 36 ҳафта+6 руз) — 5%-ро нишон дод. Саҳми таваллудҳои хеле бармаҳал (22–27 ҳафта+6 руз) 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.

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. Пеш аз татбиқи интервенсия сатҳи баланди изтиробии 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 изтиробии реактивӣ мушоҳида гардид: ҳиссаи занон бо сатҳи пасти изтироб аз 68,8% то 87,5% афзоиш ёфт.

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 эндометрит, хунравихоии 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 оморӣ ба қайд гирифта нашуд, тамоюл ба ҷараёни мусоидтари ҳомиладорӣ дар шароити назорати бисёрсоҳа мушоҳида гардид.

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 тариқ, маълумотҳои бадастомада бечунучаро нишон медиҳанд, ки ҳамроҳии антенаталӣ занони ҳомилае, ки берун аз ватани таваллуди худ зиндагӣ мекунанд, дастгирии психоэмотсионалӣ ва ташрифҳои мунтазами босифати назорати перинаталӣ дар бар мегирад, ба таври назаррас натиҷаҳои неонаталӣро беҳтар сохта, басомади асфиксияро коҳиш медиҳад ва имкон медиҳад, ки аз талафоти перинаталӣ пешгирӣ карда шавад.

### **Хулоса**

1. Қараёни ҳомиладорӣ 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 изтиробӣ шахсӣ дар ҳар дуҷум зан, сатҳи миёнаи изтиробӣ реактивӣ дар ҳар панҷум зан ва ҳолатҳои депрессияи дараҷаҳои гуногун низ дар ҳар дуҷум зан ба қайд гирифта шуданд. Дар баробари ин, ҳамкориҳои мураккаби ихтилолҳои изтиробӣ ва депрессивӣ дар заминаи сатҳи баланди изтиробӣ шахсӣ ошкор гардид. Омилҳои асосии ташаккулёбии ин норасоӣҳои психоэмотсионалӣ ноустуворӣ иқтисодӣ (90%), ҷудой аз оила (79%), изолятсияи иҷтимоӣ (65%) ва монеаҳои фарҳангиву забонӣ (49%) буданд [3-М, 5-М].

3. Басомади вайроншавӣҳои 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 суст инкишофёбии дохилибачадонии тифл (ССИДТ) ва сатҳи пасти гормонҳо мавҷуд аст: прогестерон ( $r=0,784$ ), лактогени пласентарӣ ( $r=1$ ), эстриол ( $r=0,707$ ). Ин натиҷаҳо вобастагии тағйироти фаъолияти гормонии машимаро 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% ( $p < 0,05$ ), ки дар 67,5% ҳолатҳо зарурати таваллуди бармаҳал ба миён меояд; басомади амалиёти буриши қайсарӣ бошад, 27% ( $p < 0,05$ ) 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. Мушоҳидаи мунтазами антенаталӣ дар якҷоягӣ бо дастгирии равонӣ-эмотсионалии заноне, ки муваққатан берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд ва дорои ихтилолҳои соҳаи психоэмотсионалӣ мебошанд, ба беҳтар гардидани ҳолати равонии онҳо, инчунин ба натиҷаҳои мусоидтари акушерӣ ва перинаталӣ мусоидат менамояд. Пас аз гузаронидани дастгирии психоэмотсионалӣ ҳиссаи занони бе нишонаҳои депрессивӣ аз 9 нафар аз 32 нафар (28,1%) то 25 нафар аз 32 нафар (78,1%) афзоиш ёфт ( $p=0,003$ ); изтиробнокии реактиви миёна аз 31,3% то 12,5% коҳиш ёфт ( $p=0,070$ ). Беҳтар гардидани натиҷаҳои акушерӣ ҳангоми истифодаи равишҳои

махсусгардонидашуда бо ҷойивазкунии аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятноки муҳлатҳои таваллуд ба самти таваллуди саривақтӣ ( $p < 0,001$ ), коҳиш ёфтани басомади ихтилолҳои гардиши хуни фетопласентарӣ ( $p = 0,005$ ), тақсимои мусоиди баҳодихӣ аз рӯи шкалаи Апгар ( $p = 0,009$ ) ва набудани ҳолатҳои фавти перинаталӣ дар гурӯҳи дорои мушоҳидаи мунтазами антенаталӣ ва дастгирии психоэмотсионалӣ тасдиқ карда мешавад. Натиҷаҳо самаранокии ин равишро барои беҳтар намудани натиҷаҳои перинаталӣ дар заноне, ки берун аз кишвари истиқомати доимии худ қарор доранд, тасдиқ менамоянд [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 клиникаи 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 ӯод 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 «Прееклампсия. Эклампсия. Варамҳо, протеинурия ва ихтилолҳои гипертензивӣ дар давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва баъди

таваллуд» (Чамбияти русии акушерон-гинекологҳо, Ассотсиатсияи акушерон-анестезиологҳо-реаниматологҳо, Москва, 2021).

5. Ба ҳамаи занони ҳомилае, ки берун аз кишвари истиқомати доимӣ зиндагӣ мекунанд, гузаронидани баҳодиҳии ҳолати психоэмотсионалӣ бо истифода аз шкалаи Спилбергер–Ханин барои муайян кардани сатҳи изтироб ва шкалаи Бек барои баҳодиҳии 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 усулҳои омӯзонидани шаванд, ки ба беҳсозии ҳолати рӯҳӣ мусоидат мекунанд: оромсозии мушакҳои бадан ва машқҳои нафасгирӣ.

### **Феҳристи адабиёти истифодашуда**

1. Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН [Электронный ресурс]. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2026-01-30.html>
2. United Nations. Global issues: Migration [Electronic resource]. - 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)
3. Международная организация по миграции. Foreword [Электронный ресурс] // World Migration Report. - International Organization for Migration, 2024. URL: <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/foreword/foreword>
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 [Электронный ресурс]. 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. – P. 662
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. – 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. ISSN 2707-9562

[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. ISSN 2791-0687

[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. ISSN 2312-3648

[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 ISSN 2304-4187

**Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводҳои анҷуманҳо ва  
конференҳо**

[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», (1–3 октября соли 2024) 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» (4–6 марта соли 2025), 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» (4–6 марта соли 2025), 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» (4–6 марта соли 2025), Москва, 2025 г.-С.- 64-66.

### **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

" Натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ занони ҳомилаи берун аз кишвари истиқомати худ қарор дошта "

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 навоариҳои 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 психоэмотсионалиии занони ҳомилаи муҳочир аз Тоҷикистон арзёбӣ гардида, паҳншавии баланди изтиробии реактивӣ ва ҳолатҳои депрессивӣ муайян карда шуд, ки мустақиман бо вазъи иҷтимоии заноне, ки дар муҳочирати меҳнатӣ қарор доранд, алоқаманд мебошанд. Ҳолати гормоналиии 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 психоэмотсионалиии 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.

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

**Соҳаи таъбиқ:** 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.