

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«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**

Диссертация

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

**Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Камилова М.Я.**

Душанбе – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень сокращений, условных обозначений	5
Введение	7
Общая характеристика исследования	12
Глава 1. Факторы, влияющие на течение беременности, акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания (обзор литературы)	19
1.1. Демографическая ситуация и миграционные процессы в мире	19
1.2. Понятие психо-эмоционального статуса, психо-эмоциональная характеристика женщин, пребывающих за пределами страны проживания	24
1.3. Гормональные изменения у беременных женщин в условиях стресса	28
1.4. Особенности течения беременности, акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания	32
1.5. Особенности ведения осложнённой на фоне нарушений психо-эмоционального статуса беременности у женщин	41
Глава 2. Материал и методы исследования.....	48
2.1. Материал исследования	48
2.2. Методы исследования	51
2.2.1. Общеклиническое обследование женщин	51
2.2.2. Акушерское исследование	52
2.2.3. Общеклинические лабораторные исследования	55
2.2.4. Иммуноферментный метод определения уровня гормонов в сыворотке крови	57
2.2.5. Инструментальные методы исследования	59
2.2.6. Оценка объёма кровопотери при родоразрешении	63

2.2.7. Оценка психоэмоционального состояния пациенток	64
2.2.8. Статистические методы обработки результатов	68
Глава 3. Особенности течения беременности, родов, акушерские и перинатальные исходы у женщин, пребывающих за пределами страны проживания	70
3.1. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика обследованных женщин	70
3.2. Результаты оценки психо-эмоционального статуса обследованных женщин	79
3.3. Результаты доплерографического исследования беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания	84
3.4. Результаты оценки гормонального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания	87
3.5. Особенности течения беременности и акушерские исходы у женщин, пребывающих за пределами страны проживания	96
3.6. Перинатальные исходы у женщин, пребывающих за пределами страны проживания	114
Глава 4. Оценка клинической эффективности подходов ведения беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в результате психо-эмоциональной поддержки	119
4.1. Изменения характеристик психо-эмоционального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в результате психо-эмоциональной поддержки	119
4.2. Акушерские исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в зависимости от ведения беременности	124
4.3. Перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в зависимости от ведения беременности	133

Глава 5. Обзор результатов исследования	138
Выводы	150
Рекомендации по практическому использованию результатов исследования	152
Список литературы	154
Публикации по теме диссертации	171

Перечень сокращений, условных обозначений

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

МЗиСЗНРТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ГУ ТНИИАГиП – Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

РТ – Республика Таджикистан

РФ – Российская Федерация

ХАГ - хроническая артериальная гипертензия

ГАГ- гестационная артериальная гипертензия

КПТ - когнитивно-поведенческая терапия

ПД - послеродовая депрессия

ХГЧ - человеческий хорионический гонадотропин

ОКР - обсессивно-компульсивное расстройство

ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство

ГСД – гестационный сахарный диабет

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспаратаминотрансфераза

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

США – Соединённые Штаты Америки

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ПЛИГ – плацентарный лактоген

ВПР – врождённые пороки развития

RR – relative risk

ДИ – доверительный интервал

p – уровень статистической значимости

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) [6]. По её данным, в ряде регионов мира сохраняется тенденция к эскалации насилия, массовым нарушениям международного гуманитарного и правозащитного права, разрушению гражданской инфраструктуры и систем здравоохранения, что сопровождается значительным ростом масштабов вынужденного перемещения населения как внутри государств, так и за их пределами. В условиях гуманитарной нестабильности особую уязвимость демонстрируют женщины, 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 [6].

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” [143]. В то же время наблюдается устойчивый рост числа людей, вынужденных покидать места постоянного проживания как внутри своих стран, так и за их пределами, вследствие вооружённых конфликтов, насилия, политической и экономической нестабильности, а также изменения климата и

других чрезвычайных ситуаций. 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 %” [4].

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” [5].

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 [34, с. 397-398].

В исследовании подчёркивается, что “дата установления диагноза, сроки проведения лечения и эффективность терапии у пациенток с гипертензивными расстройствами во время беременности составляли ключевую информацию исследования” [48, 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» [48, 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” [36, 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. Учёт этих факторов позволит совершенствовать персонализированные модели медицинского сопровождения женщин с международным миграционным опытом [36, 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” [150, 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. Эффективность таких мероприятий определяется междисциплинарным взаимодействием и сочетанием лечебных и профилактических стратегий, направленных на коррекцию психоэмоциональных нарушений и социальных детерминант, что в совокупности способствует улучшению акушерских и перинатальных исходов [150, 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 [98, с. 13; 25, с. 2; 138, с. 2; 110, 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 [54, 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-anamnestическую 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 некорректированные нарушения психоэмоциональной сферы являются значимым фактором, способствующим развитию неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.

Выполнена оценка эффективности предлагаемых подходов к ведению беременности у женщин, пребывающих за пределами Таджикистана.

Установлено, что включение в тактику ведения регулярного антенатального наблюдения, систематической оценки психоэмоционального статуса и последующего сопровождения при выявленных нарушениях 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 психоэмоционального 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.

ГЛАВА 1. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРЕБЫВАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТРАНЫ ПРОЖИВАНИЯ (обзор литературы)

1.1. Демографическая ситуация и миграционные процессы в мире

В условиях нарастающих глобальных трансформаций современный мир характеризуется устойчивым ростом гуманитарных кризисов, обусловленных вооружёнными конфликтами, политической и экономической нестабильностью, а также последствиями климатических изменений. Указанные процессы сопровождаются масштабными нарушениями функционирования систем здравоохранения и социальной защиты, разрушением гражданской инфраструктуры и эскалацией насилия, что приводит к значительному увеличению объёмов как внутреннего, так и трансграничного перемещения населения. В результате международная мобильность приобретает системный и долговременный характер, формируя новые медико-социальные вызовы для принимающих стран и глобального здравоохранения в целом. Согласно данным Организации Объединённых Наций, численность лиц, проживающих за пределами страны своего рождения, к концу 2024 года достигла более 300 млн человек, что почти вдвое превышает показатели начала 1990-х годов. Несмотря на относительную стабильность доли международного мобильного населения в структуре мирового населения, абсолютные масштабы миграции продолжают неуклонно расти, что отражает глубину и устойчивость современных миграционных процессов. Существенной особенностью текущего этапа является выраженная феминизация международной мобильности: женщины составляют почти половину лиц, находящихся за пределами страны постоянного проживания, что придаёт особую научную и практическую значимость изучению их состояния здоровья, прежде всего в репродуктивный и перинатальный периоды [6, 4, 143].

Одной из наиболее значимых тенденций современного этапа международной мобильности населения является увеличение доли женщин среди лиц, находящихся за пределами страны постоянного проживания. Указанное явление стало ключевой характеристикой текущего периода глобальных процессов, связанных с временным или длительным пребыванием населения за пределами государства проживания, и получило в научной литературе название «феминизации международной мобильности». Согласно данным Организации Объединённых Наций за 2020 год, Российская Федерация занимает четвёртое место в мире по числу лиц, находящихся на её территории и прибывших из других стран: 11,58 млн человек, что составляет 7,9% от общей численности населения. По абсолютным значениям данный показатель уступает лишь Соединённым Штатам Америки (13,1% населения), Германии (17,0%) и Саудовской Аравии (37,3%). Одновременно Россия входит в тройку мировых лидеров по числу граждан, находящихся за пределами своего государства постоянного проживания, уступая только Индии и Мексике [74].

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

Согласно данным исследовательских и аналитических источников, состав лиц, находящихся на территории Российской Федерации за пределами страны своего постоянного проживания, характеризуется выраженной структурной неоднородностью. Данная особенность обусловлена сочетанием географического положения России и её устойчивых исторических,

экономических и социальных связей с сопредельными государствами. При этом значительную часть указанной категории лиц составляют граждане государств - участников Содружества Независимых Государств. Среди них особое место занимают граждане Узбекистана, что связано с экономической ситуацией в стране и сравнительно простым порядком получения разрешения на работу в России. Существенную долю также составляют граждане Таджикистана. Для Киргизии способствующим миграции фактором является и то, что её граждане имеют право работать в России без необходимости получения специальных разрешений, что значительно облегчает их трудоустройство. Миграция с Украины приобрела особую динамику в связи с политическими и экономическими изменениями в стране. Кроме того, наблюдается значительное число лиц, находящихся на территории Российской Федерации за пределами страны своего постоянного проживания, прибывающих из Армении, Молдовы, Азербайджана и ряда других государств СНГ [4, 9, 143, 73].

Среди граждан дальнего зарубежья в России трудовую деятельность осуществляют, в основном, граждане из Китая, Вьетнама и Северной Кореи. Китайские граждане преимущественно заняты в строительстве, сельском хозяйстве и торговле [9], вьетнамцы - в сфере торговли, общественного питания и лёгкой промышленности [59], тогда как граждане из Северной Кореи работают, главным образом, в строительстве и лесной промышленности. При этом их численность в последние годы существенно сократилась в связи с действием международных санкций [18].

Среди иностранных работников также отмечается присутствие граждан стран Восточной Европы, в частности Польши и Болгарии, которые вовлечены в различные отрасли российской экономики. Этническое и национальное многообразие лиц, находящихся на территории России за пределами страны своего постоянного проживания, способствует развитию экономики государства, однако одновременно формирует ряд социальных и культурных вызовов [52, 151, 53, 142].

По данным официальной статистики Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, в первом полугодии 2024 года численность граждан, выехавших за пределы страны с целью осуществления трудовой деятельности, составила 392 805 человек, что на 16% ниже показателей аналогичного периода 2023 года. В гендерной структуре трудовой мобильности сохраняется преобладание мужчин (314 052 человека), однако доля женщин остаётся значимой и составляет 78 753 человека, несмотря на снижение соответствующих показателей по сравнению с предыдущим годом. Основным направлением внешней трудовой занятости по-прежнему является Российская Федерация, куда направляется подавляющее большинство трудовых мигрантов [5].

Доля женщин среди граждан, прибывающих в Россию из разных государств, значительно различается. Согласно данным Росстата за 2019 год, наибольшая доля женщин зафиксирована среди граждан Украины и Молдовы - 59% и 41% соответственно. Сравнительно высокие показатели отмечаются и среди граждан Казахстана (35%) и Киргизии (32%). В то же время наименьшая доля женщин характерна для граждан из Таджикистана, Азербайджана и Узбекистана. По данным социологических исследований, фактическая доля женщин среди лиц, пребывающих за пределами страны своего постоянного проживания в целях трудовой деятельности, превышает официальные статистические показатели и составляет около 32%. Это указывает на значительное число женщин, занятых в теневом секторе экономики [11].

Неравенство в состоянии здоровья и доступе к качественным медицинским услугам среди лиц, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, подтверждается многочисленными международными исследованиями и аналитическим материалом глобальных организаций. Особое внимание уделяется перинатальным исходам у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания в государствах с высоким уровнем дохода, где установлен повышенный риск неблагоприятных перинатальных исходов по сравнению с местным населением. Указанные

различия объясняются сочетанием социальных и экономических факторов, ограниченным доступом к медицинской помощи, а также воздействием стрессовых условий, сопровождающих процесс пребывания за пределами страны постоянного проживания [92, 58].

Результаты исследований свидетельствуют о том, что женщины, находящиеся на территории России за пределами страны своего постоянного проживания, сталкиваются с низким уровнем доходов и затруднениями при поиске трудовой занятости. Значительная их часть включена в неформальный сектор экономики, где отсутствуют социальные гарантии и механизмы правовой защиты. Подобные условия формируют уязвимое социальное положение данной группы женщин, что может неблагоприятно отражаться на их физическом и психоэмоциональном здоровье [77, 76].

Вопросы прав женщин, пребывающих за пределами страны проживания, и их интеграции в российское общество остаются актуальными, поскольку многие женщины сталкиваются с проблемами получения легального статуса, которые ограничивают их доступ к социальным услугам и защите, а также увеличивает риск эксплуатации и насилия [90].

Исследования подчёркивают необходимость разработки и внедрения политик, направленных на защиту прав женщин, пребывающих за пределами страны проживания и их интеграцию в российское общество. Это включает в себя улучшение доступа к образованию, правовой помощи и социальным программам поддержки [119].

Несмотря на возрастающее внимание международного сообщества к проблемам охраны здоровья лиц, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, в России сохраняются значительные пробелы в исследованиях, посвящённых перинатальному здоровью женщин данной категории. При этом в ряде зарубежных стран установлено, что активное взаимодействие государственных институтов с лицами, пребывающими за пределами страны проживания, а также политика, направленная на вовлечение

различных социальных групп в общественную жизнь, ассоциируются с более низким риском неблагоприятных материнских и перинатальных исходов [64].

Однако в России наблюдается недостаточная инфраструктура в области здравоохранения для выявления и удовлетворения специфических потребностей женщин, пребывающих за пределами страны проживания. Данные литературных источников подтверждают необходимость дальнейших исследований, касающихся состояния здоровья женщин, пребывающих за пределами страны проживания, их репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов в России, где ключевой целью политики в области здравоохранения является обеспечение равного доступа к медицинским услугам.

1.2. Понятие психо-эмоционального статуса, психо-эмоциональная характеристика женщин, пребывающих за пределами страны проживания

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост транснациональных миграционных потоков, сопровождающийся увеличением доли женщин в структуре международной миграции. В связи с этим в научной и клинической повестках обостряется вопрос о состоянии психоэмоционального здоровья женщин, пребывающих за пределами страны проживания, категории, находящейся в условиях повышенной психосоциальной уязвимости. Под психоэмоциональным статусом в современном научном дискурсе понимается комплексное функциональное состояние личности, характеризующееся уровнем эмоциональной регуляции, психологического благополучия и устойчивости к стрессовым воздействиям. Оно включает такие компоненты, как тревожность, депрессивные симптомы, когнитивная оценка жизненной ситуации и адаптационные ресурсы. Актуальность изучения данной проблематики в контексте нашего исследования обусловлена не только масштабами миграции, но и доказанным вкладом психоэмоциональных расстройств в негативные перинатальные и соматические исходы. Как показывают эмпирические исследования, женщины, пребывающие за пределами страны проживания,

подвержены широкому спектру психоэмоциональных нарушений, обусловленных как предшествующими миграции стрессогенными воздействиями (например, военными конфликтами, бедностью, насилием), так и постмиграционными стрессорами, такими как культурная дезадаптация, социальная изоляция, языковые барьеры и экономическая нестабильность. Среди наиболее часто диагностируемых состояний - депрессия, генерализованное тревожное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Сопутствующие факторы - низкий уровень социальной поддержки, нестабильность правового статуса, ограниченный доступ к медицинским услугам - создают замкнутый круг психологической дестабилизации [150, 27, 55, 106].

Особую роль в смягчении негативных психоэмоциональных последствий играет наличие устойчивых социальных связей и доступ к институтам формальной и неформальной поддержки. Ряд авторов подчёркивают, что семейная, партнёрская и общественная поддержка ассоциированы со снижением уровня тревожности и депрессивных симптомов, в то время как отсутствие подобных ресурсов коррелирует с ростом психопатологической симптоматики [139, 70, 87, 116, 2].

С позиций клинической психологии, достоверное определение степени выраженности психоэмоциональных нарушений требует использования стандартизированных и валидизированных инструментов. К числу таковых относятся шкалы Бека (для оценки депрессивной симптоматики и тревожности) и модифицированная российская версия шкалы Спилберга – Ханина (STAI), предназначенная для оценки как ситуативной, так и личностной тревожности. Валидность данных методик подтверждена в ряде мультицентровых исследований, охватывающих различные популяции и клинические подгруппы. Их использование позволяет объективизировать оценку психоэмоционального состояния, прослеживать эффективность интервенций и проводить стратифицированный анализ данных [62, 31, 124, 44].

В исследовании Nwoke C.N. и соавт. (2023) была проанализирована распространённость депрессивных и тревожных расстройств среди африканских женщин, пребывающих за пределами родины, проживающих в Альберте (Канада), в течение двух лет после родов. В исследование включено 120 женщин, оценка психоэмоционального состояния которых проводилась с применением шкал EPDS-10 (Edinburgh Postnatal Depression Scale) и GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7). EPDS-10 представляет собой стандартизированный скрининговый инструмент для выявления симптомов послеродовой депрессии, рекомендованный ВОЗ, тогда как шкала GAD-7 предназначена для оценки выраженности генерализованного тревожного расстройства. Согласно результатам, симптомы депрессии были выявлены у 27,5% участниц, тревожности - у 12,1%. Существенными факторами риска выступали слабое чувство социальной интеграции и ограниченный доступ к постоянному медицинскому обслуживанию. Напротив, наличие устойчивых социальных связей и доступность медицинской помощи снижали уровень риска. Авторы подчёркивают важность развития культурно-ориентированных и доступных программ психосоциальной поддержки для женщин, пребывающих за пределами страны проживания в послеродовом периоде [104].

Национальное исследование Индонезии демонстрирует распространённость психоэмоциональных нарушений у беременных до 12,6% и в послеродовом периоде – до 10,1%, при этом к факторам риска отнесены низкий уровень образования, подростковый возраст, бедность, наличие хронических заболеваний и неблагоприятный акушерский анамнез [34].

В исследованиях, проведённых на границе Таиланда и Мьянмы, уровень перинатальной депрессии достигал 38,6% у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, и 47,3% - у беженок. В качестве детерминант выступали травматизация, бедность, ограниченность доступа к медико-социальным ресурсам и отсутствие социальной поддержки [95, 97].

Анализ литературы также выявляет наличие значимых расовых, этнокультурных и лингвистических различий в динамике психологического

благополучия в перинатальный период. Например, исследования, сравнивающие афроамериканских и европеоидных женщин, фиксируют расхождения в уровне жизненной удовлетворённости и стрессоустойчивости, что требует разработки этноспецифичных моделей психосоциальной поддержки [107, 110].

Серьёзную обеспокоенность вызывает высокая распространённость психических расстройств среди лиц, вынужденно пребывающих за пределами страны своего проживания, а также их сопряжённость с употреблением психоактивных веществ. Это подчёркивает необходимость рутинного скрининга психоэмоционального состояния в миграционных сообществах и внедрения программ раннего вмешательства [134]. При этом научная литература указывает на существование выраженных барьеров при доступе к психологической помощи: стигматизация, культурные и гендерные различия в восприятии психических расстройств, дефицит информации и недоверие к медицинским учреждениям [25].

Актуальность культурно чувствительного подхода подтверждается исследованиями, проведёнными среди женщин, пребывающих за пределами страны проживания и обладающих высоким уровнем образования и доходов (например, китайнок среднего класса в Нидерландах), которые, несмотря на привилегированное положение, испытывали выраженный стресс из-за культурных различий в подходах к материнству и отсутствия необходимой поддержки [121].

В одном из исследований было показано, что уровень перинатальной депрессии составляет 38,6% среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, и 47,3% среди беженок. При этом уровень полученной и субъективно воспринимаемой социальной поддержки оказался значительно выше у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, что, по мнению авторов исследования, подчёркивает необходимость дифференцированного подхода при разработке программ поддержки [96].

Следует подчеркнуть, что в Российской Федерации практически отсутствуют исследования, посвящённые психоэмоциональному состоянию

женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, в перинатальный период, что указывает на выраженный дефицит эмпирической базы и необходимость восполнения данного пробела.

Анализ современных научных источников позволяет утверждать, что психоэмоциональное здоровье женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, представляет собой междисциплинарную проблему, стоящую на пересечении клинической психологии, социальной медицины, миграционных исследований и общественного здравоохранения. Обеспечение доступности медицинской и психологической помощи, разработка адаптированных программ поддержки и внедрение интервенций, направленных на укрепление стрессоустойчивости, являются ключевыми направлениями повышения качества жизни женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, и улучшения у них репродуктивных исходов.

1.3. Гормональные изменения у беременных женщин в условиях стресса

В последние годы наблюдается возрастающий интерес к изучению психоэмоционального состояния беременных женщин и его взаимосвязи с гормональными изменениями в организме матери и плода, включая гормоны надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса. Данное направление исследований является важной областью медицины, направленной на понимание влияния психоэмоциональных факторов на здоровье матери, внутриутробное развитие плода и разработку эффективных интервенций, способных улучшить исходы беременности [125, 20].

Надпочечники играют ключевую роль в реакции организма на стрессовые факторы за счёт секреции основных гормонов - кортизола и адреналина. Ряд исследований показал, что у беременных женщин, подвергающихся значительному стрессу, происходит существенное повышение секреции кортизола, что может неблагоприятно влиять на развитие плода и приводить к различным осложнениям беременности. В частности, исследование 2024 года, опубликованное в журнале "Healthcare (Basel)", выявило связь повышенного

уровня кортизола у беременных с увеличением риска преждевременных родов и сниженной массой тела новорождённого. Эти данные подчёркивают необходимость мониторинга уровня стресса у беременных женщин и разработки стратегий его снижения для улучшения акушерских и перинатальных исходов [14, 43].

В другом исследовании, проведённом в 2021 году, было показано, что стресс и тревожность матери могут оказывать долговременное влияние на гормональную систему плода, что затрудняет его нормальное развитие. Учёные обнаружили, что хронический стресс у матери ассоциирован с изменениями в экспрессии генов, отвечающих за стрессовую реакцию у плода, что может иметь долгосрочные последствия для здоровья последнего [71].

В одном крупном научном исследовании, включавшем 196 женщин (средний возраст 31,44 года), были взяты образцы волос для анализа уровней кортизола и кортизона в два временных интервала: через 1-6 дней после родов и через 12 недель после родов. Результаты показали, что повышение уровней кортизола и кортизона во время беременности и после родов значительно увеличивают шансы развития послеродовой депрессии. Продолжительный стресс и отсутствие адекватной социальной поддержки были выявлены как важные факторы риска для послеродовой депрессии [50, 23].

В проспективном когортном исследовании UK Biobank, T. Fan и соавт. (2024) проанализирована связь тревожно-депрессивных расстройств и заболеваний щитовидной железы. Авторы показали, что у пациентов с нарушениями функции щитовидной железы вероятность развития депрессии и тревоги была выше, чем в общей выборке, что свидетельствует о возможной биологической взаимосвязи между эндокринными и аффективными нарушениями [130].

Кроме того, данные ряда научных работ указывают на то, что психоэмоциональные расстройства у беременных женщин могут неблагоприятно отражаться на функциональном состоянии щитовидной железы, способствуя формированию гормонального дисбаланса [129, 24, 101, 140].

В работе Martinez et al. (2020) проведено исследование экспрессии генов, участвующих в стресс-медиированной нейроэндокринной регуляции плаценты, у беременных женщин с хронически воспринимаемой тревогой и депрессией. Авторы проанализировали образцы доношенных плацент и выявили значимое увеличение экспрессии стресс-ассоциированных генов по сравнению с контрольными образцами. Наиболее выраженные изменения были отмечены в сигнальных путях, связанных с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осью и регуляцией кортикостероидов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что устойчивые психоэмоциональные нарушения матери во время беременности способны модифицировать молекулярные механизмы функционирования плаценты, что потенциально ухудшает внутриутробное развитие плода [56].

Проспективное исследование T.F. Jorge и R.M.Y. Nomura (2023) оценивало влияние материнской тревожности в III триместре на показатели плацентарной гемодинамики. В исследование включены 34 соматически здоровые беременные с одноплодной беременностью сроком 34–40 недель; уровень тревожности определялся по Beck Anxiety Inventory. У 17,7% участниц была выявлена умеренная и тяжёлая тревожность. Согласно результатам доплерометрии, повышенная тревожность ассоциировалась со снижением объёмного кровотока по пуповинной вене и уменьшением нормированного на массу плода показателя кровотока, что указывает на потенциальное снижение доставки оксигенированной крови плоду. При этом параметры сосудистого сопротивления в маточных и пуповинных артериях, а также в средней мозговой артерии оставались без статистически значимых различий. Авторы предполагают участие стресс-индуцированных нейроэндокринных механизмов в изменении фетоплацентарного кровотока, подчёркивая необходимость дальнейших исследований клинических последствий материнской тревожности в поздние сроки гестации [79].

Эстроген, являясь важнейшим гормоном, регулирующим психоэмоциональное состояние женщин, оказывает значительное влияние на

эмоциональное состояние в период беременности. Недавние исследования подтверждают, что колебания уровня эстрогена могут быть связаны с изменениями настроения и развитием психоэмоциональных расстройств у беременных женщин. Например, повышение уровня эстрогена может способствовать улучшению настроения, тогда как его снижение может вызывать депрессию и эмоциональную нестабильность [111].

Низкий уровень эстрогена во время беременности ассоциируется с ухудшением психоэмоционального состояния, включая депрессию, тревожность и раздражительность. Эти симптомы могут быть связаны с нарушением нейрохимической регуляции, включая дисфункцию серотониновой и дофаминовой систем, что приводит к расстройствам настроения у беременных женщин [32]. В то же время высокие уровни эстрогена могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние, приводя к эмоциональной лабильности и раздражительности, что также требует индивидуального подхода [88].

Исследования последних лет подтвердили связь между низким уровнем эстрогена и психоэмоциональными расстройствами у беременных женщин, что ставит перед медицинскими специалистами задачу разработки методов стабилизации уровня этого гормона для улучшения психоэмоционального состояния женщин в период беременности [148, 126].

Прогестерон, обладая важной ролью в регуляции психоэмоционального состояния, также оказывает влияние на настроение и эмоциональное состояние беременных женщин. На основе последних исследований было установлено, что высокий уровень прогестерона способствует улучшению настроения и снижению тревожности, в то время как его дефицит может быть связан с депрессией и повышенной раздражительностью [137, 123].

Флуктуации уровня прогестерона в организме беременных женщин могут оказывать существенное влияние на их эмоциональное состояние, что подтверждается исследованиями, указывающими на связь изменений уровней этого гормона с симптомами депрессии и тревожности [40, 37]. Использование

гормональной терапии для стабилизации уровня прогестерона может помочь в улучшении эмоционального состояния и снижении риска депрессии [109].

Таким образом, гормональные изменения в организме беременных женщин играют ключевую роль в их психоэмоциональном благополучии. Эти изменения тесно связаны с развитием депрессии и других расстройств настроения, что требует дальнейшего изучения и разработки методов диагностики и вмешательства для улучшения психоэмоционального состояния женщин в период беременности [49, 138].

Результаты ряда клинических исследований подчёркивают важность учёта гормональных изменений в контексте психоэмоциональных расстройств, таких как депрессия в перинатальный период, а также необходимость дальнейших научных изысканий для более глубокого понимания этих взаимосвязей и совершенствования диагностики и терапии [128].

Таким образом, исследования последних пяти лет подтверждают наличие взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием беременных женщин и гормональными изменениями в их организме. Повышенные уровни стресса и тревожности ассоциированы с изменениями в концентрациях гормонов надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса, что может приводить к неблагоприятным исходам беременности. Эти данные подчёркивают необходимость учитывать психоэмоциональный статус женщин при оценке состояния их здоровья и здоровья плода. Дальнейшие исследования в данном направлении необходимы для разработки эффективных интервенционных стратегий, направленных на укрепление психоэмоционального благополучия беременных женщин и снижение рисков для плода [80, 67].

1.4. Особенности течения беременности, акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания

Исследования последних пяти лет подтверждают наличие взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием беременных женщин и гормональными

изменениями в их организме. Повышенные уровни стресса и тревожности ассоциированы с изменениями в концентрациях гормонов надпочечников, щитовидной железы и фетоплацентарного комплекса, что может приводить к неблагоприятным исходам беременности. Эти данные подчёркивают необходимость учитывать психоэмоциональный статус женщин при оценке состояния их здоровья и здоровья плода. Дальнейшие исследования в данном направлении необходимы для разработки эффективных интервенционных стратегий, направленных на укрепление психоэмоционального благополучия беременных женщин и снижение рисков для плода [99, 136].

Одним из последних исследований, проведённых в Исландии, стало изучение материнских и перинатальных исходов среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, а также оценка влияния гражданства и уровня индекса человеческого развития страны происхождения на эти исходы. Данные Исландского медицинского регистра рождений за период 1997–2018 гг., включающие 92 403 родов, показали, что женщины, находящиеся за пределами страны своего постоянного проживания, особенно выходцы из государств с низким уровнем индекса человеческого развития, сталкиваются с повышенными рисками неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. В частности, у женщин из стран с низким уровнем социально-экономического развития отмечена более высокая частота экстренных кесаревых сечений и послеродовых кровотечений, что подчёркивает необходимость адаптации медицинской помощи для данной категории пациенток [33].

Современные научные данные также свидетельствуют о тесной взаимосвязи между уровнем психоэмоционального напряжения у беременных женщин и рисками осложнённого течения беременности. Установлено, что хронический стресс, тревожные и депрессивные состояния ассоциированы с преждевременными родами, нарушениями фето-плацентарного кровотока и задержкой внутриутробного развития плода. Особое значение приобретает изучение данных взаимодействий в условиях социальной уязвимости, характерной для миграционной среды [16, 83, 144].

Перинатальный период, который охватывает время от беременности до первого года жизни ребёнка, является решающим этапом, сопровождающимся значительными физическими и психологическими изменениями для женщины. Тревожность и стресс в этот период могут оказать разрушительное воздействие как на здоровье матери, так и на развитие ребёнка. Поэтому понимание переживаний женщин в этот период становится ключевым фактором для разработки эффективных стратегий поддержки, направленных на улучшение здоровья как матери, так и плода [84].

Комплексный анализ эмпирических данных показывает, что женщины, находящиеся за пределами страны своего постоянного проживания, а также женщины с опытом вынужденного переселения характеризуются более высоким риском неблагоприятных перинатальных исходов. Одновременно у данной группы отмечается статистически значимо более низкий уровень удовлетворённости перинатальными медицинскими услугами по сравнению с женщинами из местного населения. Это подчёркивает необходимость адаптации существующих моделей медицинской помощи с учётом специфики миграционного статуса, что включает в себя как культурные, так и социальные особенности, а также проблемы, связанные с языковыми барьерами и отсутствием социальной поддержки [39].

В исследовании Niu Z. и соавт. (2025), опубликованном в *Journal of the American College of Cardiology: Advances*, были проанализированы траектории артериального давления у 854 беременных женщин, преимущественно относящихся к социально уязвимым группам и находящихся за пределами страны своего постоянного проживания в Лос-Анджелесе. Было установлено, что стабильные, но повышенные показатели систолического артериального давления без характерного снижения во втором триместре ассоциируются с почти пятикратным увеличением риска развития гипертензии в течение пяти лет после родов. Авторы подчёркивают важность динамического контроля артериального давления у женщин, относящихся к указанной категории [60].

По данным исследования А. Siddiqui и соавт. (2020), основанного на анализе крупной популяционной когорты, у женщин миграционного происхождения вероятность развития тяжёлой преэклампсии оказалась выше по сравнению с местнорождёнными. Показано, что предгравидарное ожирение чаще регистрировалось у женщин, проживающих за пределами страны рождения, что частично опосредовало взаимосвязь между фактом проживания вне страны постоянного проживания и развитием неблагоприятных акушерских исходов. При этом выявленный медирующий эффект был лишь фрагментарным, что указывает на роль иных детерминант, включая различия в этнических метаболических профилях и социально-структурных факторах. Авторы подчёркивают необходимость ранней идентификации метаболических рисков у женщин, проживающих за пределами страны рождения, и разработки целевых профилактических стратегий в данной группе [82].

Влияние психоэмоционального статуса матери на нейropsychологическое развитие плода подробно описано в исследовании Zhang T. и соавт. (2023), где установлена корреляция между дородовой тревожностью и когнитивными, эмоциональными и поведенческими показателями новорождённого, что обосновывает необходимость рутинного психосоциального скрининга в дородовом периоде [122].

Артериальная гипертензия в период беременности остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, вызывая осложнения 10% всех беременностей. Среди основных видов артериальной гипертензии выделяются хроническая гипертензия, гестационная гипертензия и преэклампсия, которая составляет около 15% всех случаев материнской смертности в мире. Помимо осложнений, возникающих во время беременности, артериальная гипертензия также увеличивает риск послеродовых осложнений, таких как хроническая гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет 2 типа и гиперхолестеринемия. Исследования показали, что распространённость артериальной гипертензии среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, в государствах с высоким

уровнем дохода существенно варьирует. Систематический обзор и мета-анализ продемонстрировали, что распространённость артериальной гипертензии среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, в целом была ниже, чем среди женщин в общей популяции. В ряде исследований также сообщается о снижении риска преэклампсии у женщин с опытом вынужденного переселения по сравнению с женщинами местного населения. Исследования, проведённые в Норвегии, показали, что женщины, пребывающие за пределами страны проживания, характеризовались более низкой частотой гипертензивных расстройств беременности относительно местных женщин. Сходные результаты получены и в Финляндии, в том числе среди таких групп, как женщины сомалийского, курдского происхождения и выходцы из России [69, 15, 81].

Исследования подтверждают, что женщины с опытом беженства часто сталкиваются с худшими перинатальными исходами по сравнению с местными жительницами. Это связано с пережитыми травмами, а также с барьерами в доступе к медицинским услугам в странах пребывания. Эти трудности могут уменьшить степень восстановления от травм и ухудшить здоровье. Важно, чтобы подходы к уходу за женщинами в перинатальный период основывались на информированности о травмах и насилии, что поможет преодолеть барьеры в предоставлении медицинской помощи [141].

Женщины, находящиеся за пределами страны своего постоянного проживания в период беременности или после родов, характеризуются более высоким риском неблагоприятных перинатальных исходов по сравнению с женщинами из принимающей страны. На формирование данного риска влияет совокупность дополнительных стрессовых факторов, включая социальную изоляцию, языковые барьеры и дискриминацию. В государствах с высоким уровнем дохода, принимающих значительное количество лиц, пребывающих за пределами страны проживания, в том числе вынужденно перемещённых, для женщин в перинатальном периоде нередко отмечаются дополнительные трудности. Несмотря на высокий уровень развития систем материнского ухода,

они не всегда учитывают специфические потребности женщин, находящихся вне страны проживания. В период беременности доступ к медицинской помощи для этой категории нередко осложнён различными барьерами, что может способствовать ухудшению психоэмоционального состояния и физического здоровья. У женщин, вынуждено покинувших свою страну вследствие вооружённых конфликтов, наблюдается дополнительное воздействие премиграционных и постмиграционных стрессоров, включая дискриминацию и культурные особенности в предоставлении акушерской помощи [75, 117].

В исследовании, проведённом в Канаде, показано, что у женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания с целью трудовой деятельности, отмечается повышение риска отдельных неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, включая преждевременные роды, задержку внутриутробного роста плода, рождение крупного плода и мертворождение. При этом выраженность указанных рисков была ниже по сравнению с женщинами, имевшими опыт вынужденного переселения, что подчёркивает неоднородность миграционных групп и необходимость дальнейшего изучения факторов, определяющих различия в состоянии материнского и перинатального здоровья [35].

Категории лиц, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, могут существенно различаться по основаниям пребывания, включая лиц, уехавших для трудовой деятельности, и лиц с опытом вынужденного переселения. Соответственно показатели неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов среди различных категорий таких женщин не являются одинаковыми. Вместе с тем риск мертворождения, неонатальной и общей младенческой смертности между указанными группами существенно не различается [29].

J. A. Jairam и соавт. показали, что у женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания и проживающих в городских районах Канады с низким уровнем дохода, показатели тяжёлой неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности были ниже по сравнению с женщинами местной

популяции из сельских районов с низким доходом. При этом выраженность перинатальных рисков зависела от страны рождения матери и продолжительности пребывания в принимающей стране, что подчёркивает необходимость дифференцированного подхода к оценке перинатального риска в миграционных группах [89].

По данным S. Iraqi и соавт., неблагоприятные акушерские и перинатальные исходы у женщин миграционного происхождения существенно различаются в зависимости от региона происхождения, что подчёркивает необходимость дифференцированного подхода к оценке перинатальных рисков [145].

Jiles и соавт. (2024), проанализировав 499 409 родов среди чернокожих женщин в США, показали, что страна рождения матери ассоциирована с различиями в структуре материнской и неонатальной заболеваемости. У женщин, рождённых за пределами США, частота материнских осложнений была выше, чем у женщин, рождённых в США, тогда как среди женщин, рождённых в США, чаще регистрировались неблагоприятные неонатальные исходы, включая низкую массу тела при рождении и преждевременные роды. Полученные данные подчёркивают необходимость учёта страны рождения и миграционного статуса при оценке акушерских и перинатальных рисков [78].

Женщины, пребывающих за пределами страны проживания, могут иметь серьёзные акушерские осложнения, которые оказывают неблагоприятное воздействие на краткосрочное и долгосрочное здоровье матерей и их потомства. Исследованиями доказано, что повышаются шансы таких осложнений беременности как спонтанный аборт, дородовой разрыв плодных оболочек, маловодие, гестационный сахарный диабет. Повышается риск преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, кесарева сечения, рождения маловесных детей, травм родовых путей, послеродовой анемии ввиду кровотечений [147, 146].

Послеродовая депрессия (ПД) является важной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей значительную долю женщин после родов. Механизмы развития ПД до конца не изучены, однако существует несколько

моделей, которые объясняют это состояние. Биологическая модель акцентирует внимание на резком снижении уровня гормонов беременности, таких как прогестерон, эстрадиол и кортизол в послеродовом периоде. Модель снятия гормонов утверждает, что резкое падение уровня гормонов стресса и репродуктивных гормонов в сочетании с нарушением гормональной регуляции может привести к депрессии. Депрессивная модель связывает ПД с дисрегуляцией гормонов стресса, особенно кортизола. В последние годы также рассматривается роль дисрегуляции гипоталамо-гипофизарной оси и дофаминергической регуляции в развитии ПД. Ранняя диагностика и своевременное лечение являются важнейшими факторами предотвращения негативных последствий этого расстройства. Разработка новых терапевтических средств и улучшение доступности существующих методов лечения представляет собой важнейшие шаги на пути к эффективному лечению ПД [127, 85, 99, 19,86].

По мнению исследователей, у женщин, вынужденно покинувших страну своего постоянного проживания, существует необходимость в более раннем начале пренатального наблюдения и увеличении количества контактов с медицинскими специалистами, а также в снижении сопротивления акушерским вмешательствам и недоверия к медицинским учреждениям [12].

Исследование Mehra R. et al. подчёркивает, что расистская стигматизация беременности может существенно ухудшить материнские и детские исходы, снижая доступ к качественной медицинской помощи, ресурсам, а также усиливая психологический стресс. Эти данные свидетельствуют о необходимости внедрения антидискриминационного обучения для медицинских и социальных работников, а также проведения скрининга на предмет расистской стигматизации, что значительно улучшит качество акушерской помощи для женщин в уязвимом положении [30].

По данным систематического обзора и метаанализа исследований 1990–2023 гг., риск тяжёлой материнской заболеваемости у женщин, проживающих вне страны постоянного проживания, варьирует в зависимости от принимающего региона: в Европе он был выше по сравнению с местными

женщинами, тогда как в США и Австралии существенных различий не выявлено. Эти различия могут быть связаны с социальными условиями, языковыми барьерами, доступностью медицинской помощи и правовым статусом женщин [22].

Обширные исследования подтверждают, что расовые и этнические различия в неблагоприятных исходах беременности сохраняются даже после учёта некоторых психосоциальных факторов, таких как стресс. Эти данные подчёркивают необходимость дальнейших исследований для понимания механизмов этих различий и разработки вмешательств, направленных на их уменьшение [51].

К. Ауге и соавт. показали, что перинатальная психоэмоциональная уязвимость ассоциирована с рядом социально-демографических и клинико-психиатрических факторов, включая молодой возраст, рождение за пределами принимающей страны, наличие психиатрического анамнеза и семейную отягощённость, что обосновывает необходимость раннего выявления групп риска и междисциплинарного сопровождения беременных женщин [120].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) показала свою эффективность в снижении симптомов перинатальной депрессии, и такие вмешательства могут быть адаптированы к различным условиям и ресурсам, включая краткосрочные формы, что подтверждает необходимость дальнейших исследований для оптимизации КПТ [93, 72].

Исследование, проведённое в Норвегии, подчёркивает необходимость учёта происхождения отца при анализе факторов риска неблагоприятных неонатальных исходов. Согласно полученным данным, у детей женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания и имеющих партнёров иностранного происхождения, выявляется более высокий риск неблагоприятных неонатальных исходов, включая преждевременные роды и низкую массу тела при рождении [94].

Таким образом, перинатальная депрессия и стрессовые расстройства оказывают существенное влияние на здоровье матери и ребёнка, что

подчёркивает необходимость применения комплексных подходов к скринингу и лечебным мероприятиям. Важным направлением является адаптация системы медицинской помощи с учётом специфики пребывания за пределами страны проживания, а также усиление социальной поддержки и повышение уровня информированности медицинских работников.

1.5. Особенности ведения осложнённой на фоне нарушений психоэмоционального статуса беременности у женщин

Осложнённое течение беременности на фоне нарушений психоэмоционального статуса у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, требует дальнейшего изучения для оптимизации подходов к ведению беременных, находящихся в условиях социальной уязвимости. В таких ситуациях женщины нередко сталкиваются с хроническим психоэмоциональным напряжением, правовой нестабильностью и ограниченным доступом к системе здравоохранения. Психоэмоциональные расстройства, включая тревожные, депрессивные и посттравматические состояния в перинатальном периоде, представляют собой одно из центральных направлений клинической и социальной медицины, особенно в отношении женщин, относящихся к группам высокого риска [114, 10, 1].

Данные литературы свидетельствуют, что социальная поддержка, чувство социальной принадлежности и уверенность женщины в собственной материнской компетентности являются ключевыми ресурсами психоэмоциональной устойчивости и ассоциированы со снижением риска тревожно-депрессивных расстройств. В то же время дефицит поддержки, низкая самооценка, психические расстройства в анамнезе и восприятие материнского ухода как чрезмерной нагрузки повышают вероятность развития перинатальной депрессии, что подчёркивает необходимость ранней идентификации групп риска и своевременного психосоциального сопровождения [17, 54, 57].

Данные современных исследований и клинических рекомендаций свидетельствуют, что возраст матери 35 лет и старше является значимым независимым фактором риска осложнённого течения беременности и

неблагоприятных перинатальных исходов. У женщин старшего репродуктивного возраста чаще регистрируются гестационный сахарный диабет, преэклампсия, анемия, преждевременные роды, макросомия плода, самопроизвольные выкидыши, внематочная беременность, дистоция родов и более высокая частота кесарева сечения. В связи с этим беременные данной возрастной группы, особенно при наличии дополнительных факторов клинико-социальной уязвимости, включая пребывание за пределами страны постоянного проживания, требуют более тщательной стратификации акушерского риска, раннего выявления гестационных осложнений и индивидуализированного антенатального сопровождения [103, 118, 133].

Современные данные свидетельствуют, что психоэмоциональное состояние беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания, формируется под влиянием комплекса медико-социальных факторов, включая уровень информированности, доступность антенатальной помощи, языковую адаптацию, социальную поддержку и особенности репродуктивного поведения. Дефицит медицинской грамотности, социальная изоляция, курение и неблагоприятный репродуктивный анамнез могут повышать риск тревожно-депрессивных проявлений, тогда как эмоциональная и практическая поддержка выступают значимыми протективными факторами. Это подчёркивает необходимость ранней оценки психоэмоционального статуса, культурно адаптированного консультирования и обеспечения доступного, непрерывного антенатального сопровождения данной категории женщин [38, 105, 131].

Совокупность данных литературы свидетельствует, что у женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания, акушерские и психоэмоциональные риски формируются под влиянием взаимосвязанных клинических, социальных и организационных факторов. Ограниченный доступ к медицинской помощи, стигматизация, языковые и культурно-религиозные барьеры, недостаточная культурная компетентность медицинского персонала, хронический стресс, социальная изоляция и дефицит поддержки повышают

вероятность тревожно-депрессивных нарушений, включая послеродовую депрессию [25, 108].

Особое значение имеет своевременная диагностика и комплексное ведение гипертензивных расстройств беременности. Данные литературы показывают, что комбинированная терапия сульфатом магния и лабеталолом способствует эффективному контролю артериального давления, уменьшению клинических проявлений заболевания, улучшению фетоплацентарной гемодинамики и снижению частоты отдельных перинатальных осложнений [46–48]. При этом риск гипертензивных нарушений у женщин миграционного происхождения неоднороден и определяется сочетанием этнических, наследственных, социально-средовых факторов и особенностей организации акушерской помощи, что обосновывает необходимость индивидуализированной стратификации риска и дифференцированного антенатального сопровождения [68, 149].

Следовательно, анализ представленных данных позволяет заключить, что у женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания, психоэмоциональные нарушения и акушерские осложнения формируются под влиянием комплекса взаимосвязанных стрессогенных, социальных и организационных факторов. К числу наиболее значимых детерминант относятся вынужденная миграция, ограниченный доступ к дородовому наблюдению, социальная изоляция, языковые и культурные барьеры. В данном контексте тревожно-депрессивные расстройства следует рассматривать как важный фактор, ассоциированный с повышением риска неблагоприятного течения беременности, гипертензивных осложнений, акушерского травматизма и послеродовой депрессии. Указанные положения обосновывают необходимость ранней идентификации психоэмоциональных нарушений и внедрения доступного, междисциплинарного и культурно адаптированного перинатального сопровождения данной категории женщин [100, 132, 152].

С учётом представленных данных следует отметить, что психоэмоциональная уязвимость женщин, пребывающих за пределами страны

постоянного проживания, формируется под влиянием комплекса травматических, социальных и организационных факторов, включая вынужденное переселение, финансовую нестабильность, межличностное насилие, социальную изоляцию и ограниченный доступ к медицинской помощи. В то же время социальная поддержка, доступность перинатального наблюдения, участие местных сообществ и внедрение культурно адаптированных моделей акушерской помощи рассматриваются как значимые ресурсы, способствующие снижению тревожно-депрессивных проявлений, повышению непрерывности медицинского сопровождения и улучшению материнских и перинатальных исходов. Следовательно, данные литературы обосновывают необходимость развития междисциплинарных, социально ориентированных и культурно чувствительных программ перинатальной помощи для женщин с миграционным и вынужденным миграционным опытом [45, 98, 115].

В контексте представленных данных следует подчеркнуть, что перинатальная депрессия у женщин, пребывающих за пределами страны постоянного проживания, рассматривается как многофакторное состояние, формирующееся под влиянием совокупности социально-экономических, культурных, клинических и организационных детерминант. Примечательно, что даже при наличии медицинского страхования сохраняется повышенная психоэмоциональная уязвимость данной категории женщин, проявляющаяся более выраженной депрессивной симптоматикой и большей частотой госпитализаций. В этой связи принципиальное значение имеют своевременное выявление перинатальных депрессивных расстройств, повышение клинической настороженности медицинских работников, а также внедрение комплексного, культурно адаптированного и социально ориентированного медико-психологического сопровождения [13, 28, 36].

Современные исследования, проведённые в период пандемии COVID-19, показывают высокий уровень психоэмоциональных нарушений среди беременных женщин, особенно в социально уязвимых группах и среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания. Согласно

систематическим обзорам и метаанализам, значительная доля беременных женщин испытывала депрессию (до 24,7%) и тревожность (до 35,2%), а также выраженные симптомы стресса. Наиболее значимыми предикторами психоэмоциональных расстройств являлись незапланированная беременность, низкий уровень социальной поддержки, неблагоприятный брачный статус и наличие насилия со стороны партнёра. Аналогичные выводы представлены в эмпирическом исследовании Piska et al. (2022), где более трети беременных женщин сообщили об умеренной или выраженной тревожности, связанной с пандемическим дистрессом и психической уязвимостью в анамнезе. Обобщённые данные подчёркивают критическую необходимость интеграции психологической оценки и адресной психосоциальной помощи в систему дородового наблюдения, особенно в периоды глобальных кризисов. Введение таких интервенций должно рассматриваться как приоритетная мера в охране психического и репродуктивного здоровья беременных женщин [42, 41, 21].

Популяционные исследования показывают, что этническое и миграционное происхождение беременных женщин ассоциировано с повышенным риском гестационного сахарного диабета и неблагоприятных перинатальных исходов. Выявленные различия сохраняются после учёта социально-демографических и клинических факторов, что указывает на комплексное влияние биологических и психосоциальных детерминант и подчёркивает необходимость дифференцированного подхода к ведению беременности у женщин из этнических меньшинств [112].

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

языка и низким уровнем социальной поддержки. Авторы подчёркивают необходимость интеграции социально чувствительных подходов в систему перинатального наблюдения женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, включая тех, кто имеет соматические осложнения беременности, такие как гестационный сахарный диабет [113].

Современные данные указывают на сложную взаимосвязь между гестационным сахарным диабетом (ГСД), особенностями пребывания женщин за пределами страны своего постоянного проживания и их психоэмоциональным состоянием в период беременности. Результаты исследований последних лет демонстрируют, что женщины, проживающие вне страны постоянного проживания, характеризуются как повышенной уязвимостью к развитию ГСД, так и более выраженными проявлениями тревожных и депрессивных состояний в гестационном периоде. В кросс-секционном исследовании Kotzaeridi et al. (2023), проведённом в рамках многоэтнической европейской когорты (*Frontiers in Public Health*), установлено, что наибольший риск развития ГСД наблюдается у женщин, происходящих из стран Ближнего Востока, Северной Африки и Азии. Такая ассоциация, по мнению авторов, обусловлена сочетанием повышенной частоты инсулинорезистентности и избыточной массы тела уже в ранние сроки гестации, что диктует необходимость проведения теста на толерантность к глюкозе [135].

Качественные исследования Hjelm и соавт. (2021, 2022), проведённые в Швеции (*BMC Pregnancy and Childbirth; Primary Health Care Research & Development*), расширяют понимание барьеров, с которыми сталкиваются женщины, находящиеся за пределами страны своего постоянного проживания, после постановки диагноза гестационного сахарного диабета. Было выявлено недостаточное осознание долгосрочных последствий заболевания и ограниченное понимание необходимости соблюдения терапевтических рекомендаций. Вместе с тем, при наличии культурно адаптированной образовательной и консультативной поддержки наблюдалась положительная

динамика в формировании ответственного отношения к контролю за заболеванием [65, 66].

Сходные выводы представлены в работе Vandyopadhyay (2021), выполненной в Австралии (BMC Pregnancy and Childbirth), где подчёркивается значимость учёта этнокультурных различий при предоставлении медицинской помощи. Женщины из Южной Азии сообщали о трудностях в интерпретации клинических рекомендаций, обусловленных как языковыми барьерами, так и расхождениями между предписаниями системы здравоохранения и традиционными практиками. В этой связи подчёркивается необходимость внедрения индивидуализированных моделей перинатального сопровождения, с участием культурных посредников и использованием материалов, адаптированных к конкретному социокультурному контексту [61].

Результаты исследования Grinberg и Yisaschar-Mekuzas (2024) также подтверждают наличие тесной связи между гестационным диабетом и ухудшением психического здоровья: женщины с диагнозом ГСД демонстрировали существенно более высокие уровни тревожности, депрессии и перинатального стресса, по сравнению с клинически здоровыми беременными. Эти данные свидетельствуют о необходимости внедрения специализированных психосоциальных интервенций в программы ведения беременных с нарушениями углеводного обмена [63].

Обобщение данных литературы свидетельствует, что женщины, проживающие вне страны постоянного проживания, относятся к группе повышенного акушерского и перинатального риска вследствие сочетанного влияния медицинских, психоэмоциональных, социокультурных и социально-экономических факторов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Исследование выполнено на базе московской клиники «Авиценна», являющейся многопрофильным медицинским учреждением, осуществляющим амбулаторно-поликлиническую, консультативно-диагностическую и лечебную помощь в условиях дневного стационара, а также ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ. Материалом исследования стали 100 беременных женщин с гражданством Таджикистана, находившихся за пределами страны проживания для осуществления трудовой деятельности на территории Российской Федерации. Предметом исследования было изучение клинико-социально-анамнестических характеристик, акушерских и перинатальных исходов, гормональной и гемодинамической функций плаценты, а также психоэмоционального состояния женщин, проживающих вне страны постоянного проживания.

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

Критерии включения обследованных групп женщин представлены в таблице 2.1.

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

Для всех групп дополнительным критерием исключения являлось наличие российского гражданства.

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

Таблица 2.1. - Критерии включения обследованных групп женщин

Критерий включения	Основная группа	Группа сравнения
Возраст	Репродуктивный	Репродуктивный
Беременность	С ранних Сроков	С ранних сроков
Гражданство	Таджикское	Таджикское
Статус	Трудовой мигрант	Трудовой мигрант
Психо-эмоциональная поддержка	Дородовое медико-психологическое сопровождение	Без дородового медико-психологического сопровождения

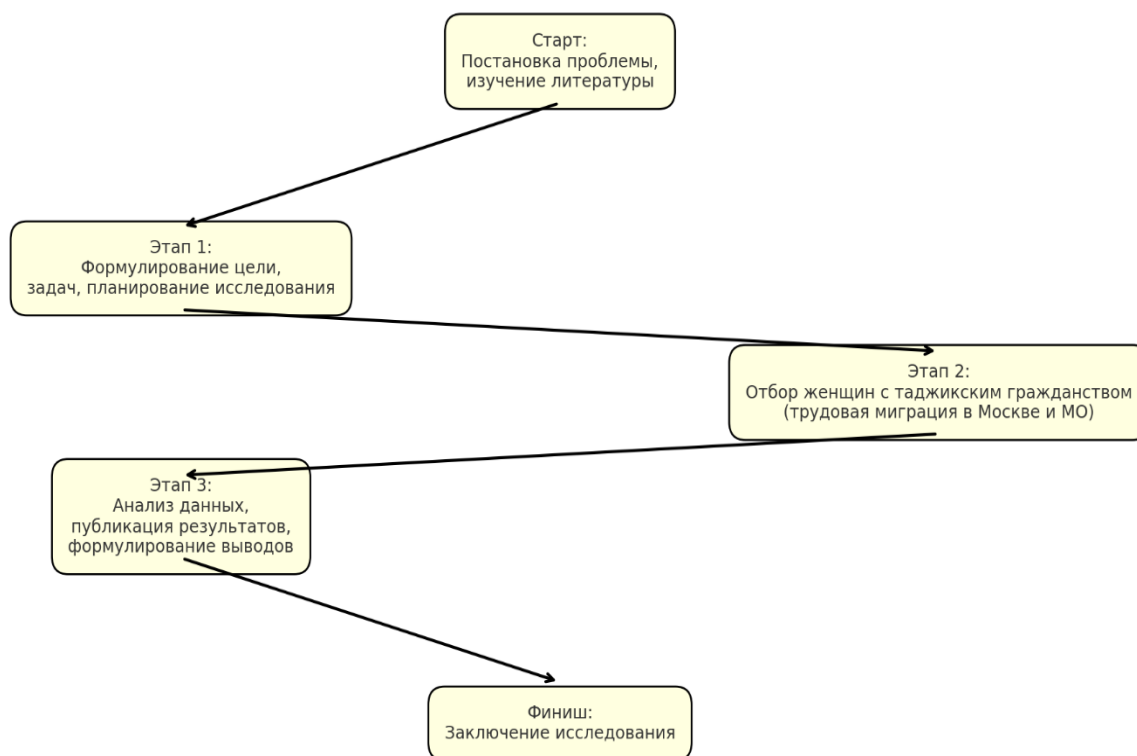


Рисунок 2.1. – Этапы проведения исследования диссертационной работы

Следующим этапом стал отбор участниц - женщин с гражданством Таджикистана, осуществлявших трудовую деятельность в Москве и Московской области. Завершающий этап включал анализ полученных данных, их

публикацию и формулирование основных выводов. Логика исследования представлена в виде «дорожной карты», что обеспечивает наглядное отображение этапов научной работы.

В настоящей работе одни и те же 100 обследованных женщин, находящихся вне страны постоянного проживания, из Республики Таджикистан рассматриваются в трёх различных аналитических «срезах»; 30 жительниц Таджикистана составляют единую группу сравнения для двух из них:

- Описательная когорта ($n=100$) - обследованные беременные женщины из Республики Таджикистан, находящиеся в Российской Федерации. Используется для характеристики исходного состояния здоровья, структуры экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений (главы 3.1–3.2, таблица 3.4). Сравнение выполняется с популяционными показателями.

- Углублённо обследованная подкогорта ($n=28$) - подмножество описательной когорты (100), отобранное по критерию наличия полного комплекса гормонального обследования (прогестерон, ПЛГ, эстриол, кортизол) и доплерометрии, выполненных в одни и те же сроки беременности. Сопоставляется с группой сравнения ($n=30$) — жительницами Таджикистана соответствующего репродуктивного возраста (главы 3.3–3.4, таблицы 3.7–3.13).

- Исходная когорта для сравнения исходов ($n=100$ vs $n=30$) — описательная когорта беременных женщин из Республики Таджикистан, пребывающих на территории Российской Федерации, сопоставленная с группой сравнения по частоте акушерских и перинатальных исходов (глава 3.5, таблицы 3.15–3.17).

- Группы интервенционного сравнения ($n=32$ vs $n=68$) — две подкогорты беременных женщин из Республики Таджикистан, пребывающих на территории Российской Федерации, разделённые по факту получения психосоциальной поддержки в рамках сопровождения беременности (глава 4, таблицы 4.1–4.5).

Все четыре среза сформированы в рамках единой исходной когорты беременных женщин из Республики Таджикистан, пребывающих на территории Российской Федерации ($n=100$). Перекрытие аналитических подкогорт является

следствием избранного дизайна наблюдательного исследования и разъяснено в разделе «Ограничения исследования» главы 5.

2.2. Методы исследования

2.2.1. Общеклиническое обследование женщин

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

Расчёт индекса массы тела (ИМТ) осуществлялся по формуле Кетле (1869 г.), согласно которой индекс определяется как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$$

Интерпретация значений ИМТ проводилась в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): нормальным считался индекс в диапазоне от 18,5 до 24,9 кг/м²; показатели от 25,0 до 29,9 кг/м² соответствовали избыточной массе тела; ИМТ от 30,0 до 34,9 кг/м² расценивался как ожирение I степени, от 35,0 до 39,9 кг/м² - как ожирение II степени, а значения 40,0 кг/м² и выше - как ожирение III степени.

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

2.2.2. Акушерское исследование

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

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

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

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

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

Диагностика угрозы преждевременных родов в рамках настоящего исследования осуществлялась в соответствии с утверждёнными Клиническими рекомендациями «Преждевременные роды» (2024), разработанными Российским обществом акушеров-гинекологов и одобренными Научно-практическим Советом Минздрава России. При диагностическом обследовании оценивались анамнестические факторы риска, включая наличие преждевременных родов или поздних выкидышей в анамнезе, многоплодную беременность, инфекционные заболевания мочеполовой системы и хирургические вмешательства на шейке матки. Физикальное обследование включало осмотр шейки матки в стерильных зеркалах для выявления признаков воспалительных изменений, подтекания околоплодных вод и оценки состояния цервикального канала. Дополнительно проводилась ультразвуковая цервикометрия с измерением длины шейки матки; при длине шейки менее 25 мм риск преждевременных родов расценивался как высокий. Клиническими критериями угрозы преждевременных родов служили наличие регулярных схваткообразных болей внизу живота в сочетании с изменениями шейки матки, выявляемыми при осмотре и ультразвуковом исследовании, при отсутствии признаков активной родовой деятельности. В случаях начавшихся преждевременных родов диагностировались регулярные маточные сокращения на фоне прогрессирующего раскрытия шейки матки, начиная с открытия более 4 см. Все диагностические мероприятия в соответствии с Клиническими рекомендациями «Преждевременные роды» (2024), согласно которым преждевременные роды классифицируются в зависимости от срока гестации на несколько категорий. Экстремально ранними преждевременными родами считаются роды, произошедшие на сроке от 22 недель + 7 дней до 27 недель + 7 дней беременности. Данный период характеризуется высокой перинатальной смертностью и значительной частотой тяжёлых осложнений у новорождённых. Очень ранние преждевременные роды регистрируются на сроке от 28 недель + 7 дней до 31 недели + 7 дней и сопряжены с риском тяжёлой респираторной недостаточности, а также необходимостью длительной госпитализации новорождённых в отделениях интенсивной терапии.

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

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

(ГАГ), преэклампсии, эклампсии, а также преэклампсии, наложившейся на ранее существовавшую ХАГ. Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) диагностировалась при впервые выявленном повышении АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. после 20 недель беременности при отсутствии значимой протеинурии ($< 0,3$ г/л). Преэклампсия (ПЭ) определялась при повышении АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. после 20 недель гестации в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/сутки либо наличием признаков полиорганной недостаточности. Диагностика тяжёлой ПЭ основывалась на критериях: АД $\geq 160/110$ мм рт. ст., выраженная протеинурия (> 5 г/сутки), развитие церебральных или зрительных нарушений, нарушение функций печени или почек, тромбоцитопения ($< 100\ 000$ /мкл) или задержка роста плода. Лабораторная диагностика включала анализы мочи на содержание белка (суточная протеинурия и альбумин/креатинин-индекс), биохимический анализ крови (определение уровня креатинина, мочевой кислоты, АЛТ, АСТ, билирубина), исследование коагулограммы, оценку уровня тромбоцитов и общего гемоглобина. Дополнительно использовалась классификация ПЭ на раннюю (дебют до 34 недель) и позднюю (дебют после 34 недель) формы в зависимости от срока возникновения клинических проявлений. Все диагностические мероприятия проводились в строгом соответствии с утверждёнными стандартами клинической практики, с обязательным учётом динамики состояния матери и плода [8].

2.2.3. Общеклинические лабораторные исследования

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

Общий анализ крови выполнялся с использованием автоматического гемоанализатора «Mindray I BC-5150». Определялись ключевые показатели: уровень гемоглобина, количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Для измерения концентрации гемоглобина применялся гемоглобинцианидный метод с использованием аппарата «Мини Гем». Результаты анализа позволяли

выявлять анемические состояния, воспалительные процессы, септические изменения, а также нарушения системы гемостаза, включая предрасположенность к тромбообразованию.

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

Биохимическое исследование крови включало определение концентраций креатинина и мочевины, что позволяло осуществить объективную оценку функции выделения почек. Креатинин, являющийся метаболитом креатина, измеряли в свежеприготовленной сыворотке крови с применением фотометрического метода. Нормальные значения концентрации креатинина в сыворотке крови женщин составляют 42–80 мкмоль/л. Мочевину, как конечный продукт обмена белков, определяли количественно с использованием фотометрического метода, с нормальными уровнями в пределах от 2,6 до 6,7 ммоль/л. Концентрацию общего билирубина в сыворотке крови определяли с использованием метода Ендрассика–Грофа. Для анализа образцы венозной крови сохранялись в условиях, исключающих воздействие света, что предотвращало возможное изменение результатов. После подготовки сыворотки и доведения реагентов до рабочей температуры строился калибровочный график, на основе которого фотоколориметрическим методом определялась концентрация билирубина. Нормальные значения общего билирубина у женщин без патологий варьируются от 0,5 до 20,5 мкмоль/л. Активность печёночных ферментов, таких как аланинаминотрансфераза (АлАТ) и аспартатаминотрансфераза (АсАТ), определялась с использованием фотоколориметрического метода, который является стандартом для точной количественной оценки этих биохимических маркеров. АлАТ, как высокоспецифичный маркёр паренхиматозных поражений печени, особенно

повреждений гепатоцитов, в норме не превышал 31 Ед/л у женщин. В свою очередь, АсАТ, являясь внутриклеточным ферментом, участвующим в обмене аминокислот и локализующимся в различных тканях организма, демонстрирует нормальное значение до 32 Ед/л. Значительное повышение активности данных ферментов обычно интерпретируется как возможное свидетельство развития патологических процессов не только в печени, но и в других органах. Оценка состояния системы гемостаза была осуществлена путём определения уровней фибрина и фибриногена. Эти параметры имеют решающее значение для своевременного выявления как гиперкоагуляционных состояний, так и рисков развития кровотечений. Оценка этих показателей позволяет адекватно мониторировать состояние пациента, особенно в контексте беременности, что крайне важно для оптимального планирования акушерской тактики и предотвращения осложнений, связанных с нарушениями коагуляции и гемостаза.

2.2.4. Иммуноферментный метод определения уровня гормонов в сыворотке крови

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

В лабораторном этапе определялись сывороточные уровни плацентарного лактогена (ПЛГ), прогестерона, эстриола и кортизола - ключевых биомаркёров, отражающих эндокринную активность плаценты, состоятельность лютеиновой фазы и степень активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Забор венозной крови осуществлялся натощак, в утренние часы (с 8:00 до 10:00), что позволяло минимизировать влияние суточных колебаний гормонального ритма. У каждой пациентки брали 5 мл венозной крови из кубитальной вены верхней конечности в вакуумную пробирку без антикоагулянтов. Образцы незамедлительно центрифугировались при 3000 об/мин в течение 10 минут для отделения сыворотки. Полученную сыворотку

распределяли по микропробиркам и замораживали при температуре $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ до момента анализа, что обеспечивало сохранность её аналитических свойств.

Количественное определение концентрации ПЛГ, прогестерона, эстриола и кортизола проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА), который является одним из наиболее чувствительных и воспроизводимых методов лабораторной диагностики в клинической эндокринологии. Принцип ИФА основан на специфическом взаимодействии антигена (анализируемого гормона) с комплементарным антителом, меченным ферментом. Результатом реакции является образование иммунного комплекса «антиген–антитело–фермент», количество которого пропорционально оптической плотности раствора, измеряемой фотометрическим методом при заданной длине волны. В зависимости от специфики набора, использовались прямые и конкурентные варианты иммуноферментного теста, что позволяло добиться высокой точности при определении как высокомолекулярных, так и низкомолекулярных соединений. Для всех анализов применялись стандартизированные коммерческие тест-системы, прошедшие государственную регистрацию и валидацию в рамках системы внутреннего и внешнего лабораторного контроля качества. Методики и процедуры выполнения анализов соответствовали рекомендациям производителя и протоколам, утверждённым нормативными документами, регулирующими проведение биохимических исследований в клинической практике. Валидация включала оценку чувствительности, специфичности, вариабельности и погрешности анализа, что обеспечивало надёжность и воспроизводимость получаемых данных. Полученные гормональные показатели были подвергнуты статистической обработке с целью определения межгрупповых различий, а также изучения ассоциативных взаимосвязей с клинико-anamнестическими характеристиками, данными ультразвуковой и доплерометрической диагностики. Особое внимание уделялось оценке уровня ПЛГ как интегрального маркера плацентарной функции, прогестерона - как регулятора миометрия и трофобластической инвазии, эстриола - как индикатора фетоплацентарного метаболизма, и

кортизола - как гормона стресса и индикатора активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. В гестационном периоде 33–34 недели референтное значение уровня прогестерона составляет $112,45 \pm 6,68$ нмоль/л. Концентрация плацентарного лактогена в сроках беременности 31–34 недели колеблется в пределах 3,2–10,1 мг/л. Уровень эстриола в период с 32-й по 36-ю недели беременности находится в физиологических границах - от 8,0 до 42,0 нмоль/л. Содержание кортизола в крови беременных женщин в интервале между 30-й и 34-й неделями составляет от 5,1 до 25,3 нг/мл.

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

2.2.5. Инструментальные методы исследования

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

Ультразвуковое исследование проводилось для комплексной оценки состояния плода и течения беременности, являясь одним из ключевых методов в акушерской практике. Для количественного анализа объёма околоплодных вод измерялись размеры боковых и переднезаднего амниотических карманов, на основании чего рассчитывался индекс околоплодных вод (ИОВ). Данный показатель является важным критерием для оценки состояния амниотической среды: значения ИОВ менее 5 см соответствовали маловодию, а показатели более 24 см указывали на многоводие. Дополнительно оценивался максимальный вертикальный карман: при его величине менее 2 см

диагностировалось маловодие, а при значении более 8 см - многоводие. Эти параметры использовались для раннего выявления отклонений и позволяли своевременно определять тактику дальнейшего ведения беременности.

В рамках настоящего исследования для всесторонней и объективной оценки состояния кровотока в системе «мать–плацента–плод» использовалась методика доплерометрии, представляющая собой одну из наиболее эффективных и высокоточных методик, применяемых в акушерской практике для оценки сосудистой гемодинамики. Эта методика позволила выполнить замеры таких ключевых параметров, как максимальная систолическая скорость кровотока (V_{max}) и конечная диастолическая скорость кровотока (V_d) в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода. На основе этих данных были рассчитаны несколько важнейших показателей сосудистой гемодинамики, каждый из которых предоставляет ценную информацию о функциональном состоянии сосудистого русла. Систолю-диастолическое отношение (S/D-отношение) рассчитывалось как отношение максимальной систолической скорости кровотока к конечной диастолической скорости, что является показателем эффективности кровотока в артериях матки, а также отражает сопротивление в маточных сосудах. Пульсационный индекс (PI) определялся как отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью кровотока к их среднему значению, что позволяет оценить колебания давления и поток крови в сосудистом русле. Индекс резистентности (RI), в свою очередь, рассчитывался как отношение разницы между систолической и диастолической скоростями к максимальной систолической скорости, что предоставляет информацию о сопротивлении сосудов и их способности адаптироваться к изменениям сосудистого тонуса.

Для обеспечения высокой точности данных и надёжности получаемых результатов замеры в маточных артериях проводились на уровне их нижних латеральных отделов, что соответствует оптимальной точке измерения для оценки перфузии миометрия. Замеры в артерии пуповины выполнялись в её нижней трети, что является стандартным подходом для количественной оценки

перфузии плода. Замеры в аорте плода проводились в участке между диафрагмой и исходящей частью аорты, что обеспечивает точность измерений, поскольку этот участок аорты служит индикатором кровотока, поступающего от сердца и влияющего на гемодинамическое состояние плода. Таким образом, использование данных измерений и расчётных показателей позволяет не только получить объективную информацию о состоянии кровотока в системе «мать–плацента–плод», но и повысить точность прогноза возможных акушерских осложнений, что играет ключевую роль в принятии решений о тактике ведения беременности и родов. Для интерпретации результатов доплерометрии в рамках данного исследования применялась устоявшаяся классификация нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока, которая позволяет детально оценить различные степени патологических изменений в системе «мать–плацента–плод». I степень нарушений, в свою очередь, была подразделена на две подкатегории. Подкатегория IA включала случаи, когда в маточных артериях наблюдались нарушения кривых скоростей кровотока (КСК), однако показатели КСК в артерии пуповины оставались в пределах нормы. Такая картина указывает на локализованное нарушение кровообращения в маточных артериях, что может свидетельствовать о частичной недостаточности перфузии плаценты. Подкатегория IB охватывала ситуации, при которых выявлены изменения в КСК артерии пуповины, в то время как показатели в маточных артериях сохранялись нормальными. Это свидетельствует о нарушении кровоснабжения плода при относительно сохранном маточном кровотоке. II степень нарушений характеризуется более серьёзными изменениями в кровообращении, проявляющимися одновременным нарушением кровотока в маточных артериях и в артерии пуповины, при сохранном конечном диастолическом кровотоке. Это указывает на значительные проблемы плацентарной и маточной циркуляции, но с потенциальной возможностью компенсации нарушений. III степень представляет наиболее критичную форму патологии, при которой наблюдались нулевой или реверсивный диастолический кровотоки в артерии пуповины, что является явным индикатором нарушений

плацентарного кровообращения и серьёзной угрозы для жизнеспособности плода, несмотря на возможное сохранение маточного кровотока.

Таблица 2.2. – Нормы параметров фетометрии по срокам беременности

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

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

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

2.2.6. Оценка объёма кровопотери при родоразрешении

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

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

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

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

2.2.7. Оценка психоэмоционального состояния пациенток

Для оценки психоэмоционального состояния пациенток в рамках настоящего исследования были использованы две стандартизированные психологические методики, что обеспечило высокую объективность и надёжность данных о выраженности тревожных и депрессивных проявлений. Применялись тест Спилбергера–Ханина для измерения уровня тревожности и шкала депрессии Бека для выявления депрессивных симптомов. Использование данных инструментов позволило провести количественную характеристику психоэмоциональных расстройств и осуществить всесторонний анализ состояния психического здоровья участниц.

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

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

Параллельно с использованием теста Спилбергера–Ханина для диагностики тревожности в исследование была включена шкала депрессии Бека, являющаяся валидированным и широко применяемым инструментом для количественной оценки выраженности депрессивных симптомов. Данная методика зарекомендовала себя как надёжное средство диагностики и

мониторинга депрессивных расстройств в психиатрической и психологической практике. Её применение в рамках исследования позволило систематически и достоверно определить степень выраженности депрессии у беременных женщин, что имеет важное значение для комплексной оценки их психоэмоционального состояния.

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

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

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

$$РТ=Z-G+35,$$

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

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

$$ЛТ=Z-G+35ЛТ,$$

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

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

Интерпретация результатов

до 30 – низкая тревожность,

31–45 – умеренная тревожность,

46 и более – высокая тревожность.

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

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

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

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

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

Женщины с выявленными психоэмоциональными нарушениями обучались специальным методикам, таким как «гимнастика мозга» (ежедневная ходьба в течение 1 часа), дыхательная гимнастика и упражнения мышечной

релаксации. Кроме того, такие пациентки направлялись к перинатальному психологу, который оказывал специализированную помощь и проводил консультации, направленные на коррекцию внутриличностных проблем.

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

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

Таблица 2.3. – Объем проведённых исследований

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

В исследуемой когорте объем гормонального (58 из 100: 28 беременных женщин, пребывающих на территории Российской Федерации+ 30 жительниц Таджикистана) и доплерометрического (50 из 100) обследований меньше общей численности описательной когорты, поскольку эти исследования выполнялись только у женщин, у которых был возможен стандартизированный забор материала в одни и те же сроки гестации; данный факт послужил основанием для дальнейшего выделения углублённо обследованной подкогорты (n=28). Остальным 72 женщинам из 100 гормональное обследование в полном объёме не проводилось.

2.2.8. Статистические методы обработки результатов

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакетов MS Excel и R (пакеты stats, exact2x2, pwr, multcomp). Количественные показатели при нормальном распределении представлены как $M \pm SE$; при ненормальном распределении — как $Me [Q1; Q3]$. Качественные показатели приведены как абсолютная частота и доля (%). Для ключевых бинарных исходов дополнительно приведены относительный риск (ОР) и отношение шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами.

Нормальность распределения количественных переменных оценивалась критерием Шапиро–Уилка; однородность дисперсий - критерием Левена. Для сравнения двух независимых групп по количественным показателям при подтверждённой нормальности применялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок; при нарушении условий нормальности - непараметрический U-критерий Манна–Уитни с приведением U-статистики, z и точного p-значения.

Для анализа парных зависимых данных («до/после» психоэмоциональной поддержки, глава 4) использовался критерий Вилкоксона для связанных выборок; для дихотомических парных исходов - точный критерий МакНемара. Изменение показателя (Δ) приводилось с 95% доверительным интервалом. Для сравнения порядковых переменных (в частности, шкалы Апгар) использовался U-критерий Манна–Уитни.

Для сравнения качественных признаков применялся критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса; при ожидаемых частотах в ячейках менее 5 и во всех ключевых бинарных сравнениях параллельно приводился точный двусторонний критерий Фишера, которому при расхождении результатов отдавалось предпочтение.

Корреляционный анализ количественных переменных выполнялся коэффициентом ранговой корреляции Спирмена (ρ) на уровне индивидуальных наблюдений с приведением точного p -значения и 95% доверительного интервала.

Объём выборки определялся исходной численностью доступного контингента и не рассчитывался априорно. В целях корректной интерпретации результатов, не достигших статистической значимости, для ключевых бинарных исходов (частоты преждевременных родов, перинатальных потерь, преэклампсии, хориоамнионита, нарушений маточно-плацентарного кровотока) выполнен ретроспективный (post-hoc) расчёт достигнутой мощности при $\alpha=0,05$ на основе точного критерия Фишера.

В блоках таблиц, содержащих одновременно несколько тестов гипотез, применялась поправка Бенджамини–Хохберга с контролем доли ложноположительных результатов $FDR \leq 0,05$. Статистически значимыми считались результаты с $p < 0,05$.

Все этапы исследования, включая планирование, сбор данных и статистическую обработку, проводились в строгом соответствии с современными принципами доказательной медицины. Выбор и применение методов анализа соответствовали требованиям достоверности и воспроизводимости научных данных. При оценке корреляционных связей учитывалась не только их статистическая значимость, но и клиническая интерпретируемость, что позволило сформулировать выводы, имеющие практическое значение для применения в акушерской и перинатальной практике. Строгая методология статистического анализа обеспечила достоверность, репрезентативность и практическую значимость полученных результатов.

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН, ПРЕБЫВАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТРАНЫ ПРОЖИВАНИЯ

3.1. Клиническо-социально-анамнестическая характеристика обследованных женщин

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

Распределение обследованных женщин в группах представлено на рисунке

3.1.

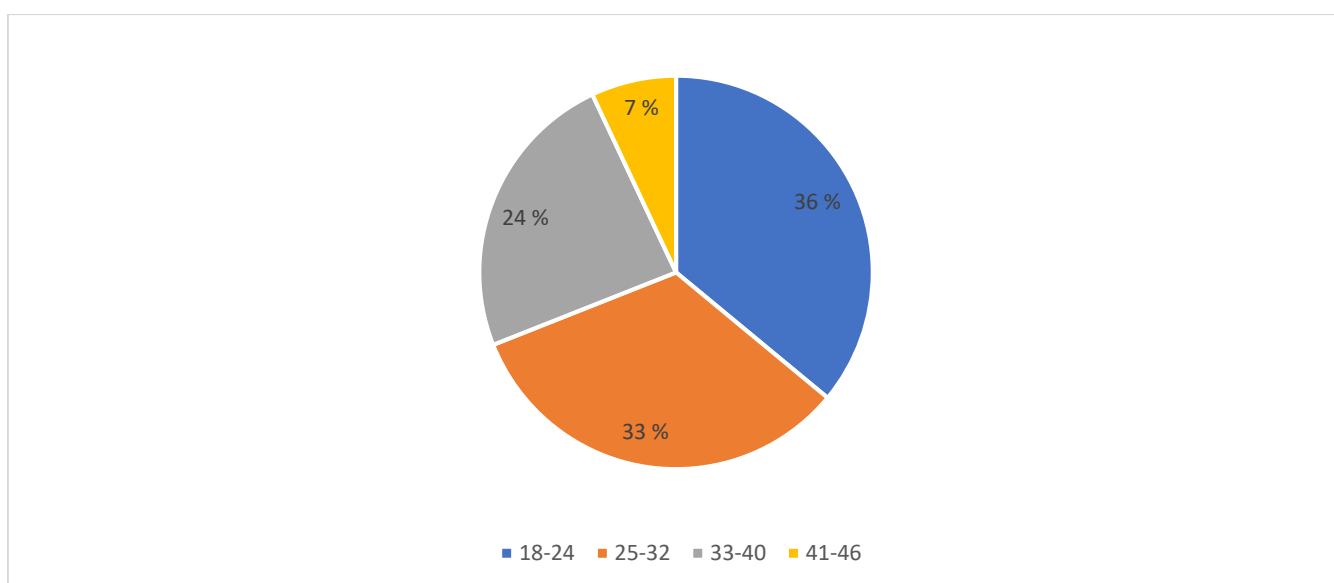


Рисунок 3.1. – Распределение обследованных женщин по возрасту

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

Таким образом, с учётом того, что женщины выезжают из страны происхождения для трудовой занятости преимущественно в наиболее

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

Социальные характеристики обследованных женщин представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1. – Социальные характеристики обследованных женщин

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

Представленные в таблице данные указывают на низкий уровень образования среди женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания: высшее образование имели лишь 5 % обследованных. Большинство беременных участниц (75%) осуществляли трудовую деятельность в принимающей стране, тогда как число женщин, прибывших в Россию с целью воссоединения с супругами, проживающими вне страны постоянного проживания, оказалось в три раза меньше. В официальном браке состояли 96% женщин, тогда как 4% находились в незарегистрированном браке.

Наиболее распространённой экстрагенитальной патологией среди обследованных женщин являлась анемия, выявленная у каждой второй пациентки. Схожая частота отмечалась для йоддефицитных состояний - они регистрировались у каждой второй–третьей женщины. Заболевания почек встречались у 39% обследованных. Частые эпизоды ОРВИ (40%), вероятно, обусловлены снижением уровня иммунной защиты (рисунок 3.2).

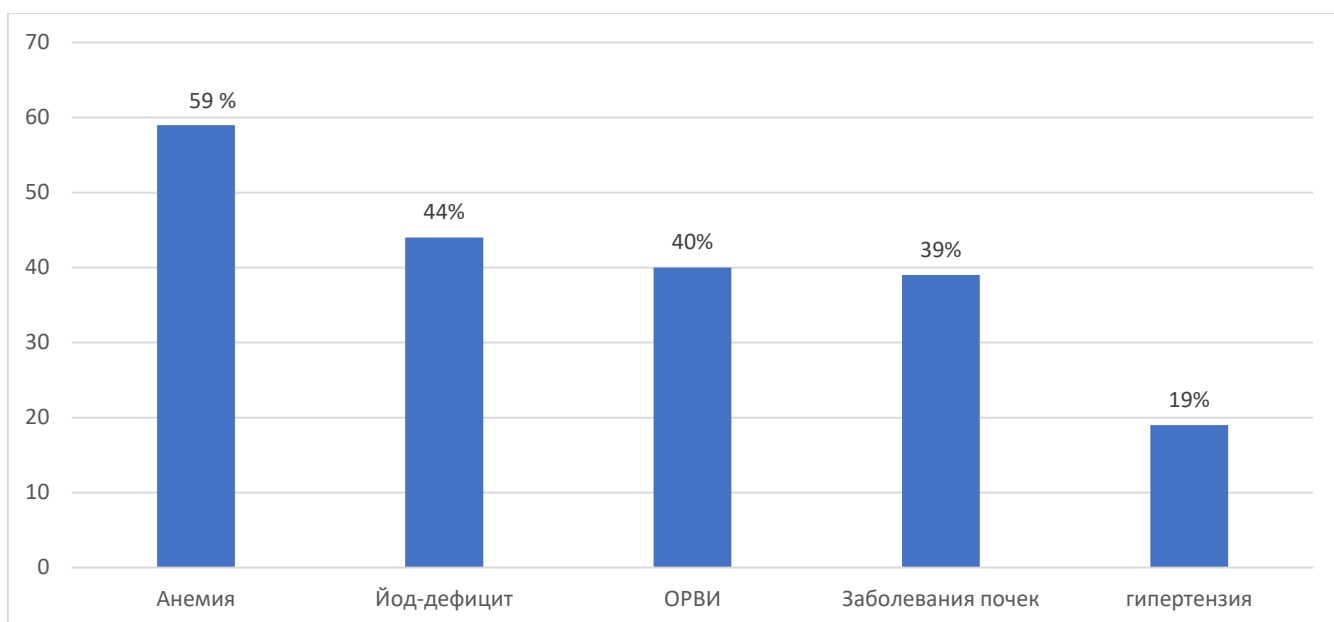


Рисунок 3.2. – Частота экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания

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

Таблица 3.2. – Частота ЭГЗ у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в зависимости от возраста

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

Примечание: хи-квадрат с поправкой Йейтса

Установлена прямая корреляционная связь средней силы между частотой анемии и заболеваниями почек, а также прямая корреляция слабой силы между йоддефицитными состояниями и возрастом женщин, пребывающих за пределами страны проживания.

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

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

Таблица 3.3. - Результаты корреляционного анализа связи частоты экстрагенитальных заболеваний с возрастом беременных женщин

ЭГЗ	ρ	Сила связи
Анемия	0,672	Умеренная
ЙДЗ	0,808	Высокая
Заболевания почек	0,715	Высокая
Частые ОРВИ	0,696	Умеренная
Гипертоническая болезнь	0,835	Высокая

Примечание: коэффициент ранговой корреляции Спирмена, $p < 0,05$

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

В репродуктивном анамнезе основной группы 8% женщин (8 участниц) сообщили о случаях самопроизвольных абортов, а 15% (15 участниц) - о неразвивающихся беременностях. Полученные данные отражают выраженные

различия в репродуктивной истории обследованных женщин и подчёркивают необходимость дальнейших исследований, направленных на изучение влияния перенесённого лечения и особенностей родовой активности на репродуктивное здоровье.

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

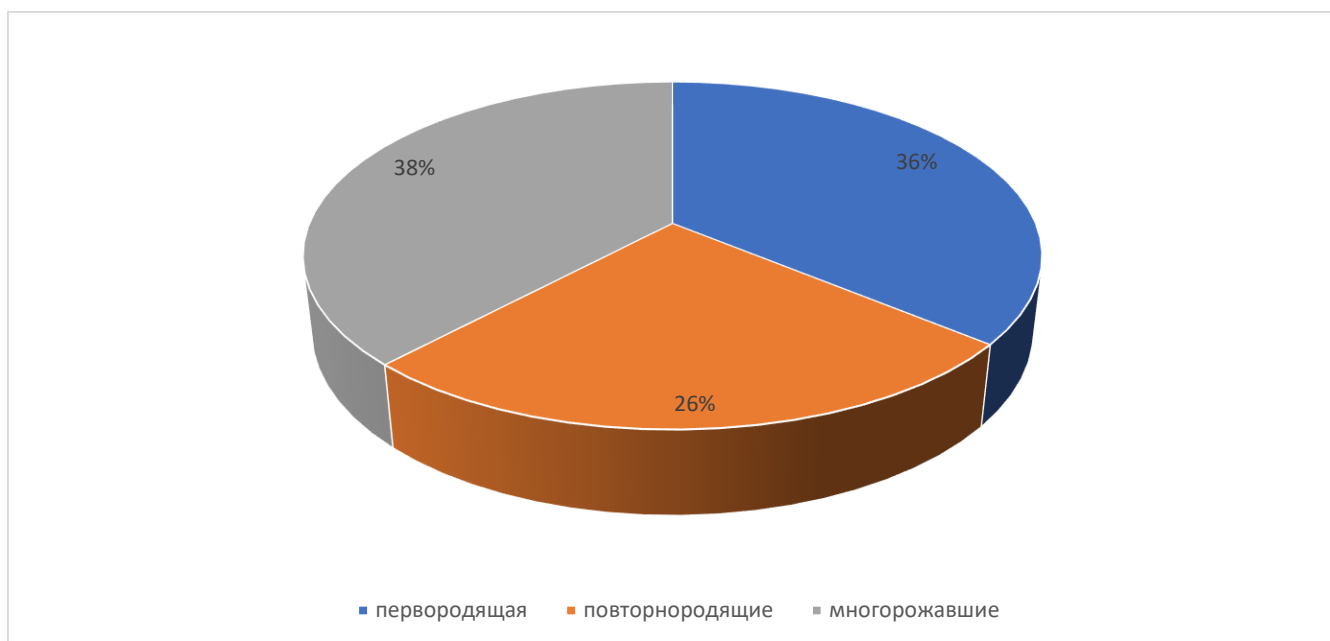


Рисунок 3.3. – Распределение по паритету обследованных женщин

Распределение обследованных женщин по индексу массы тела (ИМТ) показало следующие результаты: у 13 участниц (13%) выявлена недостаточная масса тела. У большинства женщин - 72 (72%) - масса тела соответствовала нормальным значениям.

Избыточная масса тела зафиксирована у 11 женщин (11%), что рассматривается как фактор риска развития заболеваний, связанных с

ожирением. Кроме того, у трёх участниц диагностировано ожирение I степени, а у одной женщины - ожирение II степени.

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

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

Полученные данные подчёркивают важность применения ультразвуковой диагностики для выявления морфологических изменений щитовидной железы у женщин с йоддефицитом, особенно у женщин, относящихся к группе, проживающей вне страны происхождения и занятых трудовой деятельностью.

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

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

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

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

Таблица 3.4. - Частота осложнений беременности у обследованных женщин

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

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

Результаты исследования показали, что частота осложнений беременности у женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, превышает аналогичные показатели в общей популяции беременных. Данные различия указывают на существенные особенности состояния здоровья у данной

группы и обосновывают необходимость детального анализа факторов риска, а также разработки соответствующих профилактических и терапевтических мероприятий.

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

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

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

Данные лабораторного обследования беременных женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания, представлены в таблице 3.5. У пациенток основной группы показатели свёртывающей системы находились в пределах нормы: уровень фибриногена составил $3,05 \pm 0,05$ г/л (при физиологической норме 2–4 г/л для беременных III триместра), что согласуется с данными таблицы 3.5 (по подкогорте углублённо обследованных $n=28$; $3,22 \pm 0,05$ г/л). Показатели функции печени также соответствовали средним значениям: общий билирубин - $11,02 \pm 0,4$ мкмоль/л, непрямой билирубин -

9,03±0,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 1,99±0,1 мкмоль/л, АлАТ - 19,19±0,99 Ед/л, АсАТ - 21,23±0,62 Ед/л.

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

Таблица 3.5. – Результаты лабораторных исследований обследованных женщин

Показатель	Основная группа (n=100)
Гемоглобин крови (г/дл)	12,23±0,13
Лейкоциты (10 ⁹ кл/л)	7,84±0,21
СОЭ (мм/час)	14±0,9
Фибриноген (г/л)	3,05±0,05
Д-димер (нг/мл)	490±7,5
Билирубин общий (мкмоль/л)	11,02±0,4
Билирубин свободный (мкмоль/л)	9,03±0,3
Билирубин связанный (мкмоль/л)	1,99±0,1
Общий белок (г/л)	74,01±0,4
АлАТ (ЕД/л)	19,19±0,99
АсАТ (ЕД/л)	21,23±0,62
Мочевина (ммоль/л)	4,23±0,1
Креатинин (мкмоль/л)	62,27±0,68

Интеграция усилий медицинских учреждений, социальных служб и профильных государственных органов имеет потенциал для значительного улучшения показателей здоровья и качества жизни женщин, проживающих вне страны постоянного проживания. Реализация подобного межсекторального подхода может обеспечить снижение частоты акушерских осложнений и соматической заболеваемости в данной уязвимой популяции.

3.2. Результаты оценки психо-эмоционального статуса обследованных женщин

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

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

В рамках настоящего исследования была проведена оценка частоты личностной и реактивной тревожности, а также различных уровней депрессии среди данной группы беременных женщин. Также выполнен анализ психоэмоционального состояния беременных женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания. Основное внимание уделялось количественной оценке уровней тревожности и депрессивных состояний.

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

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

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



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

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

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

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

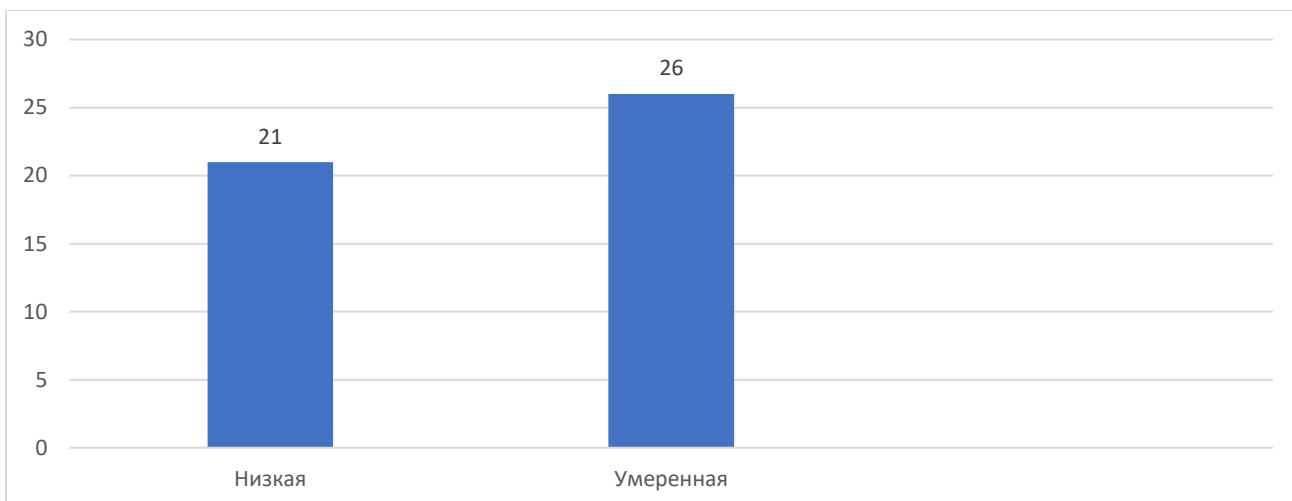


Рисунок 3.5. – Распределение женщин с реактивной тревожностью среди обследованных женщин с высокой личностной тревожностью

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

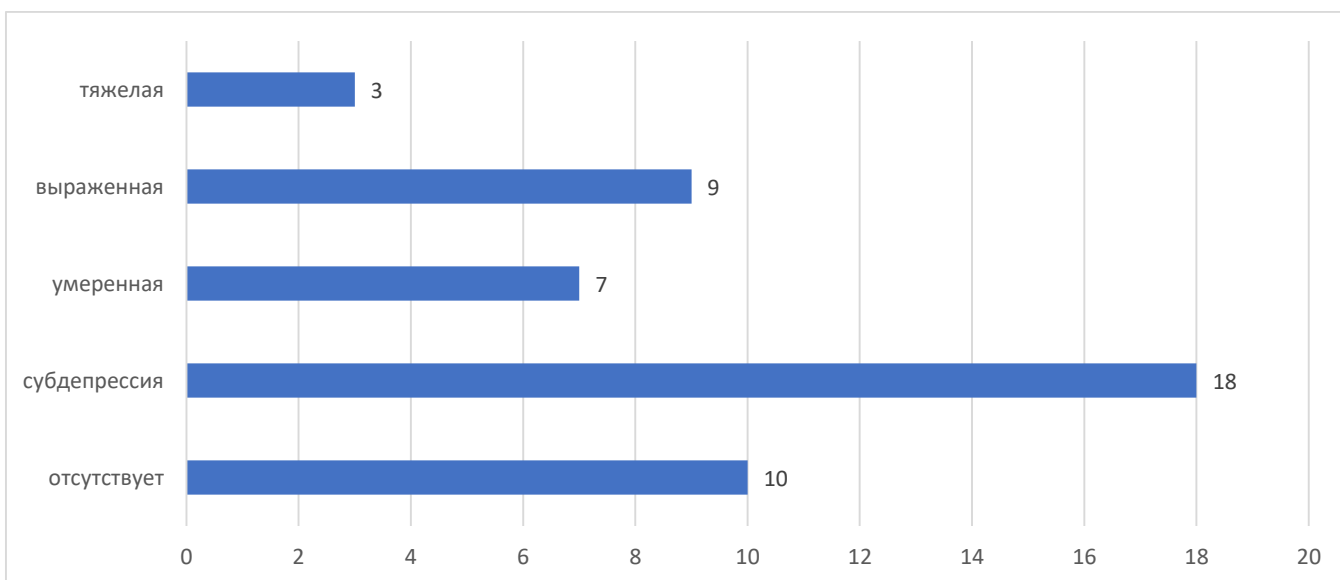


Рисунок 3.6. – Депрессия среди женщин с высоким уровнем личной тревожности

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи тревожных и депрессивных расстройств при высокой личностной тревожности у беременных женщин, находящихся за пределами страны своего

постоянного проживания, что подчёркивает необходимость дальнейшего изучения механизмов их психоэмоциональной адаптации.

В рамках анализа психоэмоционального благополучия женщин, находящихся за пределами страны своего постоянного проживания и имеющих умеренную или среднюю степень реактивной тревожности, были проведены глубинные структурированные интервью, направленные на выявление ключевых факторов, способствующих развитию тревожных состояний. Детальное изучение ответов участниц позволило лучше понять влияние социальных, экономических и психологических условий на их психоэмоциональное состояние.

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

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

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

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

Неопределённость будущего и опасения по поводу возможных неблагоприятных изменений тревожили 60% женщин. При этом 57% сообщили о дискриминации и стигматизации, что указывает на значительное влияние социокультурного контекста на их психологическое состояние.

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

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

Результаты анализа интервью свидетельствуют о многофакторной природе формирования реактивной тревожности у беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания, что обосновывает необходимость комплексных мер поддержки. Устранение факторов риска, организация психологической помощи и обеспечение качественного антенатального наблюдения рассматриваются как ключевые условия стабилизации психоэмоционального состояния данной группы.

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

Фактор	Частота наблюдения, %
Экономическая нестабильность	90
Разделение с семьёй	79
Трудовые условия	67
Социальная изоляция и одиночество	65
Нестабильность и неопределённость	60
Дискриминация и стигматизация	57
Страх перед депортацией и правовая неопределённость	55
Культурный и языковой барьеры	49

Полученные данные указывают на необходимость систематической оценки психоэмоционального состояния беременных женщин, проживающих вне страны постоянного проживания, как важного элемента перинатального наблюдения. При выявлении патологических изменений требуется применение

психологической помощи, направленной на укрепление уверенности в благоприятном исходе беременности.

3.3. Результаты доплерографического исследования беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания

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

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

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

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

В рамках исследования была проведена оценка доступности доплерографического обследования среди 100 беременных женщин, осуществляющих трудовую деятельность вне страны постоянного проживания. Лишь 50% из них (50 женщин) прошли доплерографию в третьем триместре беременности. Ограниченный доступ к данному методу диагностики объясняется недостаточностью медицинских ресурсов, несмотря на то, что

потребность в исследовании охватывает значительно большее число беременных.

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

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

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

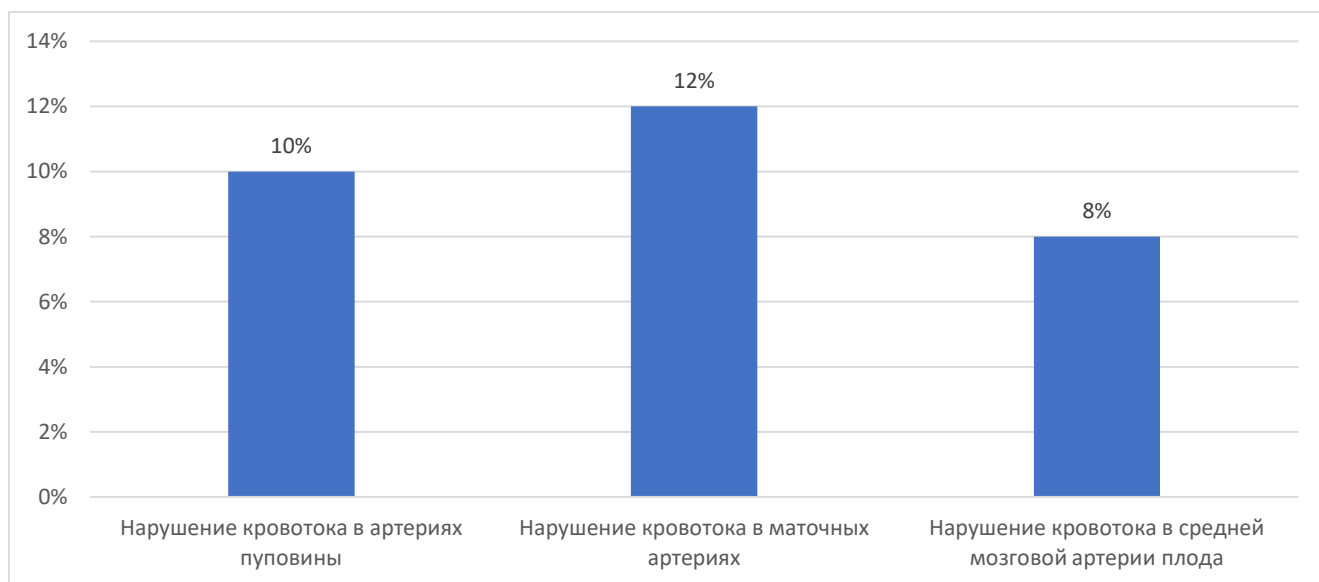


Рисунок 3.7. - Частота нарушений кровотока в различных звеньях системы «мать-плацента-плод» у обследованных беременных женщин

Среди обследованных беременных женщин с нарушениями гемодинамической функции плаценты (15 женщин) не отмечено случаев сочетанных нарушений кровотока. Зафиксированы лишь изолированные

изменения: в артериях пуповины - у 5 женщин (10% от общего числа обследованных), в маточных артериях - у 6 женщин (12% от общего числа обследованных), в средней мозговой артерии (СМА) плода - у 4 женщин (8% от общего числа обследованных).

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

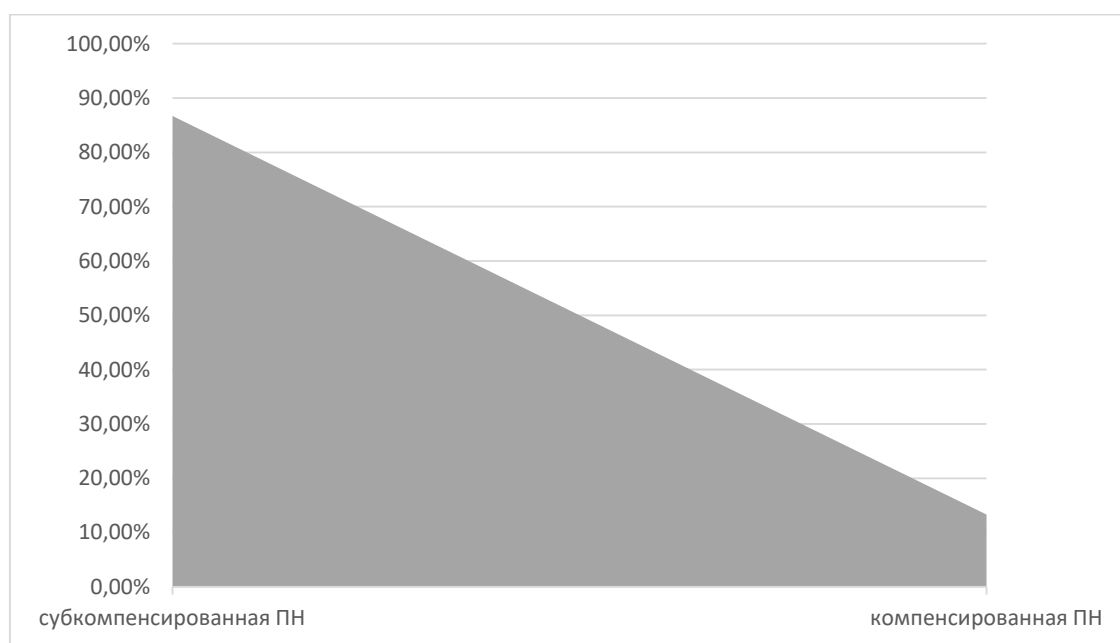


Рисунок 3.8. – Частота компенсированной и субкомпенсированной плацентарной недостаточности у обследованных беременных женщин

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

Последняя нередко становится причиной плацентарной недостаточности, что представляет угрозу для нормального развития плода.

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

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

3.4. Результаты оценки гормонального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания

Изучение связи между уровнями гормонов фетоплацентарного комплекса и развитием осложнений беременности у женщин, пребывающих за пределами страны проживания, представляет значительный научный и практический интерес. Оценка влияния гормональных изменений в сочетании с особенностями течения беременности у данной группы пациенток может способствовать совершенствованию ведения беременности, оптимизации акушерской помощи, снижению риска осложнений и улучшению здоровья матери и ребёнка в условиях проживания вне страны постоянного проживания. Материалом для исследования послужили беременные женщины из Таджикистана, временно проживающие и работающие в Российской Федерации (основная группа, 28

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

Средний возраст женщин основной группы составил $27 \pm 0,64$ года, группы сравнения - $26,3 \pm 2,5$ года, что не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$). Анализ среднего возраста обследованных подтверждает преобладание беременных активного репродуктивного возраста, характерного для вовлечения женщин в трудовую деятельность.

Анализ уровня образования в основной группе показал, что только 5% обследованных женщин имели высшее образование. Среди беременных женщин, выехавших из Таджикистана для осуществления трудовой деятельности, 75% сообщили о наличии занятости, тогда как треть прибыли в Россию по семейным основаниям, поскольку их супруги также временно проживают и работают за пределами страны постоянного проживания. Официальный брак зарегистрирован у 96% обследованных женщин, 4% состояли в гражданском браке. Социальный статус женщин группы сравнения характеризовался низким уровнем образования (69%), превалированием домохозяек (72%), все женщины группы сравнения состояли в официальном браке. Таким образом, для женщин, работающих вне страны постоянного проживания, характерна более высокая трудовая занятость.

Нами были выявлены следующие наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные заболевания в обследованных группах женщин. Среди беременных женщин, работающих за пределами страны происхождения: анемия, зарегистрированная у 57,1% женщин (16 из 28), йоддефицитные состояния, наблюдаемые у 46,4% участниц (13 из 28) и заболевания почек, диагностированы у 32,1% женщин (9 из 28).

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

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

Группа	Основная (n=28)	Сравнения (n=30)	p
Анемия	16 (57,1%)	14 (46,7%)	0,445
ЙЗС	13 (46,4%)	12 (40 %)	0,791
Заболевания почек	9 (32,1%)	8 (26,7%)	0,775
Частые ОРВИ	14 (50%)	11 (36,7%)	0,427
Избыточная масса тела	5 (17,9%)	6 (20%)	1,0

Примечание: p - точный критерий Фишера

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

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

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

В ходе анализа репродуктивного анамнеза установлено, что в основной группе 7% женщин имели в анамнезе самопроизвольные аборты, а у 15% отмечались неразвивающиеся беременности. Эти данные отражают разнообразие репродуктивных историй участниц и могут служить основой для дальнейшего изучения влияния перенесённых медицинских вмешательств на состояние репродуктивного здоровья. В группе сравнения самопроизвольные аборты были зафиксированы у 5% женщин, неразвивающиеся беременности - у 12%.

Таблица 3.9. - Частота нарушений менструального цикла у обследованных женщин в основной группе и группе сравнения

Нарушение менструального цикла	Группа		
	основная (n=28)	сравнения (n=30)	p
Менархе до 12 лет	2 (7,1%)	4 (13,3%)	0,671
Менархе после 14 лет	1 (3,6%)	2 (6,7%)	1,0
Олигоменарея	4 (14,3%)	3 (10%)	0,701
Дисменорея	1 (3,6%)	2 (6,7%)	1,0
АМК	3 (10,7%)	1 (3,3%)	0,344

Примечание: p - точный критерий Фишера

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

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

Частота осложнений беременности представлена на рисунке 3.9. Из него видно, что отмечается тенденция к увеличению случаев угрозы прерывания

беременности, преэклампсии и синдрома задержки роста плода (СЗРП), однако при сравнении с популяционными показателями различия по этим показателям статистически незначимы (угроза прерывания беременности — точный двусторонний биномиальный тест $p>0,05$; преэклампсия — $p>0,05$; СЗРП — $p>0,05$).

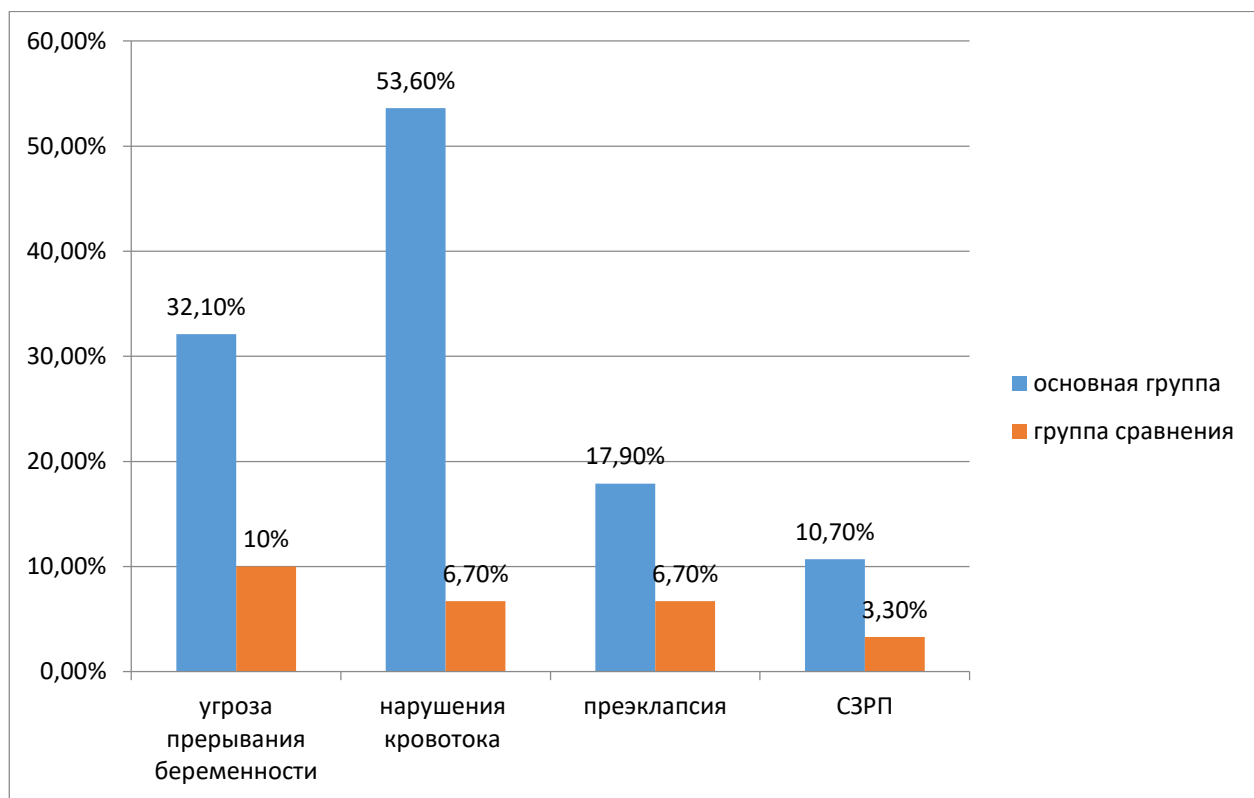


Рисунок 3.9. – Частота осложнений беременности у обследованных групп женщин

При этом выявлено статистически значимое повышение частоты нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод» у женщин основной группы, по сравнению с популяционным уровнем 4% (15 из 100; 15,0 %; точный двусторонний биномиальный тест: $p<0,001$).

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

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

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

Установлено статистически значимое снижение среднего уровня ПЛГ у женщин, осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны постоянного проживания, по сравнению с соответствующим показателем у женщин, проживающих в Таджикистане (таблица 3.11).

Таблица 3.11. - Частота снижения уровня гормонов у женщин основной группы и группы сравнения

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

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

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

У пациенток обеих групп с нормальным уровнем прогестерона угроза прерывания беременности на ранних сроках отмечалась лишь в 2 случаях. В то

же время у женщин со сниженным уровнем прогестерона угроза прерывания в поздние сроки была диагностирована в 12 случаях.

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

На уровне индивидуальных данных обследованных ($n=58$) установлена статистически значимая ранговая корреляция Спирмена между снижением уровня прогестерона и частотой угрозы прерывания беременности ($\rho = 0,78$, $p < 0,05$), а также между снижением уровня плацентарного лактогена (ПЛГ) и частотой нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод» ($\rho = 0,75$, $p < 0,05$). Сила связей — от умеренной до высокой; ранее использовавшаяся формулировка «нормированный коэффициент Пирсона» заменена на корректный в данном контексте коэффициент Спирмена, рассчитанный на уровне индивидуальных наблюдений.

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

Все случаи СЗРП сопровождались снижением уровня эстриола в сыворотке крови на сроке 34 недели беременности. Связь между снижением уровня эстриола (количественная переменная) и наличием СЗРП (бинарный исход) оценена точно-бисериальной корреляцией на индивидуальных данных: $r_{pb} = 0,71$, $p < 0,05$ — сильная статистически значимая связь.

Таким образом, результаты исследования показали, что снижение уровней гормонов фетоплацентарного комплекса отмечается у женщин с развившимися

во время гестации осложнениями вне зависимости от их статуса - будь то женщины, временно проживающие и работающие за пределами своей страны, или жительницы Таджикистана.

Изучение психоэмоционального статуса у обследованных 28 женщин, временно проживающих и работающих за пределами страны своего постоянного проживания, выявило выраженные различия, по сравнению с контрольной группой. В основной группе отмечались нарушения психоэмоционального состояния у 26 женщин: депрессия диагностирована у 13 (46,4%) женщин, в том числе выраженная - у 2 (7,1%), умеренная - у 5 (17,9%), лёгкая - у 6 (21,4%) участниц. Личная тревожность умеренной степени была зафиксирована у 20 (71,4%) женщин, высокий уровень личной тревожности - у 5 (17,9%). Реактивная тревожность проявлялась на низком уровне у 6 (21,4%) женщин и на умеренном уровне у 22 (78,6%) участниц. Эти данные отражают высокий уровень стресса, связанный с миграцией и адаптацией в новой социокультурной среде.

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

Статистический анализ распространённости психоэмоциональных нарушений среди женщин, пребывающих вне страны постоянного проживания ($n=100$) и жительниц Таджикистана ($n=30$) выявил значимое повышение частоты депрессивных состояний у женщин, временно проживающих и работающих за пределами страны своего постоянного проживания (точный критерий Фишера: $p<0,05$), а также более высокие показатели личностной тревожности умеренной и высокой степени ($p<0,001$) и реактивной тревожности низкого и умеренного уровня ($p<0,001$).

Расчёт относительного риска показал, что у женщин, осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, вероятность развития депрессии выше в 2,8 раза ($RR=2,786$; 95% ДИ: 1,140–6,808), а вероятность формирования выраженной реактивной тревожности - почти в 12 раз ($RR=11,786$; 95% ДИ: 3,047–45,592).

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

Полученные результаты свидетельствуют о существенном влиянии правового и социального статуса пребывания за пределами страны постоянного проживания на уровень кортизола и выраженность психоэмоциональных нарушений. Эти изменения, вероятно, связаны с дополнительным стрессом, который испытывают беременные женщины при осуществлении трудовой деятельности вне своей страны. Высокая частота гестационных осложнений у данной категории пациенток обусловлена стрессовыми состояниями и нарушениями психоэмоционального статуса, что, в свою очередь, объясняет выявленные изменения уровней гормонов фетоплацентарного комплекса.

Временная трудовая занятость за пределами страны постоянного проживания нередко сопровождается повышенным уровнем стресса, изменением образа жизни и питания, а также ограниченным доступом к качественной медицинской помощи, что может способствовать увеличению риска осложнений беременности. В связи с этим женщины, осуществляющие трудовую деятельность вне своей страны, требуют особого внимания со стороны медицинских работников и проведения активных профилактических мероприятий.

С учётом полученных данных особую важность приобретает разработка и внедрение мер, направленных на улучшение условий жизни, питания и медицинского обслуживания беременных женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, с целью минимизации рисков осложнённого течения

беременности. На основании результатов исследования рекомендуется создание специализированных программ для данной категории беременных, включающих не только стандартное антенатальное наблюдение, но и обязательную оценку психоэмоционального состояния, а при наличии показаний — предоставление соответствующей психоэмоциональной поддержки. Такой комплексный подход будет способствовать снижению частоты осложнений беременности и улучшению исходов как для матери, так и для ребёнка.

3.5. Особенности течения беременности и акушерские исходы у женщин, пребывающих за пределами страны проживания

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

Настоящее исследование было направлено на комплексное изучение особенностей течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у женщин, являющихся гражданами Республики Таджикистан, находившихся на временном пребывании в Российской Федерации. Для сравнения проводился анализ показателей у женщин, постоянно проживающих на территории Таджикистана и наблюдавшихся в аналогичных акушерских учреждениях.

В исследование вошли две группы: основная - 100 беременных женщин, выехавших из своей страны с целью трудовой занятости и временно проживающих в Российской Федерации, наблюдавшихся на территории

Российской Федерации, и группа сравнения - 30 беременных женщин, проживающих в Республике Таджикистан. Проведённый сравнительный анализ частоты осложнений беременности у женщин, временно работающих вне страны постоянного проживания, и у женщин, проживающих в стране исхода, выявил как общие закономерности, так и ряд особенностей, требующих дальнейшего научного анализа. Для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса, обладающий высокой точностью при малых выборках.

Таблица 3.12. – Частота осложнений беременности в обследованных группах женщин

Осложнение	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
Умеренная преэклампсия	4 (4,0%)	1 (3,3%)	1,0
Тяжелая преэклампсия	1 (1,0%)	0 (0,0%)	
Маловодие	5 (5,0%)	1 (3,3%)	1,0
Многоводие	2 (2,0%)	1 (3,3%)	
ДРПО	14 (14,0%)	2 (6,7%)	0,359
Хориоамнионит	6 (6,0%)	0 (0,0%)	0,335
Угроза прерывания беременности	9 (9,0%)	3 (10,0%)	1,0
Рвота беременных	6 (6,0%)	1 (3,3%)	1,0
Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»	15 (15,0%)	1 (3,3%)	0,117

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

Проведённый сравнительный анализ частоты осложнений беременности у женщин, временно работающих вне страны постоянного проживания, и у женщин, проживающих в стране исхода, выявил как общие закономерности, так и ряд особенностей, требующих дальнейшего научного анализа. Для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса, обладающий высокой точностью при малых выборках.

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

Умеренная преэклампсия была выявлена у 4 из 100 женщин основной группы (4,0%) и у 1 из 30 пациенток группы сравнения (3,3%) - точный двусторонний критерий Фишера: $p = 1,0$. Тяжёлая форма данного осложнения отмечена лишь в одном случае (1,0%) в основной группе и отсутствовала среди женщин группы сравнения (точный Фишер: $p = 1,0$). Статистически значимых различий по частоте преэклампсии между группами не выявлено.

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

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

Такие осложнения, как маловодие и многоводие, выявлялись в обеих группах без статистически значимых различий. Маловодие отмечено у 5 из 100 женщин основной группы (5,0%) и у 1 из 30 женщин группы сравнения (3,3%) - точный Фишер: $p = 1,0$. Многоводие зафиксировано у 2 из 100 (2,0%) и 1 из 30 (3,3%) соответственно - точный Фишер: $p = 1,0$. Подобные результаты могут отражать как случайный характер выявленных нарушений в пределах выборки,

так и универсальные патофизиологические процессы, проявляющиеся независимо от миграционного статуса; это подчёркивает необходимость дальнейшего анализа с расширением выборки и учётом многофакторной природы гестационных осложнений.

Дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) встречался чаще в основной группе - 14 из 100 (14,0%) против 2 из 30 (6,7%) в группе сравнения; точный Фишер: $p=0,359$ - статистически значимых различий не выявлено. Поскольку ДРПО рассматривается как значимый предиктор восходящей инфекции и преждевременных родов, выявленная тенденция к его более высокой частоте у женщин, временно проживающих и работающих за пределами страны своего постоянного проживания, заслуживает особого внимания. Данная особенность требует углублённого изучения с учётом социально-гигиенических условий, в которых проживают и осуществляют трудовую деятельность беременные женщины вне своей страны.

Важным клиническим наблюдением стало выявление хориоамнионита у 6 из 100 женщин основной группы (6,0%), тогда как в группе сравнения данное осложнение не встречалось (0 из 30). Точный двусторонний критерий Фишера дал $p=0,335$ - различие формально не достигает уровня статистической значимости, однако одностороннее распределение осложнения исключительно среди женщин, выполняющих трудовые функции за пределами своей страны, позволяет предполагать значимую роль инфекционно-воспалительного компонента; отсутствие формальной значимости в значительной мере связано с малым объёмом группы сравнения ($n=30$) и, как следствие, низкой статистической мощностью. Развитие данного осложнения может быть связано с поздним обращением за медицинской помощью, нарушением иммунной регуляции на фоне хронического стресса, дефицита сна и соматического истощения.

Угроза прерывания беременности была зарегистрирована у 9 из 100 женщин основной группы (9,0%) и у 3 из 30 пациенток группы сравнения (10,0%); точный Фишер: $p=1,0$ - количественно частоты практически идентичны.

Вместе с тем, выявлены значимые качественные различия, связанные с уровнем прогестерона: у женщин с нормальными значениями данного гормона угроза прерывания беременности наблюдалась значительно реже, по сравнению с теми, у кого фиксировался его дефицит. Таким образом, даже при схожих частотных характеристиках осложнения необходимо учитывать различия в его патогенетических механизмах.

Ранние гестационные токсикозы, проявившиеся в форме выраженной рвоты беременных, были зафиксированы у 6 из 100 женщин основной группы (6,0%) и у 1 из 30 пациенток группы сравнения (3,3%); точный Фишер: $p=1,0$. Хотя рвота беременных в большинстве случаев рассматривается как транзиторное и относительно доброкачественное функциональное состояние, при определённых обстоятельствах она может приводить к значительным нарушениям нутритивного статуса, снижению массы тела и общему соматическому истощению.

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

Особое клиничко-прогностическое значение в структуре выявленных нарушений приобрели расстройства маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока, зарегистрированные у 15 из 100 беременных женщин основной группы (15,0 %) и лишь у 1 из 30 пациенток контрольной группы (3,3%) - точный Фишер: $p=0,117$ (таблица 3.12). Различие формально не достигает уровня значимости, однако абсолютная разница в частоте (~12 процентных пунктов) клинически значима; с учётом малого объёма группы сравнения ($n=30$) отсутствие формальной статистической значимости в большей

мере отражает ограниченную мощность анализа, чем отсутствие реального различия.

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

Снижение кровотока по маточным артериям и плацентарным сосудам может быть обусловлено комплексом факторов, характерных для миграционной популяции: гормональной дисфункцией, психоэмоциональным дистрессом, иммунной дисрегуляцией, нутритивной недостаточностью и хроническим воздействием экзогенных стрессоров. В условиях дефицита компенсаторных механизмов это приводит к нарушению трофики плаценты, снижению её перфузионной способности и вторичному нарушению транспорта кислорода и питательных веществ к плоду.

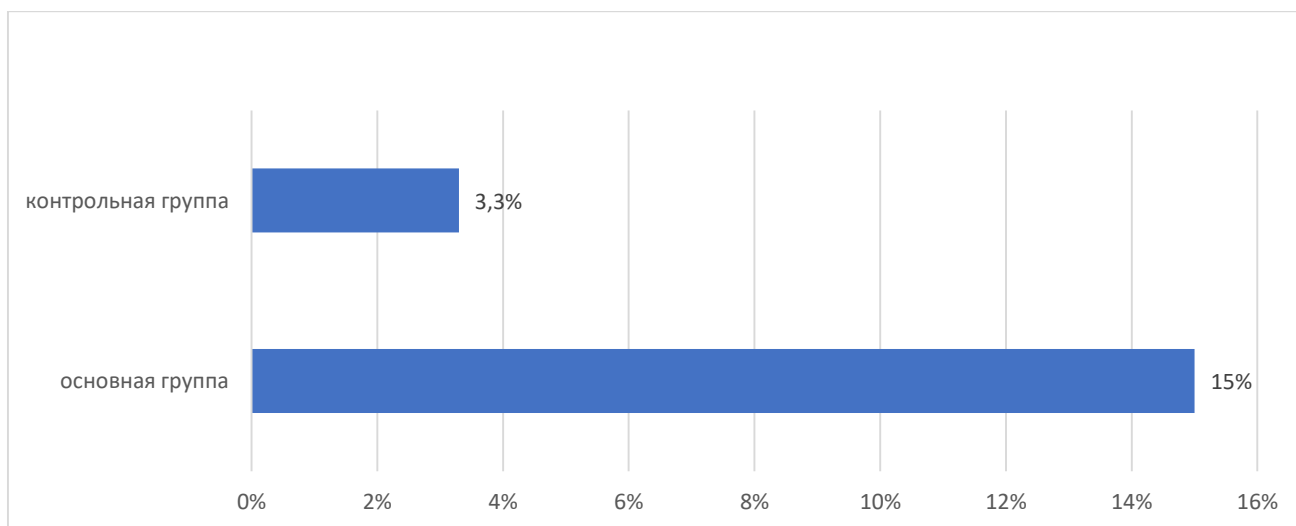


Рисунок 3.10. - Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»

На основании полученных данных, даже при отсутствии статистически значимого различия между группами, высокая частота нарушений плацентарного кровотока в основной группе свидетельствует о необходимости

внедрения ранней доплерометрической диагностики и динамического контроля гемодинамики среди женщин с целью своевременного выявления рисков и проведения превентивных мероприятий.

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

В проведённом сравнительном анализе сроков родоразрешения были выявлены заметные различия между двумя группами: женщинами, находящимися вне Таджикистана ($n = 100$), и контрольной группой, включавшей жительниц республики ($n = 30$). Полученные результаты позволяют судить о том, что фактор проживания и трудовой занятости за пределами страны постоянного проживания оказывает существенное влияние на течение беременности и её завершение. В основной группе срочные роды (37–41 недели + 6 дней) произошли у 47 женщин (47%). Преждевременные роды до 37 недель отмечены у 40 участниц (40%), а запоздалые, наступившие после 41 недели + 6 дней, - у 13 женщин (13%). В контрольной группе, напротив, доминировали срочные роды - 80% (24 случая), преждевременные зафиксированы лишь у 16,7% (5 женщин), а запоздалые роды - у одной пациентки (3,3%).

Таблица 3.13. – Сроки родоразрешения в обследованных группах женщин

Роды	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
Срочные	47 (47,0%)	24 (80,0%)	0,006
Преждевременные	40 (40,0%)	5 (16,7%)	
Запоздалые	13 (13,0%)	1 (3,3%)	

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

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

Срочные роды, соответствующие физиологическому завершению беременности, были зарегистрированы у 47 из 100 участниц основной группы (47,0%), тогда как в контрольной группе этот показатель составил 24 из 30 (80,0%). В омнибусном точном двустороннем критерии Фишера 3×2 по всей структуре сроков родоразрешения: $p = 0,006$ - различие статистически значимо.

Частота преждевременных родов в основной группе составила 40 из 100 (40,0%), что почти в 2,5 раза превышало аналогичный показатель в контрольной группе - 5 из 30 (16,7%). Запоздалые роды были диагностированы у 13 из 100 женщин основной группы (13,0%) и у 1 из 30 (3,3%) пациенток контрольной группы. Омнибусный точный Фишер по всей структуре (срочные / преждевременные / запоздалые): $p=0,006$ - различия между группами статистически значимы по распределению сроков родоразрешения в целом (таблица 3.13). Совокупность представленных результатов подтверждает наличие достоверных различий в репродуктивных исходах между изучаемыми группами.

Следовательно, значительное преобладание преждевременных родов среди беременных женщин, находящихся за пределами страны рождения, указывает на возможное влияние неблагоприятных биопсихосоциальных факторов, связанных с условиями миграции: хроническим стрессом, отсутствием регулярного медицинского наблюдения, ограниченными возможностями для полноценного питания, неблагоприятными условиями труда и быта. Эти факторы могут способствовать преждевременному началу родовой деятельности.

Частота преждевременных родов в основной группе, включавшей беременных женщин, живущих вне Республики Таджикистан, составила 40% (40

из 100 случаев), что в 2,4 раза превышало показатель группы сравнения, где преждевременные роды отмечены у 5 из 30 женщин (16,7%) (рисунок 3.11).

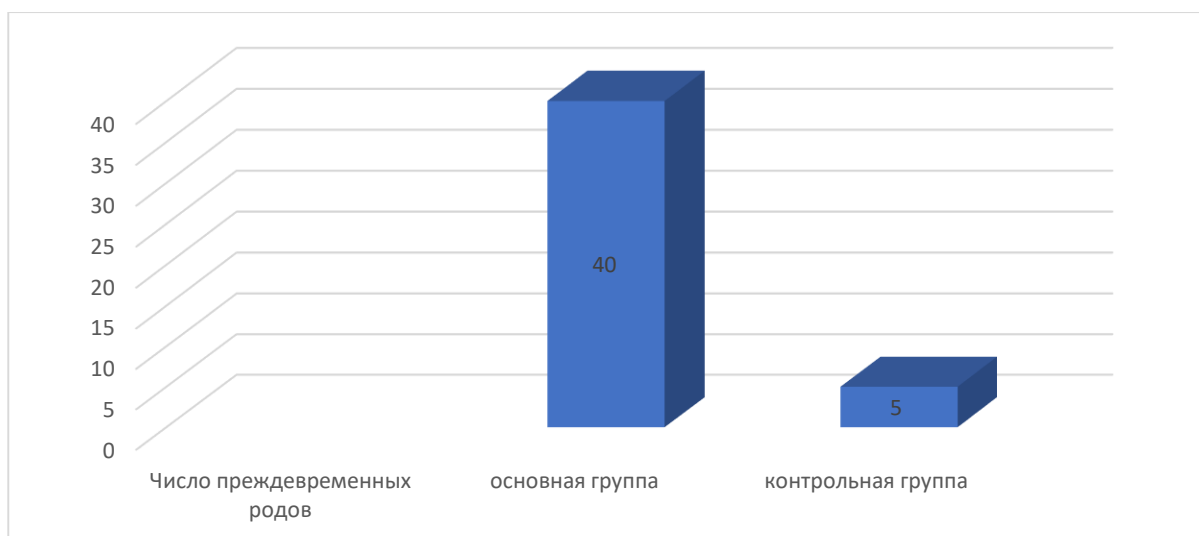


Рисунок 3.11. - Частота преждевременных родов в обследованных группах

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



Рисунок 3.12. - Структура преждевременных родов в основной группе

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

В контрольной группе преждевременные роды встречались единично и характеризовались менее тяжёлым клиническим течением. В одном случае потребовалось выполнение экстренного кесарева сечения до 28 недель в связи с массивным кровотечением. В другом наблюдении спонтанные роды произошли на сроке 33 недель при тазовом предлежании плода. Ещё один эпизод преждевременных родов на 36-й неделе был связан с многоплодной беременностью и завершился самостоятельным родоразрешением. Два других случая зафиксированы на сроке 35 недель и были связаны с дородовым разрывом плодных оболочек (рисунок 3.13).

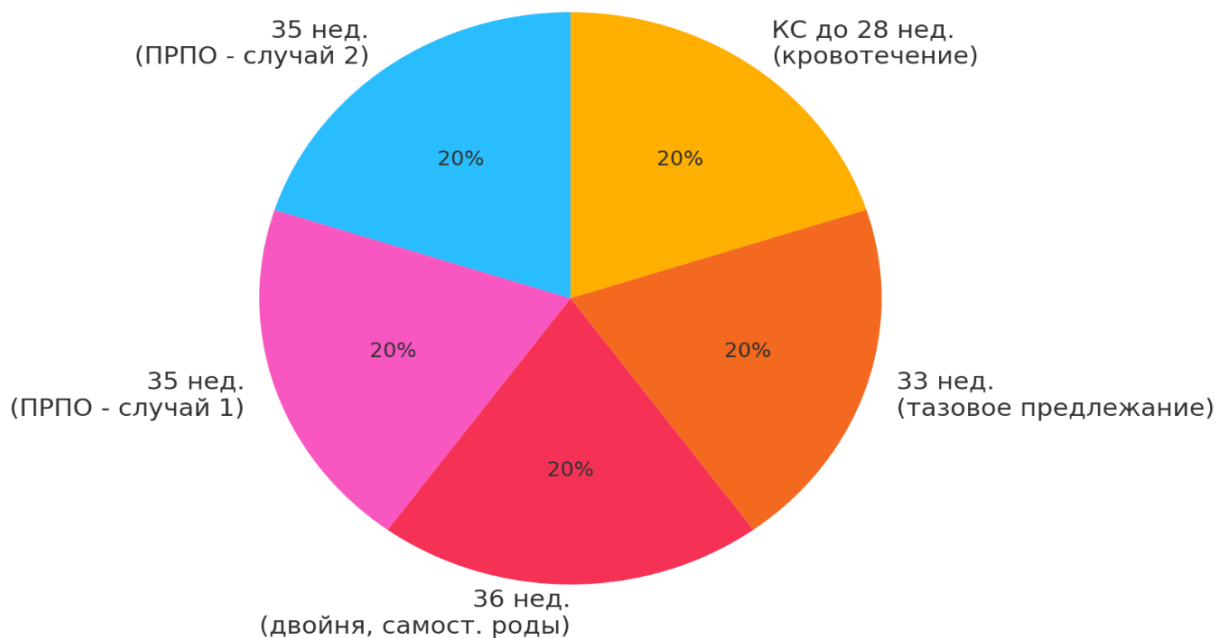


Рисунок 3.13. - Структура преждевременных родов в контрольной группе

Выявленные различия между исследуемыми группами по частоте и структуре преждевременных родов свидетельствуют о более выраженном

акушерском неблагополучии среди женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания. Преобладание случаев преждевременного родоразрешения, обусловленных патологическими состояниями и требующих оперативных или медикаментозных вмешательств, подчёркивает уязвимость данной популяции в пренатальном и интранатальном периодах. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки специализированных клинических маршрутов для женщин этой категории с ранней стратификацией акушерских и перинатальных рисков, междисциплинарным сопровождением и регулярным инструментально-лабораторным контролем функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

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

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

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

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

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

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

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

В одном случае операция была выполнена у женщины с рубцом на матке в профилактических целях, без наличия дополнительных осложняющих факторов. Второе вмешательство носило экстренный характер и проводилось на сроке 28 недель гестации в связи с внезапно возникшим массивным кровотечением, обусловленным подозрением на преждевременную отслойку плаценты.

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

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

Показание	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
Рубец на матке + осложнение	3 (3,0%)	1 (3,3%)	1,0
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	4 (4,0%)	1 (3,3%)	1,0
Тяжелая преэклампсия + осложнения	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1,0
Дородовой разрыв плодных оболочек	14 (14,0%)	0 (0,0%)	0,039
Тугое обвитие пуповины	5 (5,0%)	0 (0,0%)	0,589

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

Следовательно, различия в частоте кесаревых сечений (27% в основной группе против 6,6% в контрольной) и структуре показаний к операции

подчёркивают более выраженное акушерское неблагополучие среди женщин, живущих за пределами родины. Высокая доля тяжёлых и острых показаний к оперативному родоразрешению в этой группе может быть связана с ограниченным доступом к своевременной дородовой помощи, поздней постановкой на учёт, недостаточной частотой пренатального скрининга и высоким уровнем психоэмоционального стресса.

На рисунке 3.14 представлено соотношение родов через естественные родовые пути и оперативных вмешательств методом кесарева сечения в основной и контрольной группах. Очевидно, что среди женщин, временно пребывающих на территории Российской Федерации, доля кесаревых сечений значительно выше, что отражает более выраженную акушерскую обременённость данной категории пациенток.

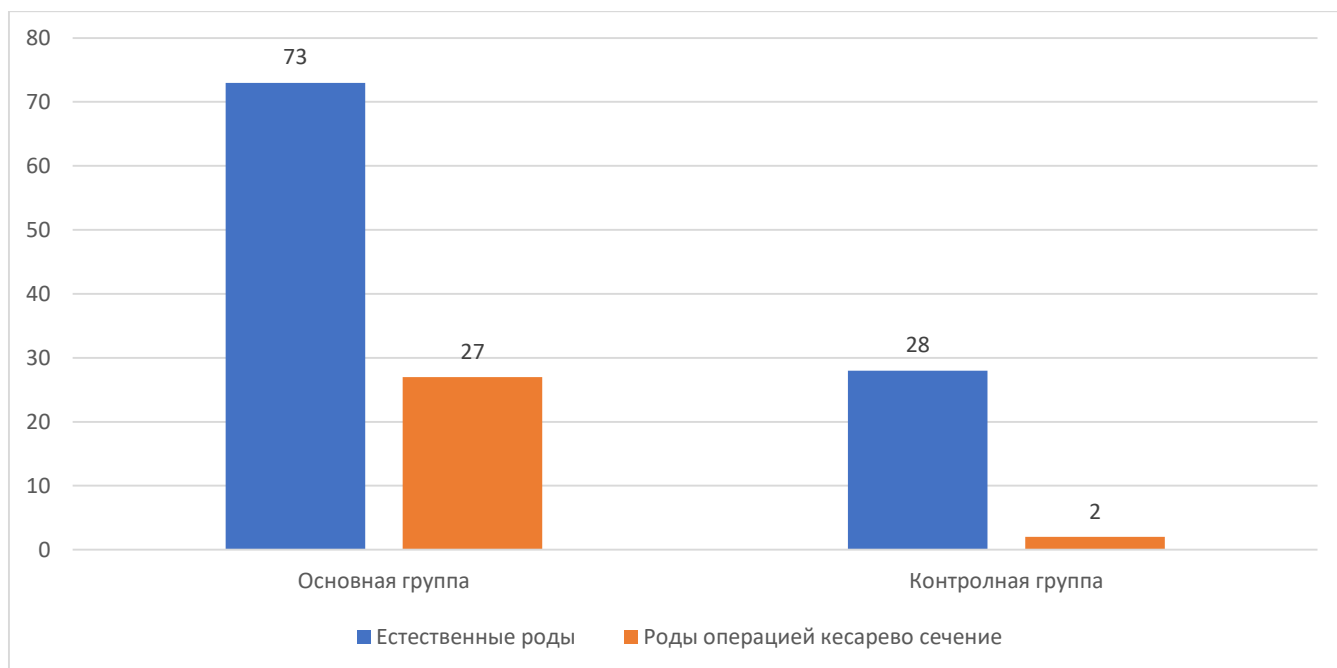


Рисунок 3.14. – Соотношение количества естественных родов к родам операций кесарево сечение у обследованных женщин

Следует отметить, что у трёх пациенток основной группы (3% от общего числа родоразрешённых женщин) в анамнезе имелся рубец на матке после ранее выполненного кесарева сечения. Такой анамнез изначально рассматривается как фактор высокого риска, особенно в условиях ограниченного акушерско-гинекологического наблюдения, характерного для женщин, находящихся вне

родины. Во всех трёх случаях рубцовая деформация миометрия сочеталась с дополнительными осложнениями беременности, усиливающими потенциальную угрозу для матери и плода. В одном наблюдении это была угрожающая преждевременная родовая деятельность при незрелости родовых путей; во втором - выраженное маловодие, создававшее риск нарушения нормального внутриутробного развития и компрессии пуповины; в третьем - по данным кардиотокографии диагностированы выраженные нарушения сердечного ритма плода, расценённые как внутриутробный дистресс. Такое сочетание существенно повышало риск несостоятельности рубца и тяжёлых материнских и перинатальных осложнений при попытке самостоятельных родов. Поэтому в каждом случае клиническим консилиумом было принято решение о проведении планового кесарева сечения для обеспечения максимальной безопасности матери и ребёнка (рисунок 3.15).

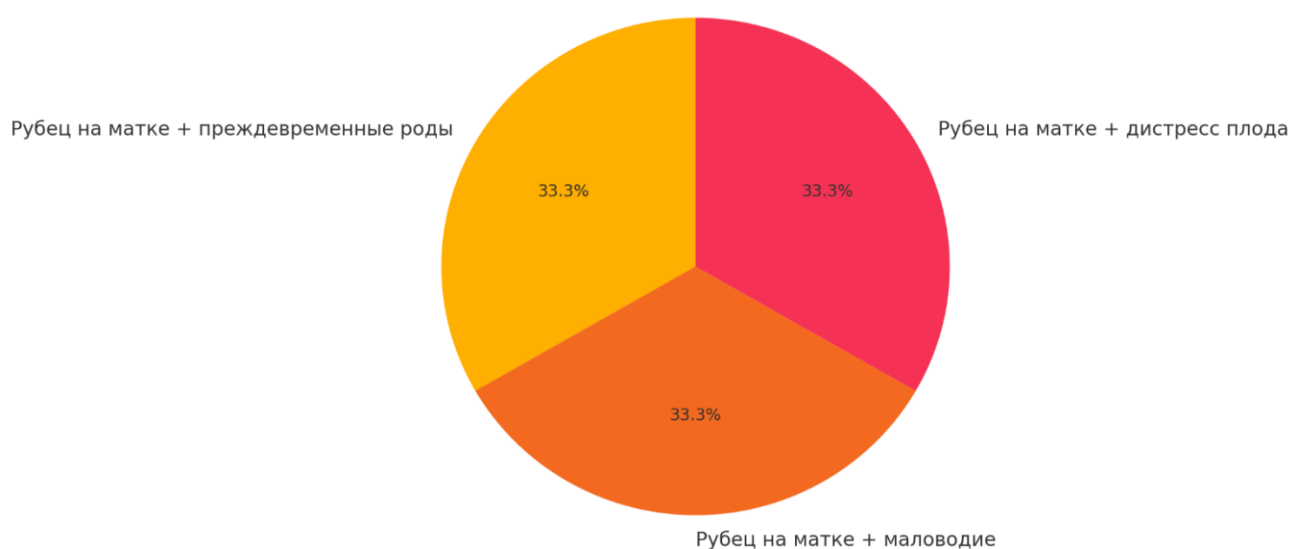


Рисунок 3.15. – Показания к операции кесарево сечение у женщин, находящихся вне родины с рубцом на матке (основная группа)

На диаграмме представлена структура осложнений среди женщин основной группы с наличием рубца на матке. Видно, что каждое из трёх клинических наблюдений сопровождалось отдельным значимым осложнением: преждевременные роды, маловодие и дистресс плода, в равной степени обусловившие необходимость оперативного родоразрешения. Эти наблюдения подчёркивают необходимость скрупулёзной оценки акушерского анамнеза,

проспективного мониторинга состояния рубцовой ткани миометрия и своевременной идентификации сопряжённых рисков, особенно у пациенток, находящихся в условиях миграции.

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

Средняя величина кровопотери в родах у женщин основной группы составила $479,5 \pm 35,2$ мл, что было выше, по сравнению с показателем в группе сравнения, где средняя кровопотеря достигала $345,4 \pm 43,65$ мл. Более высокие объёмы кровопотери среди женщин, находящихся за пределами родины, вероятно, связаны с повышенной частотой осложнённого течения родов, включая оперативное родоразрешение методом кесарева сечения, преждевременную отслойку плаценты, дородовый разрыв плодных оболочек, а также фоновыми воспалительными процессами, такими как хориоамнионит. Существенное влияние оказывают и ограничения в доступе к своевременному антенатальному наблюдению, ранней диагностике осложнений и коррекции дефицитных состояний.

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

Показатель	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
Средняя кровопотеря в родах (мл)	$479,5 \pm 35,2$	$345,4 \pm 43,65$	0,019
Средний уровень гемоглобина после родов (г/л)	$97,25 \pm 2,26$	$101,28 \pm 1,43$	0,134

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

В раннем послеродовом периоде уровень гемоглобина также оказался ниже у пациенток основной группы: среднее значение составило $97,25 \pm 2,26$ г/л против $101,28 \pm 1,43$ г/л в контрольной группе (таблица 3.15). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий по данному показателю,

выявленная тенденция может отражать как повышенный объём родовой кровопотери, так и наличие исходной анемии, часто встречающейся у женщин репродуктивного возраста, временно проживающих и работающих за пределами страны своего постоянного проживания. Вероятными причинами такой анемии являются несбалансированное питание, ограниченный доступ к нутритивной и медикаментозной поддержке, высокий уровень хронического стресса и сопутствующие соматические заболевания.

На основе проведённого анализа можно заключить, что беременные женщины, временно проживающие и работающие за пределами страны своего постоянного проживания, относятся к группе повышенного риска по развитию послеродовой анемии и требуют особого внимания в части профилактики кровопотерь и коррекции дефицитных состояний ещё на этапе антенатального наблюдения. Учитывая выявленные закономерности, представляется целесообразным расширение пренатальных скрининговых протоколов для данной категории пациенток за счёт обязательной оценки исходных показателей гемопоза и состояния питательного статуса. Такой подход позволит своевременно выявлять скрытые факторы риска анемии и дефицитарных состояний, которые могут негативно сказываться на течении беременности и исходах родоразрешения.

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

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

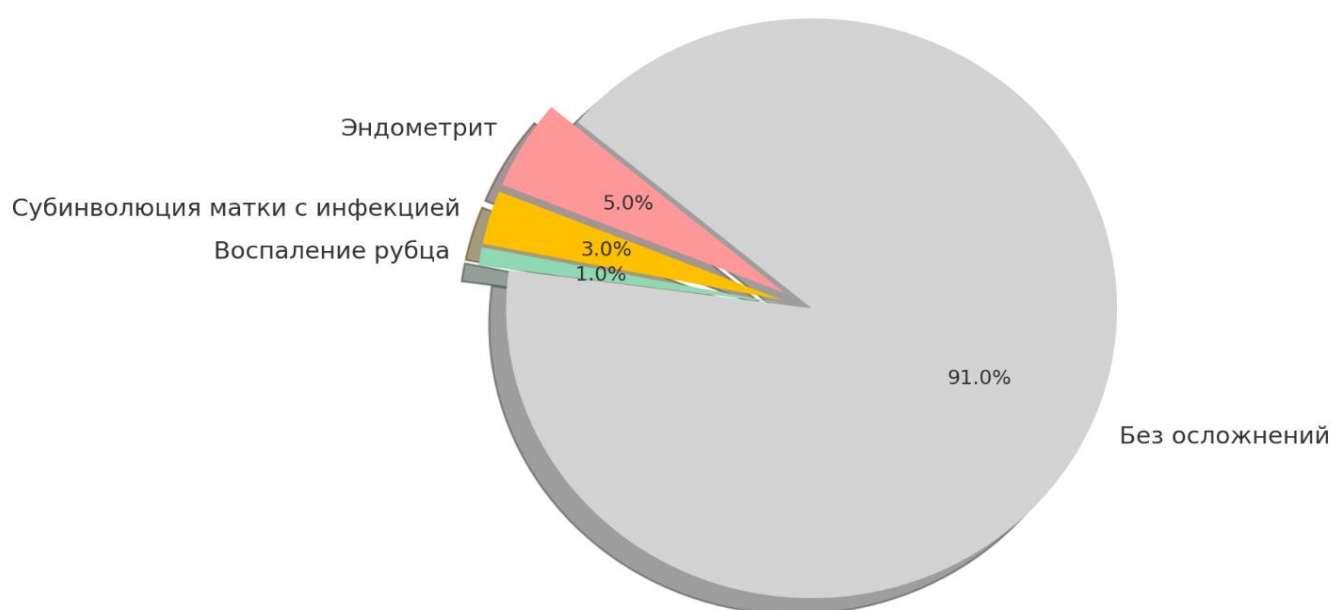


Рисунок 3.16. – Распределение инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде у женщин основной группы

Кровотечения в послеродовом периоде были зарегистрированы у 12% женщин основной группы. В семи случаях причиной массивной кровопотери стала выраженная гипотония матки, не поддававшаяся стандартной утеротонической терапии и потребовавшая проведения комплекса гемостатических мероприятий, включая применение утеротоников второго ряда и, при необходимости, инвазивных методов контроля гемостаза. У трёх пациенток (3%) кровотечение было связано с задержкой элементов плаценты в полости матки, что подтверждалось данными ультразвуковой диагностики и потребовало проведения ручной или инструментальной ревизии. В двух

наблюдениях (2%) источником кровопотери являлись родовые травмы мягких тканей, преимущественно промежности, включая разрывы II степени, которые были устранены хирургическим путём с последующим клиническим наблюдением. На рисунке 3.17 представлена структура причин послеродовых кровотечений у женщин основной группы.

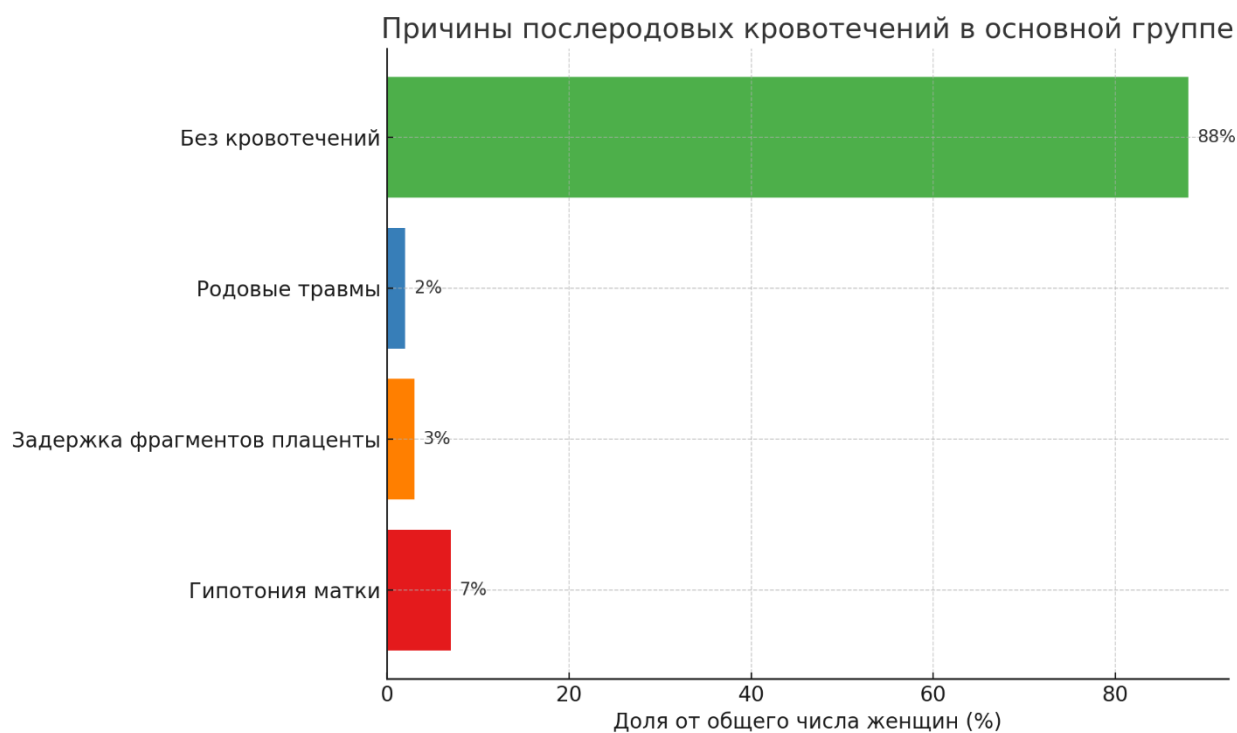


Рисунок 3.17. – Причины кровотечений в послеродовом периоде у женщин основной группы

Примечательно, что в группе сравнения, включающей женщин, находящихся в стабильных социально-экономических условиях и получавших систематическое дородовое наблюдение, ни одного случая инфекционных или геморрагических осложнений в послеродовом периоде зарегистрировано не было. Данный факт подчёркивает значимую клиническую разницу между когортами и отражает повышенную уязвимость женщин, осуществляющих трудовую деятельность вне своей страны, к неблагоприятному течению послеродового периода. Полученные результаты обосновывают необходимость включения в протоколы пренатального и послеродового наблюдения данной категории пациенток расширенных мер по профилактике и ранней диагностике

гнойно-септических и геморрагических состояний, с обязательным междисциплинарным подходом и индивидуализированным маршрутом ведения.

3.6. Перинатальные исходы у женщин, пребывающих за пределами страны проживания

Среди женщин основной группы ($n = 100$) своевременные роды были зафиксированы у 47% ($n = 47$), преждевременные – у 40% ($n = 40$), а запоздалые, произошедшие после 41 недели + 6 дней гестации, – у 13% ($n = 13$). В контрольной группе ($n = 30$), включавшей женщин, не находящихся в условиях миграции, роды в срок имели место у 24 пациенток (80%), преждевременные – у 5 (16,7%), а перенашивание – у одной женщины (3,3%).

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

Таблица 3.16 отражает распределение новорождённых по массе тела при рождении в основной и контрольной группах. Статистическая обработка omnibusным точным двусторонним критерием Фишера показала отсутствие достоверных межгрупповых различий ($p = 0,461$).

Следует отметить, что при анализе перинатальных исходов у женщин основной группы синдром задержки развития плода (СЗРП) был выявлен в 6 случаях, что составило 6% от общего числа новорождённых. Данное состояние характеризуется нарушением темпов внутриутробного роста, выходящим за пределы физиологических норм для соответствующего срока беременности, и ассоциировано с повышенным риском перинатальной заболеваемости и смертности, а также возможными отдалёнными метаболическими и нейрокогнитивными последствиями.

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

Таблица 3.16. – Распределение новорождённых по массе тела рожениц в основной группе и группе сравнения

Масса, г	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
500 - 1000	0 (0,0%)	1 (3,1%)	0,461
1000 - 1500	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
1500 - 2500	12 (12,0%)	4 (12,5%)	
2500 - 3000	31 (31,0%)	8 (25,0%)	
3000 - 3500	33 (33,0%)	10 (31,3%)	
>3500	24 (24,0%)	9 (28,1%)	

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

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

Таблица 3.17. - Распределение новорождённых согласно оценке по шкале Апгар на 1-й минуте в группах

Оценка по шкале Апгар	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=30)	p
8–9 баллов	47 (47,0%)	27 (84,4%)	0,001
7 баллов	37 (37,0%)	4 (12,5%)	
≤6 баллов	16 (16,0%)	1 (3,1%)	

Примечание: для обеспечения корректности статистической оценки различий между группами применялся критерий χ^2 с поправкой Йейтса

В основной группе лишь у 6% новорождённых оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 9 баллов, эта оценка отражает практически полное клиническое благополучие. Наибольшая доля детей (41%) получила 8

баллов, что соответствует лёгким отклонениям, таким как умеренная гипотония или акроцианоз, не требующих интенсивной терапии. У 37% новорождённых оценка составила 7 баллов, что проявлялось снижением мышечного тонуса, угнетением дыхания или сниженной реактивностью и требовало активного наблюдения и поддерживающих мероприятий. У 16% детей показатель оказался ≤ 6 баллов, что указывало на наличие признаков перинатальной асфиксии и необходимость проведения реанимационных мероприятий, включая кислородную терапию, стимуляцию дыхания и, в отдельных случаях, интубацию.

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

Статистический анализ распределения оценок по шкале Апгар выявил достоверные различия между группами: в основной группе доля новорождённых с оценкой 8–9 баллов составила 47 из 100 (47,0%), в контрольной — 27 из 32 (84,4%); 7 баллов — 37 из 100 (37,0%) против 4 из 32 (12,5%); ≤ 6 баллов — 16 из 100 (16,0%) против 1 из 32 (3,1%). Омнибусный точный Фишер 3×2 : $p = 0,001$, что свидетельствует о более низких показателях жизнеспособности новорождённых в основной группе. Эти результаты подчёркивают клиническую значимость мультифакторного отягощения перинатального периода у женщин, находящихся в условиях трудовой миграции, и необходимость раннего выявления признаков внутриутробного страдания плода с обеспечением готовности к проведению неонатальной реанимации в родильных учреждениях.

На основании проведённого проспективного анализа перинатальных исходов установлено, что случаи перинатальной смертности зафиксированы исключительно в основной группе, включавшей беременных женщин, находившихся в условиях миграции. В контрольной группе, состоявшей из пациенток, постоянно проживающих в стабильной социальной и медицинской

среде, перинатальная летальность отсутствовала, что подчёркивает значительное различие в прогнозе между сравниваемыми когортами.

Перинатальные потери зафиксированы только в основной группе — 8 случаев, включая антенатальные, интранатальные и ранние неонатальные потери, преимущественно на фоне врождённых пороков развития (6 случаев) и тяжёлой гипоксии (2 случая). При этом все случаи перинатальных потерь произошли после преждевременных родов: ЭРПР - 4 случая, РПР + УПР – 4 случая.

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

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

Ранняя неонатальная смертность, зафиксированная у двух новорождённых, наступила в течение первых семи суток жизни и была обусловлена тяжёлым респираторным дистресс-синдромом, развившимся вследствие морфофункциональной незрелости лёгочной ткани. Оба ребёнка

родились на сроке менее 28 недель, что закономерно коррелировало с высокой вероятностью развития дыхательной недостаточности, требующей немедленного проведения интенсивной респираторной терапии. Однако, несмотря на своевременное применение реанимационных мероприятий, исход оказался неблагоприятным.

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

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРЕБЫВАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТРАНЫ ПРОЖИВАНИЯ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

4.1. Изменения характеристик психо-эмоционального статуса беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в результате психо-эмоциональной поддержки

В рамках настоящего исследования была проведена комплексная оценка психоэмоционального состояния у 32 беременных женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, с анализом динамики показателей до и после реализации мероприятий, направленных на психоэмоциональную поддержку. Для оценки использовались валидизированные шкалы Бека и Спилбергера–Ханина, позволяющие количественно определить уровни тревожности и выраженность депрессивных проявлений у обследуемых пациенток.

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

В ходе исследования была проведена дифференцированная оценка выраженности депрессивных расстройств у беременных женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, до начала комплекса мероприятий по психоэмоциональной поддержке. Результаты показали наличие депрессивной

симптоматики у 23 из 32 участниц (71,9%), что указывает на высокую распространённость данного нарушения в исследуемой популяции.

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

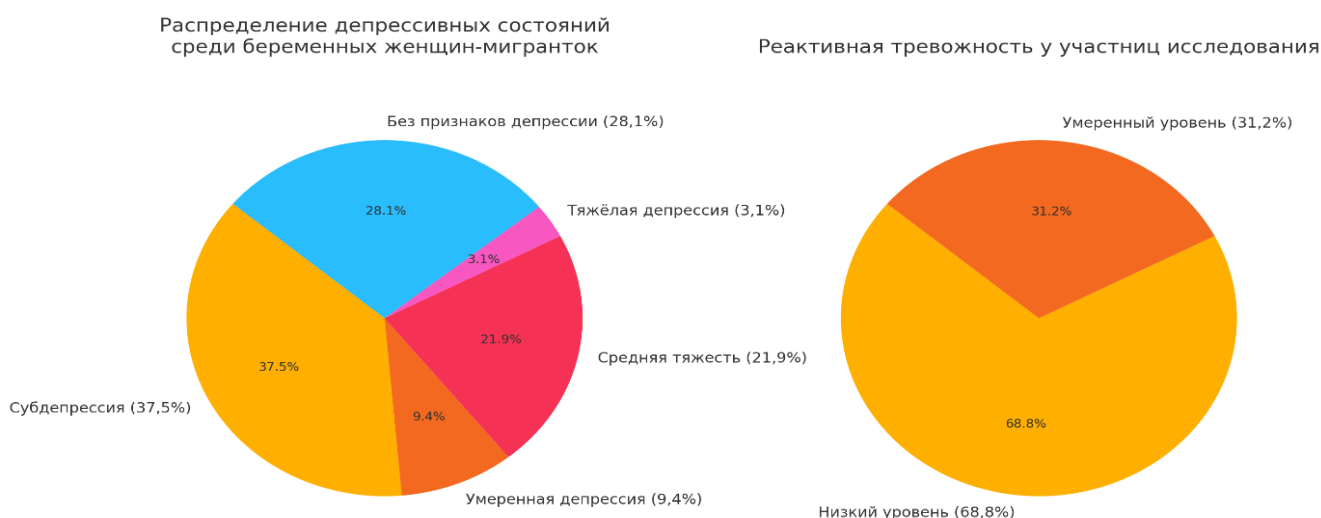


Рисунок 4.1. – Распределение депрессивных состояний и реактивной тревожности среди участниц исследования

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

Представленные результаты позволяют оценить особенности динамики психоэмоционального состояния 32 беременных женщин, временно находящихся за пределами страны постоянного проживания, под влиянием целенаправленных психокоррекционных мероприятий. В качестве инструмента анализа использовались валидизированные шкалы, позволяющие определить

уровни как личностной, так и реактивной тревожности, а также провести дифференцированную диагностику выраженности депрессивных состояний.

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

Показатель	До психоэмоциональной поддержки	После психоэмоциональной поддержки	p
Реактивная тревожность			
низкой степени	22 (68,8%)	28 (87,5%)	0,070
умеренной степени	10 (31,3%)	4 (12,5%)	
Личностная тревожность			
низкой степени	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,0
умеренной степени	12 (37,5%)	12 (37,5%)	
высокой степени	20 (62,5%)	20 (62,5%)	
Депрессивные расстройства			
субдепрессия	12 (37,5%)	4 (12,5%)	0,003
умеренная депрессия	3 (9,4%)	1 (3,1%)	
депрессия средней степени тяжести	7 (21,9%)	2 (6,3%)	
тяжёлая депрессия	1 (3,1%)	0 (0,0%)	
депрессия отсутствует	9 (28,1%)	25 (78,1%)	

Примечание: p – точный критерий Фишера

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

наличии адекватной социальной и психологической поддержки в антенатальный период.

Динамика уровней реактивной тревожности до и после психоэмоциональной поддержки

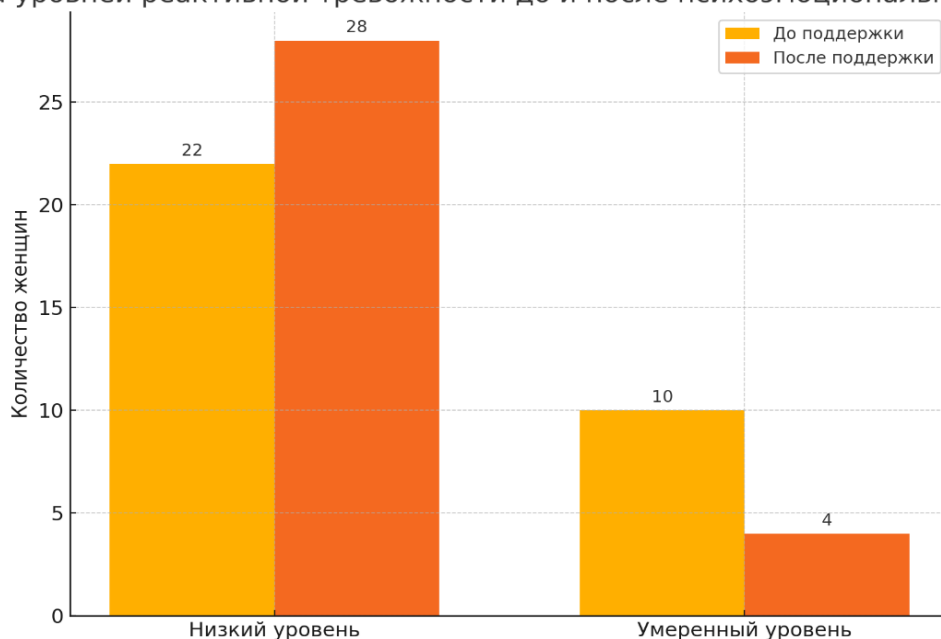


Рисунок 4.2. - Динамика уровней реактивной тревожности до и после психо-эмоциональной поддержки

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

Особое внимание в анализе было уделено структуре депрессивной симптоматики. До проведения психоэмоциональной поддержки депрессивные расстройства различной степени выраженности диагностировались у 23 женщин (71,9% выборки). Распределение состояний выглядело следующим образом: субдепрессия наблюдалась у 12 участниц (37,5%), депрессия умеренной выраженности – у 3 (9,4%), депрессия средней степени тяжести – у 7 (21,9%), тяжёлая форма – у одной женщины (3,1%). У 9 обследованных (28,1%) признаков депрессивных нарушений выявлено не было.

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

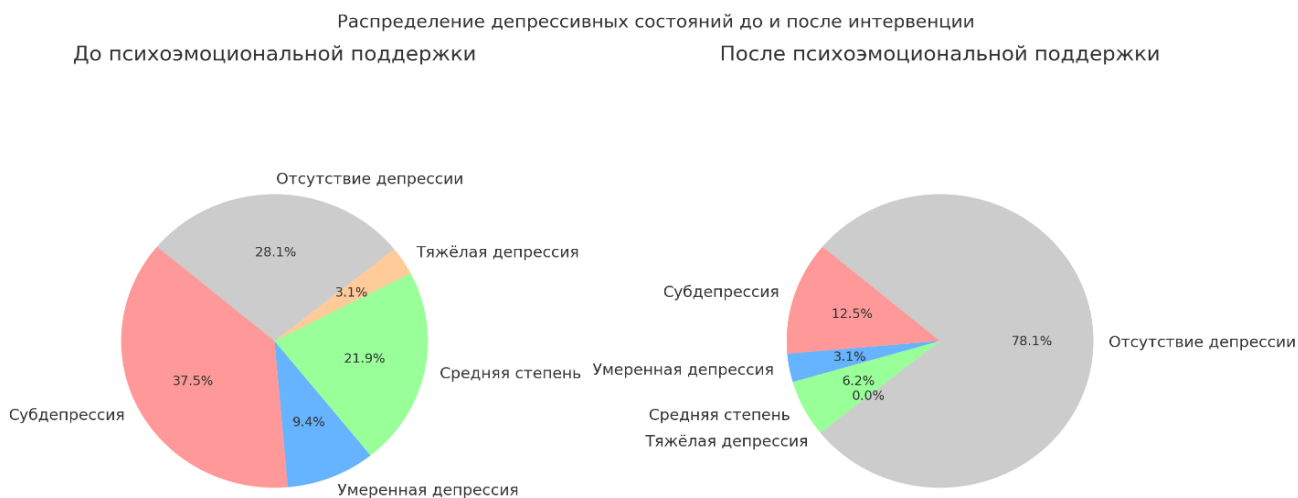


Рисунок 4.3. - Распределение депрессивных состояний до и после психо-эмоциональной поддержки

Таким образом, результаты исследования показывают, что психоэмоциональная поддержка в пренатальный период способствует заметному снижению уровня реактивной тревожности и выраженности

депрессивных проявлений у беременных женщин, находящихся в условиях миграционной социальной уязвимости. Вместе с тем устойчивость личностной тревожности к кратковременным вмешательствам подчёркивает необходимость создания и внедрения программ долговременного психотерапевтического сопровождения, учитывающих индивидуальные особенности и социальный контекст жизни этих женщин.

4.2. Акушерские исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в зависимости от ведения беременности

Представлена сравнительная характеристика акушерских исходов у беременных женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, с учётом особенностей организации дородового наблюдения и психоэмоционального сопровождения. Целью анализа было выявление взаимосвязи между наличием комплексной медико-психологической поддержки в период гестации и частотой развития гестационных осложнений.

В исследование включены две группы: основная, состоящая из 32 беременных женщин, находящихся вне родины, которым оказывалось полное дородовое сопровождение в соответствии с современными стандартами ведения физиологической беременности с обязательным включением психоэмоциональной поддержки; и группа сравнения из 68 беременных женщин, находившихся в сопоставимых условиях, при соблюдении протокольного ведения, но не получавших медико-психологического сопровождения.

Анализ частоты гестационных осложнений охватывал широкий спектр патологических состояний: преэклампсию различной степени тяжести, нарушения объёма околоплодных вод, преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит, угрозу прерывания беременности на разных сроках, рвоту беременных, а также нарушения кровотока в системе «мать–плацента–плод». Для статистической обработки использовался критерий χ^2 с поправкой

Йейтса, что является обоснованным подходом при сравнении малых и средних выборок в условиях ограниченного числа наблюдений.

Согласно полученным данным, умеренная преэклампсия была выявлена у одной женщины основной группы (1 из 32; 3,1%) и у трёх пациенток группы сравнения (3 из 68; 4,4%); точный Фишер: $p = 0,329$ - статистически значимых различий не выявлено. Тяжёлая форма преэклампсии зарегистрирована только в основной группе (1 случай; 3,1 %), тогда как в группе сравнения подобные эпизоды отсутствовали (0 из 68; точный Фишер: $p = 0,329$).

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

Осложнение	Основная группа (n=32)	Группа сравнения (n=68)	p
Умеренная преэклампсия	1 (3,1%)	3 (4,4%)	0,329
Тяжелая преэклампсия	1 (3,1%)	0 (0,0%)	
Маловодие	3 (9,4%)	2 (2,9%)	0,324
Многоводие	1 (3,1%)	1 (1,5%)	
ДРПО	3 (9,4%)	11 (16,2%)	0,539
Хорионамнионит	1 (3,1%)	5 (7,4%)	0,661
Угроза прерывания беременности во II и III триместрах	4 (12,5%)	5 (7,4%)	0,462
Угроза прерывания беременности 1 триместр	11 (34,4%)	14 (20,6%)	0,147
Рвота беременных	2 (6,3%)	4 (5,9%)	1,0
Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»	10 (31,3%)	5 (7,4%)	0,005

Примечание: p – точный критерий Фишера

Частота маловодия составила 3 случая (9,4%) в основной группе (n=32) и 2 случая (2,9%) в группе сравнения (n=68); точный Фишер: $p = 0,324$. Многоводие регистрировалось по одному случаю в каждой из групп (3,1% против 1,5%; точный Фишер: $p = 0,324$), что указывает на сопоставимые значения по данному параметру.

ДРПО наблюдался у 3 женщин основной группы (9,4 %) и у 11 женщин группы сравнения (16,2%); точный Фишер: $p = 0,539$. Хорионамнионит диагностирован у 1 женщины основной группы (3,1 %) и у 5 пациенток группы сравнения (7,4%); точный Фишер: $p = 0,661$. Статистически значимых различий по обоим показателям не выявлено.

Угроза прерывания беременности во втором и третьем триместрах зафиксирована у 4 участниц основной группы (12,5%) и у 5 женщин группы сравнения (7,4%); точный Фишер: $p = 0,462$. В первом триместре угроза прерывания регистрировалась у 11 женщин основной группы (34,4%) и у 14 женщин группы сравнения (20,6%); точный Фишер: $p = 0,147$. Статистически значимых различий по обоим показателям не выявлено.

Рвота беременных отмечалась с сопоставимой частотой в обеих группах: у 2 из 32 женщин в основной (6,3%) и у 4 из 68 в контрольной (5,9%); точный Фишер: $p = 1,0$.

Наибольшее различие между группами установлено по показателю нарушений кровотока в системе «мать–плацента–плод»: в основной группе ($n = 32$) они встречались у 10 женщин (31,2%), тогда как в группе сравнения ($n = 68$) - у 5 (7,4%); точный двусторонний критерий Фишера: $p = 0,005$ - различие статистически значимо. Таким образом, психоэмоциональная поддержка в рамках антенатального сопровождения ассоциирована со статистически значимым снижением частоты нарушений фетоплацентарного кровотока; абсолютное снижение составляет около 24 процентных пунктов.

Таким образом, несмотря на отсутствие статистически значимых различий по перечисленным гестационным осложнениям, выявленные тенденции указывают на возможное положительное влияние комплексной медико-психологической поддержки на течение беременности у женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания. Полученные результаты подчёркивают необходимость дальнейшего изучения роли психоэмоциональных факторов и организации сопровождения беременности в данной уязвимой группе, а также

потенциальную целесообразность включения подобных подходов в клинические рекомендации по ведению беременных женщин, временно находящихся вне страны постоянного проживания.

В рамках комплексного анализа акушерских исходов особое внимание было уделено сопоставлению сроков родоразрешения у женщин в зависимости от наличия медико-психологического сопровождения. Этот показатель рассматривается как один из ключевых интегративных маркеров, отражающих как физиологическое течение беременности, так и эффективность дородового наблюдения, а также адаптационный потенциал организма женщины в условиях стрессогенных факторов миграционной среды.

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

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

Проведенный статистический анализ выявил высокозначимые различия в распределении сроков родоразрешения между подгруппами. Срочные роды - 25 из 32 (78,1%) в основной группе против 22 из 68 (32,4%) в группе сравнения; преждевременные роды - 6 из 32 (18,8%) против 34 из 68 (50,0%); запоздалые роды - 1 из 32 (3,1%) против 12 из 68 (17,6%). Омнибусный точный Фишер 3×2: $p < 0,001$.

Таблица 4.3. – Сроки родоразрешения у женщин основной группы и группы сравнения

Роды	Основная группа (n=32)	Группа сравнения (n=68)	p
Срочные	25 (78,1%)	22 (32,4%)	<0,001
Преждевременные	6 (18,8%)	34 (50,0%)	
Запоздалые	1 (3,1%)	12 (17,6%)	

Примечание: p – точный критерий Фишера

Таким образом, психоэмоциональное сопровождение ассоциировано с достоверным смещением распределения сроков родоразрешения в сторону срочных родов, с одновременным уменьшением как преждевременных, так и запоздалых родов (статистически значимо по всему распределению в целом).

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

В рамках анализа акушерских исходов особое внимание уделялось частоте оперативного родоразрешения методом кесарева сечения (КС) среди беременных женщин, пребывающих за пределами родины, в зависимости от

характера дородового наблюдения и наличия психоэмоциональной поддержки. Данный показатель рассматривается как один из ключевых индикаторов акушерской тактики и эффективности антенатального мониторинга состояния матери и плода.

В основной группе, включавшей 32 беременных женщин, которым в течение гестационного периода оказывалась структурированная медико-психологическая поддержка, кесарево сечение выполнено в 5 случаях, что составило 15,6% от общего числа родов. Конкретизация показаний к операции позволяет оценить её клиническую обоснованность. Так, в трёх случаях (9,4%) кесарево сечение было произведено по экстренным показаниям в связи с дородовым разрывом плодных оболочек, сопровождавшимся отсутствием самостоятельной родовой деятельности и риском восходящей инфекции. В одном наблюдении (3,1%) операция проводилась при многократном обвитии пуповины вокруг шеи плода с признаками внутриутробной гипоксии, выявленной при доплерометрии. Ещё одно кесарево сечение носило экстренный характер и выполнялось по витальным показаниям на фоне тяжёлой преэклампсии с высоким риском для жизни матери и ребёнка (рисунок 4.4).

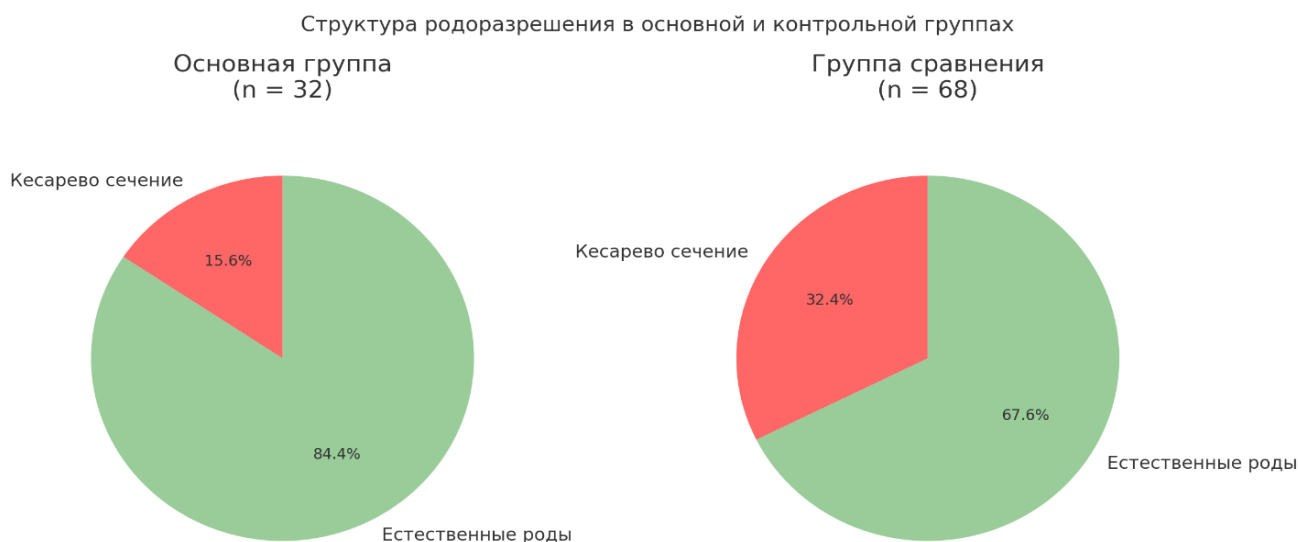


Рисунок 4.4. - Структура родоразрешения в основной и контрольной группах

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

Также была проведена оценка послеродовых осложнений у женщин, временно находящихся за пределами страны постоянного проживания, в зависимости от качества антенатального наблюдения и наличия психоэмоциональной поддержки. Послеродовой период рассматривается как критически важный этап репродуктивного цикла, в течение которого сохраняется высокий риск развития геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений, оказывающих непосредственное влияние на материнскую заболеваемость и последующую репродуктивную функцию.

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

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

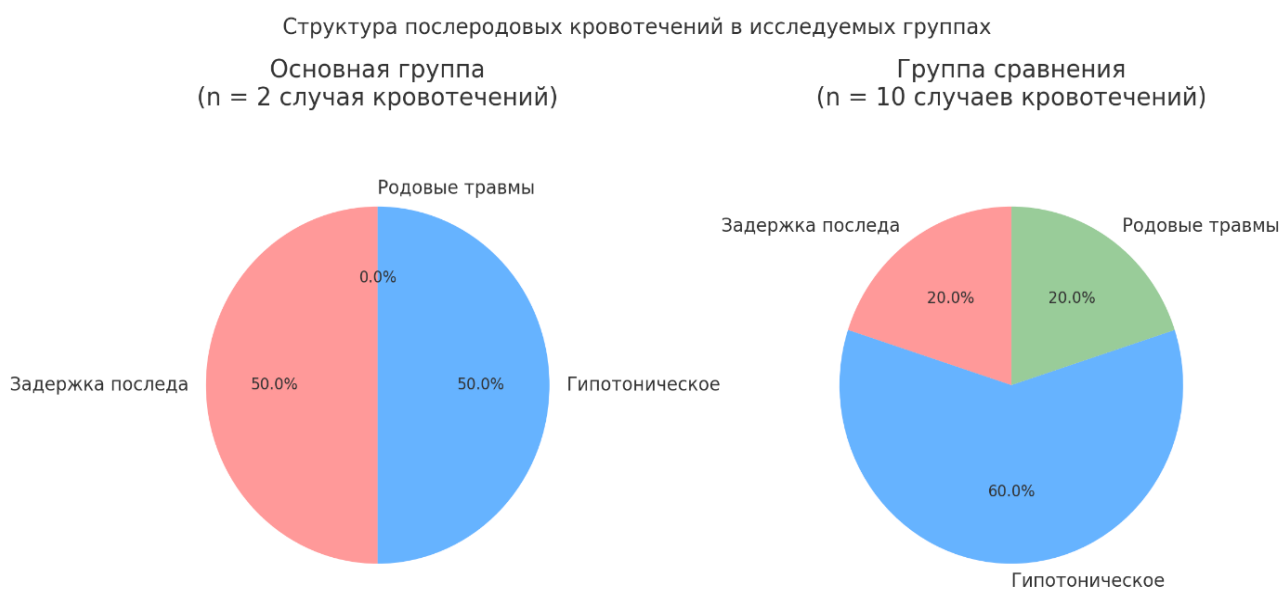


Рисунок 4.5. - Структура послеродовых кровотечений в исследуемых группах

В контрольной группе, включавшей 68 женщин, беременность которых протекала вне системы структурированного антенатального наблюдения и без психоэмоциональной поддержки, частота и спектр послеродовых осложнений были более выраженными, по сравнению с основной группой. Так, послеродовое кровотечение, связанное с задержкой частей последа, зарегистрировано у двух пациенток (2,9 %). Существенно чаще отмечались гипотонические кровотечения - шесть случаев (8,8 %), что, вероятно, связано с недостаточной профилактикой атонии матки как в третьем периоде родов, так и в раннем послеродовом этапе. Кроме того, выявлены два эпизода кровотечений, обусловленные родовыми травмами мягких тканей промежности I и II степеней, потребовавшие акушерско-хирургической коррекции. Представленные данные подчёркивают

необходимость усиления перинатального контроля и внедрения индивидуализированных протоколов профилактики послеродовых кровопотерь в группах высокого риска, к которым относятся женщины, временно проживающие вне страны своего постоянного проживания и испытывающие ограничения в доступе к медицинской помощи.

Среди инфекционно-воспалительных осложнений в контрольной группе зафиксированы три случая эндометрита и два эпизода субинволюции матки, что может отражать как исходную соматическую отягощённость, так и ограниченный доступ к медицинской помощи в постнатальном периоде. При этом воспаление в области рубца после кесарева сечения в данной группе не наблюдалось (рисунок 4.6).

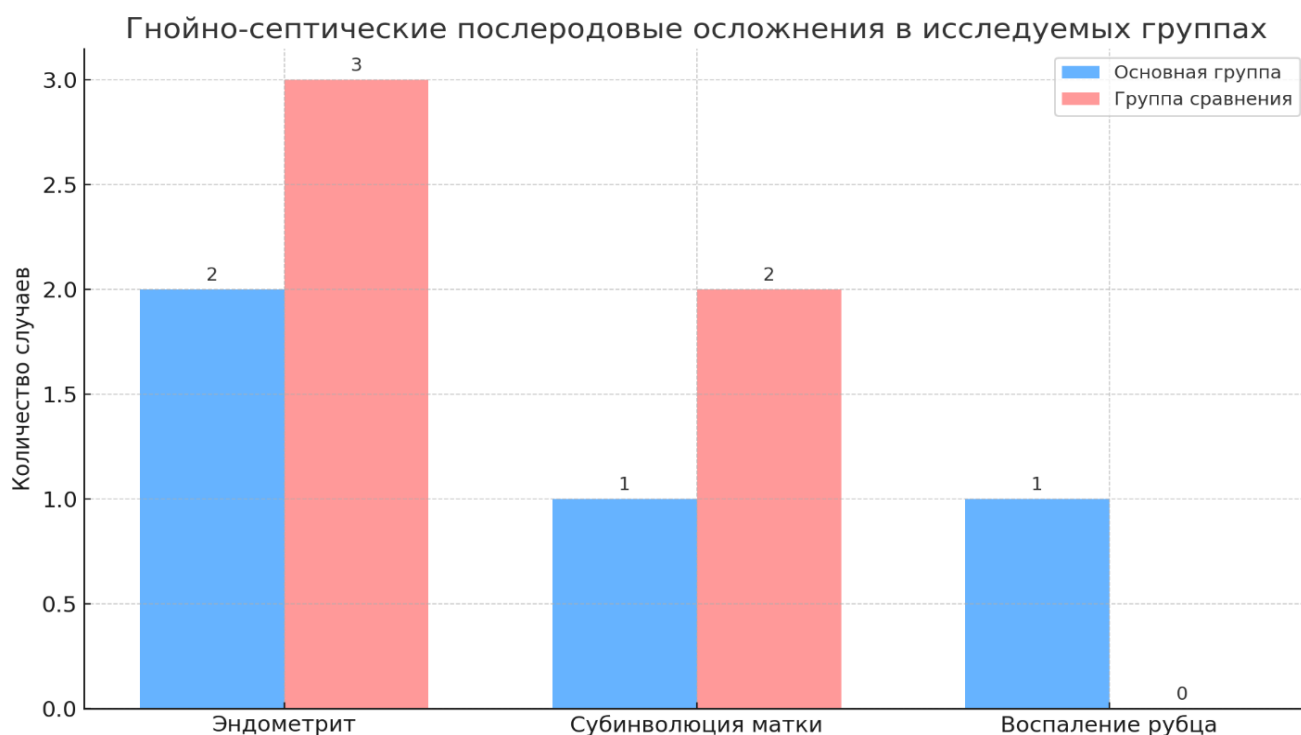


Рисунок 4.6. - Гнойно-септические послеродовые осложнения в исследуемых группах

Сравнительный анализ данных указывает на потенциальное значение антенатального психоэмоционального сопровождения в снижении частоты послеродовых осложнений. Интеграция междисциплинарных подходов, включающих элементы психопрофилактики, акушерского наблюдения и мониторинга функционального состояния матки, позволяет своевременно

выявлять и корректировать факторы риска, формирующие послеродовую патологию. Полученные данные подтверждают необходимость расширения программ антенатального патронажа с обязательным включением психосоциальной поддержки, особенно для женщин, временно проживающих вне страны постоянного проживания и находящихся в условиях социальной уязвимости, обусловленной особенностями их правового, экономического и бытового положения.

4.3. Перинатальные исходы у беременных женщин, пребывающих за пределами страны проживания, в зависимости от ведения беременности

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

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

Контрольную группу составили 68 женщин, не получавших систематического антенатального сопровождения и находившихся вне структурированных программ пренатальной помощи. Сравнительный анализ охватывал показатели массы тела новорождённых, их адаптационного состояния при рождении, частоту асфиксии, а также структуру перинатальной смертности (таблица 4.4).

Анализ массы тела новорождённых показал, что дети с недостаточной массой (1500–2500 г) рождались преимущественно в контрольной группе - 11 случаев (16,2%), тогда как в основной группе зафиксирован лишь один подобный случай (3,1%).

Таблица 4.4. – Распределение по массе тела новорождённых обследованных женщин

Масса тела, г	Основная группа (n=32)	Группа сравнения (n=68)	P
1500–2500	1 (3,1%)	11 (16,2%)	0,139
2500–3000	8 (25,0%)	23 (33,8%)	
3000–3500	13 (40,6%)	20 (29,4%)	
>3500	10 (31,3%)	14 (20,6%)	

Примечание: p – точный критерий Фишера

Омнибусный точный Фишер 4×2 по всему распределению массы: p = 0,139, статистически значимых различий между группами по данному параметру не выявлено. Вместе с тем отмечается клиническая тенденция, указывающая на возможную связь отсутствия медико-психологического сопровождения с повышенным риском фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипотрофии.

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

Оценка жизнеспособности новорождённых по шкале Апгар на 1-й минуте в подгруппах с психоэмоциональной поддержкой (n=32) и без неё (n=68) показала: 8–9 баллов - 22 (68,8%) против 25 (36,8%); 7 баллов - 8 (25,0%) против 29 (42,6%); ≤ 6 баллов - 2 (6,3%) против 14 (20,6%). Точный Фишер 3×2: p = 0,009, распределение оценок статистически значимо различается между группами. Результат указывает на более высокий уровень родовой адаптации у

новорождённых, матери которых получали комплексную поддержку в период беременности.

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

Особого внимания заслуживает тот факт, что низкие оценки (<7 баллов), указывающие на наличие асфиксии лёгкой и средней степеней тяжести, встречались исключительно в контрольной группе. Здесь были зафиксированы единичные случаи с оценками 6, 5, 4, 2 и даже 0 баллов. В основной группе такие исходы отсутствовали, за исключением двух новорождённых с результатом 6 баллов.

Таблица 4.5. - Распределение новорождённых по шкале Апгар на 1-й минуте в основной группе и группе сравнения

Оценка по шкале Апгар	Основная группа (n=32)	Группа сравнения (n=68)	p
8–9 баллов	22 (68,8%)	25 (36,8%)	0,009
7 баллов	8 (25,0%)	29 (42,6%)	
≤6 баллов	2 (6,3%)	14 (20,6%)	

Примечание: p – точный критерий Фишера

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

Наиболее выраженные различия между исследуемыми группами касались показателей перинатальных потерь. В основной группе летальные исходы отсутствовали, что свидетельствует о высокой эффективности структурированного пренатального наблюдения. В группе сравнения зафиксировано восемь случаев перинатальной гибели, включая четыре антенатальные, две интранатальные и два эпизода ранней неонатальной потери. В шести из них причиной выступали тяжёлые врождённые пороки развития, охватывающие центральную нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Отсутствие своевременной диагностики указанных пороков обусловлено поздним обращением женщин за медицинской помощью, нерегулярным прохождением скрининговых исследований и ограниченной доступностью диагностических ресурсов в условиях социальной нестабильности.

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

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

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

Таким образом, обобщение результатов сравнительного анализа позволяет заключить, что наличие структурированного антенатального сопровождения беременных женщин, временно проживающих и осуществляющих трудовую деятельность за пределами страны своего постоянного проживания, оказывает значимое влияние на показатели перинатального исхода, оказывает достоверно положительное влияние на исходы беременности для плода и новорождённого. Программы дородовой помощи, сочетающие акушерское наблюдение с психоэмоциональной поддержкой, способствуют снижению частоты гипотрофии, улучшению адаптационного статуса новорождённых, сокращению случаев асфиксии и позволяют полностью избежать перинатальных потерь. Учитывая высокую степень социальной, юридической и медицинской уязвимости данной категории женщин, полученные результаты подтверждают необходимость институционализации пренатальных патронажных программ с обязательным включением компонентов психосоциальной поддержки в систему охраны материнства и детства.

ГЛАВА 5. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема сохранения психоэмоционального здоровья беременных женщин, временно проживающих вне страны своего постоянного проживания, в последние годы всё чаще рассматривается в научных публикациях как зарубежных, так и отечественных авторов. Проживание за пределами своей страны в сочетании с вынужденным изменением социального окружения сопровождается множеством стрессовых факторов: юридической неопределённостью, социальной дезадаптацией, ограниченным доступом к медицинской помощи и недостаточностью психосоциальной поддержки. Согласно современным представлениям, обеспечение психического и репродуктивного здоровья таких женщин, особенно в период беременности, относится к числу приоритетных задач перинатальной и социальной медицины. Анализ литературных данных, представленных в первой главе, позволил сформулировать положения, которые согласуются с результатами эмпирической части диссертационного исследования. В научных работах подчёркивается значимая роль психоэмоционального состояния беременных женщин, временно находящихся вне страны постоянного проживания, в формировании особенностей течения беременности, исходов родов и перинатального прогноза. Эти наблюдения находят подтверждение в материалах, полученных при изучении основной и контрольной групп в рамках проведённого исследования.

Так, по данным Tian G. и соавт. (2024), уровень психоэмоционального благополучия беременных напрямую определяется степенью социальной поддержки и стабильностью условий проживания [131]. Женщины, временно проживающие вне страны своего постоянного проживания, особенно в условиях трудовой занятости за рубежом, значительно чаще сталкиваются с правовой и бытовой незащищённостью, что создаёт благоприятные предпосылки для формирования тревожных и депрессивных расстройств. Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают этот вывод: при отсутствии целенаправленной психоэмоциональной помощи признаки тревожно-депрессивного спектра фиксировались более чем у 70% женщин контрольной

группы, тогда как в основной группе после проведения коррекционных мероприятий их частота существенно снижалась. Данные факты демонстрируют высокую значимость превентивного подхода, основанного на психосоциальной поддержке.

Сходные результаты приведены в исследовании Atak и соавт. (2023), где отмечено, что у беременных женщин, временно проживающих за пределами страны постоянного проживания на территории Турции, наиболее частыми психоэмоциональными нарушениями являются тревожные и депрессивные состояния, особенно на поздних сроках гестации [105]. Их формирование связано не только с физиологическими изменениями и гормональными колебаниями, характерными для периода беременности, но и с выраженной социокультурной дезадаптацией. Эти выводы коррелируют с результатами настоящего исследования: высокая личная тревожность сохранялась у значительной части женщин контрольной группы, что объясняется отсутствием системных психокоррекционных мероприятий.

Исследование Nwoke и соавт. (2023), выполненное среди женщин африканского происхождения, временно проживающих в Канаде, акцентирует внимание на значимости интегративных моделей сопровождения, в которых акушерский, психологический и социальный компоненты реализуются одновременно и в тесном взаимодействии. Авторы подчёркивают, что именно мультидисциплинарный формат ведения позволяет снизить уровень тревожности и повысить готовность женщин к родам. Сравнение с результатами настоящего исследования показывает полное согласие с данными выводами: в основной группе, где применялись элементы структурированного психоэмоционального сопровождения, зафиксированы более благоприятные сроки родоразрешения, меньшая частота экстренных кесаревых сечений и отсутствие случаев перинатальной смертности [104].

В работе Wallace и соавт. (2022) представлены экспериментальные доклинические данные, подтверждающие, что хронический пренатальный стресс способен оказывать комплексное неблагоприятное воздействие как на

плод, так и на организм матери [54]. У плодов он индуцирует когнитивные и поведенческие нарушения, а у женщин ассоциирован с развитием сосудистых и эндокринных осложнений, включая преэклампсию. Эта установленная взаимосвязь позволяет интерпретировать полученные в диссертационном исследовании результаты: более высокая частота гипотонических кровотечений, дородового разрыва плодных оболочек, нарушений маточно-плацентарного кровотока и преждевременных родов в контрольной группе напрямую соотносится с отсутствием системного междисциплинарного сопровождения и некомпенсированным влиянием стрессовых факторов.

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

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

Таким образом, сопоставление литературных данных и эмпирических результатов исследования подтверждает, что внедрение структурированных программ психоэмоциональной поддержки оказывает выраженный положительный эффект не только на субъективное психоэмоциональное состояние беременных, но и на объективные акушерские и перинатальные

показатели. Полученные факты служат основанием для разработки и практического внедрения междисциплинарных моделей пренатального патронажа, включающих обязательный компонент психосоциальной поддержки. Особенно актуально это для социально уязвимых категорий, к числу которых относятся женщины, временно проживающие за пределами страны своего постоянного проживания.

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

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

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

Современные зарубежные и отечественные исследования [54, 131, 105] подтверждают наличие прямой корреляционной связи между психоэмоциональным дистрессом и ростом частоты преждевременных родов, нарушений маточно-плацентарного кровотока, гипотонии матки, а также увеличением показателей перинатальной смертности. Эти данные подчёркивают актуальность и обоснованность заявленной цели исследования и обеспечивают методологическую основу для интерпретации полученных в работе результатов.

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

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

Сформулированная цель настоящего исследования предполагала комплексное изучение взаимосвязи психоэмоциональных и гормональных показателей беременных женщин, временно проживающих за пределами страны

своего постоянного проживания, с особенностями течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальными исходами. В соответствии с этим были определены конкретные исследовательские задачи, последовательная реализация которых позволила всесторонне оценить поставленную проблему.

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

Решение второй задачи, предусматривавшей оценку психоэмоционального состояния беременных женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, показало наличие высокого уровня личностной тревожности у 62,5% обследованных и умеренной реактивной тревожности у 31,2% участниц. До начала интервенционных мероприятий депрессивные состояния различной степени выраженности выявлялись у 71,9% женщин, что отражает существенное психологическое напряжение, характерное для проживания вне страны постоянного проживания при ограниченной социальной и медицинской поддержке. Проведение психоэмоциональной поддержки обеспечило значимое снижение уровня тревожности и депрессивных расстройств: субдепрессия сохранялась лишь у 12,5% женщин, тяжёлые формы депрессии отсутствовали, а количество женщин без признаков депрессивных нарушений увеличилось до 78,1%. Полученные результаты подтверждают

эффективность психокоррекционного вмешательства в рамках антенатального сопровождения.

Решение третьей задачи, связанной с изучением гормонального профиля беременных женщин, показало наличие нарушений в уровнях кортизола и гормонов фето-плацентарного комплекса у участниц с выраженными психоэмоциональными расстройствами. Данные изменения, отражающие дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, коррелировали с высокими уровнями тревожности и выраженностью депрессивной симптоматики. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи нейроэндокринной регуляции и психоэмоционального состояния в период беременности, особенно при проживании вне страны постоянного проживания и сопутствующих социально-стрессовых условиях.

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

Пятая задача была направлена на установление корреляционных взаимосвязей между психоэмоциональными и гормональными нарушениями и развитием акушерских осложнений. Проведённый анализ показал, что высокий уровень тревожности и изменения гормонального профиля достоверно ассоциировались с повышенной частотой дородового разрыва плодных

оболочек, нарушений маточно-плацентарного кровотока, а также с осложнённым течением беременности, включающим родоразрешение через кесарево сечение по экстренным показаниям. Эти данные подчёркивают патогенетическую роль психоэндокринного дистресса в формировании осложнённого течения беременности у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания.

Шестая задача была направлена на оценку эффективности комплексного подхода к ведению беременности с обязательным включением психоэмоциональной поддержки. Результаты исследования показали, что у женщин основной группы наблюдались достоверные улучшения по всем ключевым параметрам - клиническим, психологическим и гормональным. Это позволяет заключить, что интеграция междисциплинарных подходов в систему антенатального наблюдения беременных женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, является обоснованной и соответствует принципам доказательной медицины. Снижение уровня тревожности и депрессивных проявлений, нормализация гормонального профиля, уменьшение частоты преждевременных родов и послеродовых осложнений, а также отсутствие случаев перинатальной смертности подтверждают эффективность комплексной модели наблюдения беременных в условиях социальной уязвимости, связанной с проживанием вне страны постоянного проживания.

Таким образом, поэтапное решение поставленных задач обеспечило достижение цели диссертационного исследования и позволило выявить значимые взаимосвязи между психоэмоциональными, гормональными и клиническими характеристиками. Эти данные формируют основу для разработки научно обоснованных медико-социальных стратегий сопровождения беременности у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания.

В рамках диссертационного исследования проведена комплексная характеристика клинико-социального состава и применённого

методологического подхода при обследовании 100 беременных женщин, временно проживавших за пределами страны своего постоянного проживания. Все участницы являлись гражданками Республики Таджикистан, временно проживающими на территории Российской Федерации.

Для всесторонней оценки состояния беременных был применён многоуровневый диагностический протокол, включавший социально-демографический и клинико-anamнестический анализ. Такой подход позволил детализировать репродуктивный анамнез, особенности перемещения и проживания вне страны постоянного проживания, поведенческие аспекты в гестационный период, а также выявить потенциальные факторы риска. К числу последних относились неблагоприятные условия проживания, отсутствие медицинской страховки, ограниченный доступ к квалифицированной помощи и недостаточный уровень информированности о правах и возможностях получения медицинской поддержки в стране пребывания.

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

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

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

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

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

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

Полученные результаты согласуются с выводами, представленными в литературном обзоре (глава 1). Так, Atak M. и соавт. (2023) указывают, что беременные женщины, временно проживающие за пределами страны своего постоянного проживания, демонстрируют более высокий уровень тревожности и депрессии по сравнению с местным населением, что напрямую связано с социальной нестабильностью и ограниченными адаптационными ресурсами [105]. Аналогичные данные приводят Tian G. и соавт. (2024), отмечая, что уровень социальной поддержки имеет значимую корреляцию с психоэмоциональным статусом женщин в период беременности [131].

Кроме того, авторы Nwoke C.N. и соавт. (2023) подчёркивают, что депрессия и тревожные расстройства у женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, напрямую связаны с неблагоприятными перинатальными исходами, включая преждевременные роды и повышенную частоту госпитализаций новорождённых. Эти данные находят подтверждение в результатах, представленных в главе 4: в основной группе, где беременные женщины получали антенатальное медико-психологическое сопровождение, частота срочных родов достигала 78,1%, тогда как в группе сравнения данный показатель составил лишь 32,4%. Преждевременные роды, напротив, значительно чаще встречались в группе без сопровождения - 50% против 18,8% в основной [104]. Особое значение имеет тот факт, что в основной группе не было зафиксировано ни одного случая перинатальной смертности, тогда как в контрольной когорте зарегистрированы восемь летальных исходов, включая четыре антенатальных, два интранатальных и два ранних неонатальных. Эти результаты полностью соответствуют выводам Tian G. и соавт. (2024), указывающих на прямую связь высокого уровня перинатального риска с неблагоприятным психоэмоциональным фоном в период беременности [131].

Анализ послеродовых осложнений также подтвердил эффективность внедрённой модели антенатального сопровождения. В основной группе частота гипотонических и инфекционно-воспалительных осложнений была существенно ниже, что отражает более стабильное общее состояние пациенток и

результативность комплексного подхода. Подобные данные согласуются с выводами исследования Nwoke C.N. и соавт. (2023), где отмечено, что отсутствие системной поддержки в период беременности и родов существенно повышает риск как соматических, так и психических нарушений в послеродовом периоде [104].

Таким образом, сопоставление полученных эмпирических данных с анализом литературы, представленной в главе 1, позволяет утверждать, что внедрение междисциплинарной модели ведения беременности, включающей психоэмоциональную поддержку, существенно повышает эффективность перинатального наблюдения за беременными женщинами, временно проживающими за пределами страны своего постоянного проживания. Представленные результаты не только подтверждают актуальные научные положения, отражённые в ряде международных исследований [104, 131, 105], но и вносят весомый вклад в разработку региональной модели перинатального наблюдения беременных женщин, временно проживающих за пределами страны своего постоянного проживания, учитывающей их социокультурные, правовые и медицинские особенности.

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бачило, Е.В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 [Текст] / Е.В. Бачило // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2020. - Т. 120, № 10. - С. 130–136.
2. Галиева, Г.Ф., Исследование психологических проблем женщин-мигрантов в семейных и детско-родительских отношениях [Текст] / Г.Ф. Галиева // Минбар. Исламоведение. - 2023. - № 1 (16). - С. 213–234.
3. Демографический ежегодник России. 2023: статистический сборник [Текст]. - Москва: Росстат, 2023. - 256 с.
4. 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>
5. 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>
6. Организация Объединённых Наций. Служба новостей ООН [Электронный ресурс]. URL: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2026-01-30.html>
7. Преждевременные роды. Клинические рекомендации [Текст]. – Российское общество акушеров-гинекологов. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2024. Пересмотр не позднее 2026 г.
8. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде: клинические рекомендации [Текст]. – Российское общество акушеров-гинекологов; Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов. – Москва, 2021. – 126 с.

9. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Труд и занятость в России. 2023: статистический сборник [Текст]. - Москва: Росстат, 2023. - 180 с.
10. Филиппова, Г.Г. Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России [Текст] / Г.Г. Филиппова // Вестник практической психологии образования. – 2024. – № 1. – С. 12–21.
11. Флоринская, Ю.Ф. Женская трудовая миграция в Россию: численность, страны-доноры, ниши на рынке труда [Текст] / Ю.Ф. Флоринская // Проблемы прогнозирования. - 2022. - № 1. - С. 78–90.
12. A scoping review of maternal health among resettled refugee women in the United States [Text] / S. Yeo [et al.] // *Frontiers in Public Health*. - 2023. - Vol. 11. - P. 1157098.
13. A systematic review of the associations between maternal nutritional biomarkers and depression and/or anxiety during pregnancy and postpartum [Text] / J. Trujillo [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. - 2018. - Vol. 232. - P. 185–203.
14. Aldinger, J.K. Prenatal maternal psychological stress (PMPS) and its effect on the maternal and neonatal outcome: a retrospective cohort study [Text] / J.K. Aldinger, H. Abele, A. Kranz // *Healthcare (Basel)*. – 2024. – Vol. 12, No. 23. – P. 1–14.
15. Altaş, Z.M., Investigation of usage of antenatal care services by Syrian immigrant pregnant women and the frequency of anaemia and hypertension during the pandemic [Text] / Z.M. Altaş, M.A. Sezerol // *Journal of Biosocial Science*. - 2024. - Vol. 56, No. 6. - P. 984–997.
16. Alves, A.C. Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health [Text] / A.C. Alves, J.G. Cecatti, R.T. Souza // *The Scientific World Journal*. - 2021. - Vol. 2021. - Article ID 9512854.

17. Alzahrani, A.D. Risk factors for postnatal depression among primipara mothers [Text] / A.D. Alzahrani // Spanish Journal of Psychology. - 2019. - Vol. 22. - P. E35.
18. Amnesty International. North Korea: Workers Abroad [Text]. - London: Amnesty International Publications, 2021. - 80 p.
19. Antenatal depression across trimesters as a risk for postpartum depression and estimation of the fraction of postpartum depression attributable to antenatal depression: a systematic review and meta-analysis of cohort studies [Text] / L.P. Dlamini [et al.] // General Hospital Psychiatry. - 2023. - Vol. 85. - P. 35–42.
20. Antenatal depression and anxiety in Indian women: a systematic review [Text] / S. Sahoo [et al.] // Indian Psychiatry Journal. – 2023. – Vol. 32, No. 2. – P. 222–233.
21. Anxiety among pregnant women during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland [Text] / M. Ilska [et al.] // Scientific Reports. - 2022. - Vol. 12, No. 1. - Art. 8445.
22. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: systematic review and meta-analysis [Text] / M. Eslier [et al.] // PLOS Medicine. - 2023. - Vol. 20, No. 6. - P. e1004257.
23. Associations of serum cortisol and inflammatory marker features with depression and anxiety in young women with gynecologic cancer [Text] / N. Qin [et al.] // Supportive Care in Cancer. - 2023. - Vol. 31, No. 12. - P. 674.
24. Associations of thyroid hormones profile during normal pregnancy and postpartum with anxiety, depression, and obsessive/compulsive disorder scores in euthyroid women [Text] / P. Konstantakou [et al.] // Frontiers in Neuroscience. - 2021. - Vol. 15, Art. 663348. - 11 c.
25. 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.

26. 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. - P. 196.

27. Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: a scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework [Text] / L. Dumke [et al.] // Clinical Psychology Review. – 2024. – Vol. 113, Article 102491. – P. 18

28. Biomarkers of postpartum depression: a narrative review [Text] / S. Modzelewski [et al.] // Journal of Clinical Medicine. - 2023. - Vol. 12, No. 20. - P. 6519.

29. Birth and postnatal outcomes among infants of immigrant parents of different admission categories and parents born in Canada: a population-based retrospective study [Text] / S. Yang [et al.] // CMAJ. – 2024. – Vol. 196 (12). - E394-E409.

30. Black pregnant women “get the most judgment”: a qualitative study of the experiences of Black women at the intersection of race, gender, and pregnancy [Text] / R. Mehra [et al.] // Women’s Health Issues. - 2020. - Vol. 30, No. 6. - P. 484–492.

31. Block, D.B. How Does the Beck Anxiety Inventory Work? [Electronic resource] / D.B. Block // Verywell Mind. – 2024. URL: <https://www.verywellmind.com/how-does-the-beck-anxiety-inventory-work-8613026>

32. Camara, B. Relationship between sex hormones, reproductive stages and ADHD: a systematic review [Text] / B. Camara, C. Padoin, B. Bolea // Archives of Women’s Mental Health. - 2022. - Vol. 25, No. 1. - P. 1–8

33. Challenges in migrant women’s maternity care in a high-income country: a population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes [Text] / E.Y. Gudmundsdottir [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2021. - Vol. 100, No. 9. - P. 1665–1677.

34. 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.

35. Comparative analysis of perinatal health outcomes among refugee subgroups and economic immigrants in Canada (2000–2017) [Text] / M. Ramadan [et al.] // PLOS ONE. - 2025. - Vol. 20, No. 4. - P. e0321453.

36. 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.

37. Cook, R. NIHR Dissemination Centre. Routine use of progesterone does not prevent miscarriage [Text] / R. Cook, V. Thomas, R. Taft // BMJ. - 2019. - Vol. 367. - Article ID: 15721.

38. Correa-de-Araujo, R. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age [Text] / R. Correa-de-Araujo, S.S.S. Yoon // Journal of Women's Health. - 2021. - Vol. 30, No. 2. - P. 160–167.

39. Cross cultural workers for women and families from migrant and refugee backgrounds: a mixed-methods study of service providers' perceptions [Text] / H.J. Rogers [et al.] // BMC Women's Health. - 2021. - Vol. 21, No. 1. - P. 222.

40. Çulcu, E.A. An update on approved and emerging drugs for the treatment of postpartum depression [Text] / E.A. Çulcu, Ş. Demiryürek, A.T. Demiryürek // Idegyogy Sz. - 2024. - Vol. 77, No. 7–8. - P. 227–235.

41. Demissie, D.B. Prevalence and associated factors of maternal mental distress during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis [Text] / D.B. Demissie, Z.W. Bitew // SAGE Open Medicine. - 2021. - Vol. 9. - Art. 20503121211051165.

42. Depression and anxiety among pregnant women during the COVID-19 pandemic in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis [Text] / T.G. Wondmeneh [et al.] // Frontiers in Global Women's Health. - 2024. - Vol. 5. - P. 1453157.

43. Depression in Women: Potential Biological and Sociocultural Factors

Driving the Sex Effect [Text] / M. G. Di Benedetto [et al.] // *Neuropsychobiology*. – 2024. – Vol. 83, No. 1. – P. 2–16.

44. Development of the short version of the Spielberger State–Trait Anxiety Inventory [Text] / A.N. Zsido [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2020. – Vol. 291. – Article 113223.

45. Effectiveness and cost-effectiveness of models of maternity care for women from migrant and refugee backgrounds in high-income countries: a systematic review [Text] / Y.G. Yeshitila [et al.] // *Social Science & Medicine*. - 2024. - Vol. 358. - P. 117250.

46. Effects of labetalol plus magnesium sulfate on brain symptoms and pregnancy outcomes in hypertensive disorders of pregnancy [Text] / X. Zhuang [et al.] // *American Journal of Translational Research*. - 2025. - Vol. 17, No. 3. - P. 2005–2013.

47. Effects of magnesium sulfate combined with labetalol on inflammatory stress and pregnancy outcome of patients with gestational hypertension [Text] / Z. Gu [et al.] // *Experimental and Therapeutic Medicine*. - 2024. - Vol. 27, No. 6. - P. 266.

48. 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.

49. Emotional intelligence and stress and their relationship with breastfeeding self-efficacy in mothers of premature infants [Text] / M. Arshadi Bostanabad [et al.] // *BMC Women’s Health*. - 2024. - Vol. 24, No. 1. - P. 15.

50. Endocrine stress response in pregnancy and 12 weeks postpartum: exploring risk factors for postpartum depression [Text] / S. Stickel [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. - 2021. - Vol. 125. - P. 105122.

51. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Nulliparous Pregnancy Outcomes Study: Monitoring Mothers-to-Be (nuMoM2b) Network. Racial disparities in adverse pregnancy outcomes and

psychosocial stress [Text] / W.A. Grobman [et al.] // *Obstetrics & Gynecology*. - 2018. - Vol. 131, No. 2. - P. 328–335.

52. European Commission. Migration and Asylum in Europe: Annual Report [Text]. - Brussels: European Commission, 2020. - 120 p.

53. European Union Agency for Fundamental Rights. Consolidated Annual Activity Report of the European Union Agency for Fundamental Rights – 2023 [Electronic resource]. - Vienna: FRA, 2024/ URL: <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/consolidated-annual-activity-report-european-union-agency-fundamental-rights-2023>

54. Evidence of anxiety, depression and learning impairments following prenatal hypertension [Text] / K. Wallace [et al.] // *Behavioral Sciences*. - 2022. - Vol. 12, No. 2. - P. 53.

55. Expert consensus on a protocol for conducting bibliometric analysis of scientific articles on global migration health (GMH) [Text] / S. Pernitez-Agan [et al.] // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14, No. 6. – 24 p.

56. Expression of stress-mediating genes is increased in term placentas of women with chronic self-perceived anxiety and depression [Text] / C. A. Martinez [et al.] // *Genes*. - 2020. - Vol. 11, No. 8. - 11 p.

57. Feligreras-Alcalá, D. Personal and family resources related to depressive and anxiety symptoms in women during puerperium [Text] / D. Feligreras-Alcalá, A. Frías-Osuna, R. Del-Pino-Casado // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2020. - Vol. 17, No. 14. - P. 5230.

58. Fifty Years of Evidence on Perinatal Experience among Refugee and Asylum-Seeking Women in OECD Countries: A Scoping Review [Text] / M. Ramadan [et al.] // *PLoS ONE*. – 2023. – Vol. 18, No. 10. – P. 1–30.

59. General Statistics Office of Vietnam. Vietnam Labor and Employment Survey Report [Text]. - Hanoi: GSO, 2022. - 210 p.

60. Gestational blood pressure trajectories and 5-year postpartum hypertension risk in the MADRES study [Text] / Z. Niu [et al.] // *JACC: Advances*. - 2025. - Vol. 4, No. 4. - P. 101660.

61. Gestational diabetes mellitus: a qualitative study of lived experiences of South Asian immigrant women and perspectives of their health care providers in Melbourne, Australia [Text] / M. Bandyopadhyay [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2021. - Vol. 21, No. 1. - Art. 500.
62. Grant, M.M. Beck Anxiety Inventory [Text] / M.M. Grant // Encyclopedia of Child Behavior and Development / ed. by S. Goldstein, J.A. Naglieri. – Boston, MA: Springer US, 2011. – P. 215–217.
63. Grinberg, K. Assessing mental health conditions in women with gestational diabetes compared to healthy pregnant women [Text] / K. Grinberg, Y. Yisaschar-Mekuzas // Healthcare. - 2024. - Vol. 12, No. 14. - Art. 1438.
64. Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: a scoping review [Text] / R.A. El Arab [et al.] // Frontiers in Public Health. – 2023. – Vol. 11. – P. 9
65. Hjelm, K. Gestational diabetes: changed health beliefs in migrant women from five Asian countries living in Sweden: a prospective qualitative study [Text] / K. Hjelm, K. Bard, J. Apelqvist // Primary Health Care Research & Development. - 2022. - Vol. 23. - e2.
66. Hjelm, K. Long-term experiences of health and illness in women from the Middle East with gestational diabetes living in Sweden: a qualitative study [Text] / K. Hjelm, K. Bard, J. Apelqvist // Primary Health Care Research & Development. - 2021. - Vol. 22. - e21.
67. Hormonal changes and mental health outcomes in perinatal women: a mini-review [Text] / B. Palacios-Hernández [et al.] // Frontiers in Psychiatry. - 2024. - Vol. 14. – P. 1296638.
68. Hypertension in pregnancy among immigrant and Swedish women: a cohort study of all pregnant women in Sweden [Text] / P. Wändell [et al.] // Journal of the American Heart Association. - 2024. - Vol. 13, No. 5. - P. e031125
69. Hypertensive disorders of pregnancy among women of migrant origin in Finland: a population-based study [Text] / K. Bastola [et al.] // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. - 2022. - Vol. 101, No. 1. - P. 127–134.

70. Immigration Status as the Foundational Determinant of Health for People Without Status in Canada: A Scoping Review [Text] / M. Gagnon [et al.] // Journal of Immigrant and Minority Health. – 2022. – Vol. 24, No. 4. – P. 1029–1044.
71. Impact of depression and stress on placental DNA methylation in ethnically diverse pregnant women [Text] / M. Tesfaye [et al.] // Epigenomics. - 2021. - Vol. 13, No. 18. - P. 1485–1496.
72. Intensification of anxiety, symptoms of depression, and level of social support among women in pathological pregnancy: a cross-sectional preliminary study [Text] / M. Makara-Studzińska [et al.] // Annals of Agricultural and Environmental Medicine. - 2024. - Vol. 31, No. 2. - P. 255–263.
73. International Labour Organization. Global Estimates on International Migrant Workers [Text]. - Geneva: ILO, 2021. - 150 p.
74. International Organization for Migration. World Migration Report, 2020 [Text]. - Geneva: IOM, 2020. - 496 p.
75. Interventions to improve perinatal outcomes among migrant women in high-income countries: a systematic review protocol [Text] / K. Stevenson [et al.] // BMJ Open. – 2023. – Vol. 13 (8). - e072090.
76. Ivakhnyuk, I. International Migration in Russia and Worldwide: New Trends and Prospects [Text] / I. Ivakhnyuk // Journal of International Analytics. – 2023. – Vol. 14, No. 3. – P. 11–22.
77. Ivakhnyuk, I. Labor Migration in Russia: Challenges and Trends [Text] / I. Ivakhnyuk // Russian Analytical Digest. – 2020. – No. 251. – P. 2–6.
78. Jiles, M. Maternal and infant health outcomes in US-born and non-US-born Black pregnant people in the United States [Text] / M. Jiles, N. Prata, K.G. Harley // JAMA Network Open. - 2024. - Vol. 7, No. 12. - P. e2451693.
79. Jorge, T.F. Effects of maternal anxiety on fetal and maternal circulation [Text] / F.T. Jorge, R.M.Y. Nomura // Rev. Assoc. Med. Bras. - 2023. - Vol. 69, No. 3. - P. 410–414.

80. Justesen, K. Peripartum depression: detection and treatment [Text] / K. Justesen, D. Jourdain // *American Family Physician*. - 2023. - Vol. 108, No. 3. - P. 267–272.
81. Maternal and perinatal health among pregnant patients in the context of a migratory crisis [Text] / J. Miranda [et al.] // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. - 2023. - Vol. 163, No. 2. - P. 416–422.
82. Maternal obesity and severe pre-eclampsia among immigrant women: a mediation analysis [Text] / A. Siddiqui [et al.] // *Scientific Reports*. - 2020. - Vol. 10. – P. 5215.
83. Maternal psychological resilience during pregnancy and newborn telomere length: a prospective study [Text] / G. Verner [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. - 2021. - Vol. 178, No. 2. - P. 183–192.
84. McCarthy, M., Women’s experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis [Text] / M. McCarthy, C. Houghton, K. Matvienko-Sikar // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2021. - Vol. 21, No. 1. - P. 811.
85. Mental vulnerability before and depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective population-based cohort study from general practice [Text] / R.K. Ertmann [et al.] // *Nordic Journal of Psychiatry*. - 2022. - Vol. 76, No. 4. - P. 243–249.
86. Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: a review [Text] / M. Wiciński [et al.] // *Biomedicine & Pharmacotherapy*. - 2020. - Vol. 127. - P. 110196.
87. Migrants Are Underrepresented in Mental Health and Rehabilitation Services: Survey and Register-Based Findings of Russian, Somali, and Kurdish Origin Adults in Finland [Text] / A.E. Castaneda [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17, No. 17. – P. 6223.
88. Monterrosa-Castro, Á., Positive maternal mental health in pregnant women and its association with obstetric and psychosocial factors [Text] / Á.

Monterrosa-Castro, S. Romero-Martínez, A. Monterrosa-Blanco // BMC Public Health. - 2023. - Vol. 23, № 1. - P. 1013

89. Morbidity and mortality of newborns born to immigrant and nonimmigrant females residing in low-income neighbourhoods [Text] / J.A. Jairam [et al.] // Canadian Medical Association Journal. - 2023. - Vol. 195, No. 15. - P. E537–E547.

90. Mukomel, V. Migration Policy in Russia: New Challenges and Approaches [Text] / V. Mukomel // Migration Studies Review. – 2021. – Vol. 9, No. 1. – P. 89–103.

91. National Bureau of Statistics of China. China Statistical Yearbook 2023 [Text]. - Beijing: China Statistics Press, 2023. - 960 p.

92. National Healthcare Disparities Report. Agency for Healthcare Research and Quality [Text]. - Rockville, MD: AHRQ, 2022. – 297 p.

93. Optimizing cognitive and behavioral approaches for perinatal depression: a systematic review and meta-regression analysis [Text] / A. Waqas [et al.] // Global Mental Health. - 2023. - Vol. 10. - P. e22.

94. Paternal country of origin and adverse neonatal outcomes in births to foreign-born women in Norway: a population-based cohort study [Text] / E.S. Vik [et al.] // PLOS Medicine. - 2020. - Vol. 17, No. 11. - P. e1003395.

95. Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai–Myanmar border: does social support matter? [Text] / G. Fellmeth [et al.] // Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2021. – Vol. 376, No. 1827. – P. 20200030.

96. Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai–Myanmar border: does social support matter? [Text] / G. Fellmeth [et al.] // Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2021. – Vol. 376, No. 1827. – P. 20200030

97. Perinatal Mental Health and Received Support: Migrant versus Refugee Perspectives [Text] / G. Fellmeth [et al.] // Philosophical Transactions of the Royal Society B. – 2021. – Vol. 376. – P. 1–10.

98. 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.
99. Postpartum depression - identifying risk and access to intervention [Text] / P. Gopalan [et al.] // Current Psychiatry Reports. - 2022. - Vol. 24, No. 12. - P. 889–896.
100. Postpartum depression and mother–offspring conflict over maternal investment [Text] / A. Gunst [et al.] // Evolution, Medicine, and Public Health. - 2021. - Vol. 9, No. 1. - P. 11–23.
101. Postpartum Depression in Maternal Thyroidal Changes [Text] / P. M. da S. Schmidt [et al.] // Thyroid Research. - 2022. - Vol. 15. – P. 6
102. Postpartum depression: identifying risk and access to intervention [Text] / P. Gopalan [et al.] // Current Psychiatry Reports. - 2022. - Vol. 24, No. 12. - P. 889–896.
103. Pregnancy at age 35 years or older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11[Text] // Obstetrics & Gynecology. - 2022. - Vol. 140, No. 2. - P. 348–366.
104. Prevalence and associated factors of maternal depression and anxiety among African immigrant women in Alberta, Canada: quantitative cross-sectional survey study [Text] / C. N. Nwoke [et al.] // JMIR Formative Research. – 2023. – Vol. 7. – Article e43800.
105. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in immigrant pregnant women in Türkiye: a cross-sectional study [Text] / M. Atak [et al.] // Medicine. - 2023. - Vol. 102, No. 52. - P. e36616.
106. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis [Text] / A. Hoell [et al.] // BJPsych Open. – 2021. – Vol. 7, No. 3. – e93.
107. Prevalence of perinatal anxiety and related disorders in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis [Text] / A. Roddy Mitchell [et al.] // JAMA Network Open. – 2023. – Vol. 6, No. 11. – e2343711.

108. Prevalence, risk factors, and interventions of postpartum depression in refugees and asylum-seeking women: a systematic review and meta-analysis [Text] / K. Heer [et al.] // *Gynecologic and Obstetric Investigation*. - 2024. - Vol. 89, No. 1. - P. 11–21.
109. Progesterone and prolactin levels in pregnant women living with HIV who delivered preterm and low birthweight infants: a nested case-control study [Text] / B.H. Chi [et al.] // *PLoS One*. - 2023. - Vol. 18, No. 1. - e0280730.
110. 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.
111. Quality of Life During Pregnancy from 2011 to 2021: Systematic Review [Text] / A. Boutib [et al.] // *International Journal of Women’s Health*. - 2022. - Vol. 14. - P. 975–1005.
112. Racial variations of adverse perinatal outcomes: a population-based retrospective cohort study in Ontario, Canada [Text] / Q. Miao [et al.] // *PLOS ONE*. - 2022. - Vol. 17, No. 6. - P. e0269158.
113. Racialization processes and depressive symptoms among pregnant Mexican-origin immigrant women [Text] / A.M.W. LeBrón [et al.] // *American Journal of Community Psychology*. - 2025. - Vol. 75, No. 1–2. - P. 5–21.
114. Racialized migrant women’s discrimination in maternal care: a scoping review [Text] / J.T Arcilla [et al.] // *International Journal for Equity in Health*. - 2025. - Vol. 24, No. 1. - P. 16.
115. Rees S., Forced migration, trauma, and the risk of mental health disorders among women in the perinatal period [Text] / S. Rees, J. Fisher // *The Lancet Public Health*. - 2023. - Vol. 8, No. 3. - P. e166–e167
116. Resettlement, mental health, and coping: a mixed methods survey with recently resettled refugee parents in Canada [Text] / A. Sim [et al.] // *BMC Public Health*. – 2023. – Vol. 23, No. 1. – Article 386.

117. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds - Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review [Text] / H.J. Rogers [et al.] // Health Soc. Care Community. – 2020. – Vol. 28 (5). – P. 1343-1365.

118. Rocha, A.L.L. Advanced maternal age is an independent risk factor for gestational diabetes and early onset pre-eclampsia [Text] / A.L.L. Rocha, R.M. Albuquerque, M.A.F. Rocha // RBGO Gynecology & Obstetrics. - 2020. - Vol. 42, No. 12. - P. 835–843

119. Ryazantsev, S. Migration and Social Integration: A Case Study of Female Migrants in Russia [Text] / S. Ryazantsev // Journal of Social Policy Research. – 2021. – Vol. 12, No. 4. – P. 124–138.

120. Self-harm in pregnancy and the postnatal year: prevalence and risk factors [Text] / K. Ayre [et al.] // Psychological Medicine. - 2023. - Vol. 53, No. 7. - P. 2895–2903.

121. Shan H., Experiences of peripartum depressive symptoms among Chinese middle-class migrant women in the Netherlands: a qualitative study of migrant motherhood [Text] / H. Shan, S. Saharso, J. Henrichs // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2023. – Vol. 23, No. 1. – P. 59

122. Shanghai Birth Cohort. The impact of maternal depression, anxiety, and stress on early neurodevelopment in boys and girls [Text] / T. Zhang [et al.] // Journal of Affective Disorders. - 2023. - Vol. 321. - P. 74–82.

123. Sharma, V. Weaning and depression: a closer look [Text] / V. Sharma, K.N. Wood // Archives of Women's Mental Health. - 2024. - Vol. 27, № 3. - P. 477–480.

124. Skapinakis, P. Spielberger State–Trait Anxiety Inventory [Text] / P. Skapinakis [Text]. - Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research / ed. by A. C. Michalos. – Dordrecht: Springer, 2014.

125. Social determinants and prevalence of antenatal depression among women in rural Bangladesh: a cross-sectional study [Text] / N. Insan [et al.] // International

Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023. – Vol. 20, No. 3. – P. 2364

126. Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: a systematic review & meta-analysis [Text] / N. Insan [et al.] // PLoS One. - 2022. - Vol. 17, № 2. - e0263760.

127. Suryawanshi, O. A comprehensive review on postpartum depression [Text] / O. Suryawanshi, S. A. Pajai // Cureus. - 2022. - Vol. 14, No. 12. - P. e32745.

128. Szpunar, M.J. A systematic review of cortisol, thyroid-stimulating hormone, and prolactin in peripartum women with major depression [Text] / M.J. Szpunar, B.L. Parry // Archives of Women's Mental Health. - 2018. - Vol. 21, No. 2. - P. 149–161.

129. The Adverse Effects of Anxiety and Depression on Pregnant Women with Hypothyroidism in Late Pregnancy [Text] / J. Ma [et al.] // Actas Españolas de Psiquiatría. - 2024. - Vol. 52, No. 5. - P. 625–631.

130. The association between depression, anxiety, and thyroid disease: a UK Biobank prospective cohort study [Text] / T. Fan [et al.] // Depression and Anxiety. - 2024. – P. 8000359

131. The associations between social support and mental health among Chinese immigrant pregnant and parenting women [Text] / G. Tian [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2024. - Vol. 24, No. 1. - P. 583.

132. The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: a systematic review [Text] / J.O. Osuide [et al.] // Frontiers in Global Women's Health. - 2024. - Vol. 5. - P. 1289784

133. The effect of the 2016 Chinese second-child policy and different maternal age on pregnancy outcomes in Hebei Province, China [Text] / M.L. Tian [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2023. - Vol. 23, No. 1. - P. 267.

134. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis [Text] /

K. Stevenson [et al.] // The Lancet Public Health. – 2023. – Vol. 8, No. 3. – P. e203–e216.

135. The impact of regional origin on the incidence of gestational diabetes mellitus in a multiethnic European cohort [Text] / G. Kotzaeridi [et al.] // Frontiers in Public Health. - 2024. - Vol. 11. – P. 1286056.

136. The perinatal mental health experiences of black immigrant mothers in the UK: a qualitative systematic review and thematic synthesis [Text] / F. Fabiyi [et al.] // PLoS One. - 2025. - Vol. 20, No. 12. - e0331547.

137. The regulatory roles of progesterone and estradiol on emotion processing in women [Text] / R. Sharma [et al.] // Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. - 2021. - Vol. 21, № 5. - P. 1026–1038.

138. 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.

139. The role of social support and resilience in the mental health impact of the COVID-19 pandemic among healthcare workers in Spain [Text] / E. Ortiz-Calvo [et al.] // Journal of Psychiatric Research. – 2022. – Vol. 148. – P. 181–187.

140. Thyroid Predictors of Postpartum Mood Disorders [Text] / S. Backer [et al.] // Cureus. - 2023. - Vol. 15, No. 9. - e45554

141. Toke, S., Exploring trauma- and violence-informed pregnancy care for Karen women of refugee background: a community-based participatory study [Text] / S. Toke, I. Correa-Velez, E. Riggs // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2024. - Vol. 21, No. 3. - P. 254.

142. United Nations Economic Commission for Europe. Migrants in the Russian Federation: A Statistical Overview [Text]. - Geneva: UNECE, 2022. - 140 p.

143. United Nations. Global issues: Migration [Electronic resource]. - United Nations. - URL: https://www.un.org/en/global-issues/migration?utm_source=chatgpt.com

144. Validation of the Persian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) among antenatal and postnatal women [Text] / P. Amiri [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2022. - Vol. 22, No. 1. - P. 883.
145. Variations in adverse pregnancy and birth outcomes among Latin American and Caribbean-born birthing people by region of origin, California birth cohort, 2007–2020 [Text] / S. Iraqi [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2025. – Vol. 25, No. 1. – P. 384.
146. Weigel, M.M. Maternal care and pregnancy outcomes of Venezuelan and Colombian refugees [Text] / M.M. Weigel, R.X. Armijos // Journal of Immigrant and Minority Health. - 2023. - Vol. 25, No. 1. - P. 86–95.
147. Weigel, M.M. Obstetrical complications in Venezuelan refugee and migrant women: analysis of Ecuadorian national hospital discharge data, 2018–2021 [Text] / M.M. Weigel, R.X. Armijos // Journal of Immigrant and Minority Health. - 2024. - Vol. 26, No. 5. - P. 830–840.
148. Wieczorek, K. Reproductive hormones and female mental wellbeing [Text] / K. Wieczorek, A. Targonskaya, K. Maslowski // Women. - 2023. - Vol. 3. - P. 432–444.
149. WILL Trial Study Group. Determining optimal timing of birth for women with chronic or gestational hypertension at term: the WILL (When to Induce Labour to Limit risk in pregnancy hypertension) randomised trial [Text] / L.A. Magee [et al.] // PLOS Medicine. - 2024. - Vol. 21, No. 11. - P. e1004481.
150. 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
151. World Bank. Migration and Remittances Facebook 2019 [Text]. - Washington, DC: World Bank, 2019. - 260 p.
152. Zhuk, S.I., Maternal psychosocial stress and labor dystocia [Text] / S.I. Zhuk, O.D. Shchurevska // Wiadomości Lekarskie. - 2020. - Vol. 73, No. 7. - P. 1334–1338.

Публикации по теме диссертации

Статьи в журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте РФ

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

[5-А]. Гафурова, Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток в России [Текст] / Т.У. Гафурова // Сборник тезисов 30 форума «Мать и Дитя» (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

трудоу 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, трудоу 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.

Доклады на съездах и конференциях

1. Гафурова, Т.У. Состояние психо-эмоционального статуса беременных женщин мигранток [Текст] / Т.У. Гафурова // Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения (число, 2023). – Хатлон, 2023

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