

Analyse Des Données De Cardiotocographie En Déshydratation

Jumayeva Durдона

Université Turan, Faculté de médecine, Département de médecine, Ouzbékistan, Samarcande

Résumé: La cardiotocographie (CTG du fœtus pendant la grossesse) est une méthode de diagnostic qui permet d'enregistrer certains indicateurs du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement, notamment : La cardiotocographie du fœtus est réalisée à partir de 32 semaines. Si nécessaire, la recherche peut être effectuée plus tôt, mais jusqu'à 28 semaines, la technique n'est pas informative, car elle ne permet pas d'obtenir des résultats précis. La raison en est que ce n'est qu'à ce moment-là que le cœur fœtal commence à être contrôlé par le système nerveux autonome et que sa fréquence de contraction répond aux actions qu'il entreprend. À la 32^e semaine, le cycle d'éveil et de sommeil du bébé est formé.

Mots-clés: fréquence cardiaque (FC) ; modifications de la fréquence cardiaque fœtale en fonction de l'activité contractile de l'utérus ; modifications de la fréquence cardiaque en réponse aux mouvements du fœtus.

La procédure est réalisée pendant la phase d'activité fœtale. Cela n'a aucun sens de mener des recherches pendant le sommeil, car à ce moment-là, le bébé est presque immobile. Dans ce cas, les résultats du diagnostic peuvent être incomplets ou refléter la passivité du fœtus.

À la clinique Genom-Kaliningrad, un appareil moderne est utilisé pendant la grossesse, qui permet de réaliser une CTG du fœtus en cas de grossesses multiples.

L'essence de la méthode est que des capteurs spéciaux enregistrent la fréquence cardiaque du fœtus et la contraction de l'utérus. Les données reçues sont enregistrées sur une bande spéciale. Après avoir analysé ces données, le médecin peut tirer une conclusion appropriée sur l'état du fœtus.

Normalement, la fréquence cardiaque du fœtus est de 120 à 150 par minute. Il peut changer sous l'influence de divers facteurs, notamment des influences externes et certaines conditions pathologiques. L'appareil enregistre également l'activité motrice du fœtus.

Des capteurs pour la recherche sont installés parallèlement : une jauge de contrainte dans la partie supérieure de l'abdomen, une échographie à l'endroit où se trouve le cœur fœtal. Cela permet d'enregistrer simultanément la fréquence cardiaque fœtale et l'activité de contraction utérine.

Des études de cardiotocographie sont souvent réalisées après 20 semaines de grossesse pour certaines indications afin d'exclure les conditions hypoxiques chez le fœtus.

De plus, avec l'aide du CTG fœtal pendant la grossesse, il est possible de surveiller la position du fœtus pendant tout le mouvement du travail.

Lors d'un accouchement vaginal, le fœtus est soumis à un stress important. Cela peut conduire à une hypoxie aiguë. Par exemple, le cordon ombilical est mêlé au fœtus ou le travail est prolongé, ce qui entraîne une violation de l'apport d'oxygène au fœtus. De telles conditions peuvent endommager le système nerveux central du fœtus, voire entraîner la mort. Pendant la grossesse, le CTG fœtal aide à

détecter les changements dans la fréquence et le rythme de la fréquence cardiaque fœtale, ce qui vous permet d'éviter à temps des issues défavorables à l'accouchement.

La cardiotocographie n'est pas une procédure obligatoire, mais de nombreux experts la recommandent à toutes les femmes enceintes.

Il existe un certain nombre d'indications pour prescrire du CTG fœtal pendant la grossesse :

1. Maladies de la mère pendant la grossesse, telles que maladies infectieuses, empoisonnements, hypertension artérielle, oligohydramnios, etc. ;
2. Violation de l'activité fœtale, si la femme ne ressent pas les mouvements du fœtus pendant une longue période ;
3. Douleur abdominale ;
4. Les blessures pendant la grossesse, en particulier les blessures abdominales, peuvent nuire au fœtus ;
5. Antécédents obstétricaux compliqués ;

Le processus de cardiotocographie comprend plusieurs étapes :

Détermination de la fréquence cardiaque fœtale à l'aide d'un stéthoscope. Le médecin détermine le point où les battements cardiaques fœtaux sont le mieux entendus.

Installation d'un capteur à ultrasons avec fonction Doppler. Ce capteur est placé à l'endroit où le rythme cardiaque fœtal est le mieux écouté et fixé sur l'abdomen d'une femme enceinte ou en post-partum.

Placement des jauges de contrainte. Il est placé dans la partie supérieure de l'abdomen de la femme, là où la contraction de l'utérus est la mieux observée.

Après cela, un dispositif spécial doté d'un bouton est placé sur la main de la femme enceinte, sur lequel elle doit appuyer lorsqu'elle ressent les mouvements du fœtus. Des capteurs installés en parallèle enregistrent automatiquement ces mouvements. Ensuite, pendant la grossesse, l'enregistrement et l'enregistrement des données CTG du fœtus commencent sur une bande spéciale.

La durée habituelle de la cardiotocographie pendant la grossesse est de 40, 60 ou 90 minutes. La CTG du fœtus pendant la grossesse doit être réalisée pendant au moins 20 minutes au début du travail à la maternité ou lors de l'admission de la femme en travail dans la salle. Ce temps est suffisant pour déterminer l'état de base du fœtus.

Si nécessaire, une surveillance CTG du fœtus pendant la grossesse est réalisée aux 1er et 2ème stades du travail.

Pendant la grossesse, la cardiotocographie (CTG fœtale) est une méthode populaire de diagnostic prénatal. Son utilisation généralisée est facilitée par la facilité de mise en œuvre, la sécurité de l'enfant et de la mère, ainsi que la stabilité des données obtenues et leur contenu élevé.

La méthode est basée sur le principe Doppler et tous les changements sont capturés par un capteur à ultrasons spécial. Dans le cadre du CTG, il est possible de déterminer la fréquence cardiaque (fréquence cardiaque) du fœtus au repos et en mouvement en réponse aux contractions utérines et à l'influence de divers facteurs environnementaux.

La cardiotocographie pendant la grossesse est réalisée au moins 3 fois au cours du troisième trimestre, selon l'arrêté du ministère de la Santé. De plus, il est obligatoire de poser un diagnostic au moment de l'accouchement.

CTG est prescrit aux fins suivantes :

- a) Détermination de la fréquence cardiaque fœtale et de la fréquence des contractions utérines
- b) Résoudre les problèmes de gestion et de livraison

- c) Surveillance de l'état du fœtus avant et pendant le travail (pendant et entre les contractions)
- d) Il existe également des indicateurs supplémentaires pour le diagnostic.

Ceux-ci incluent :

- a) Prééclampsie
- b) Anémie d'une femme
- c) Le patient souffre d'hypertension artérielle (hypertension, hypertension artérielle).
- d) Retard de croissance fœtale
- e) Petit et polyhydramnios
- f) Menaces liées à la naissance prématurée et à la post-maturité
- g) Grossesse avec conflit rhésus
- h) Grossesses multiples
- i) Pathologies sévères chez la mère
- j) Des diagnostics sont également prescrits en cas d'insuffisance fœtoplacentaire et d'évaluation de l'efficacité du traitement par hypoxie, de surveillance des résultats de recherche insatisfaisants obtenus précédemment et du retard de développement.

Temps CTG pendant la grossesse

La cardiotocographie du fœtus est réalisée à partir de 32 semaines. Si nécessaire, la recherche peut être effectuée plus tôt, mais jusqu'à 28 semaines, la technique n'est pas informative, car elle ne permet pas d'obtenir des résultats précis. La raison en est que ce n'est qu'à ce moment-là que le cœur fœtal commence à être contrôlé par le système nerveux autonome et que sa fréquence de contraction répond aux actions qu'il entreprend. À la 32^e semaine, le cycle d'éveil et de sommeil du bébé est formé.

Important! Si la grossesse se poursuit sans complications, la CTG est généralement recommandée tous les 10 jours. En cas de complications, la procédure peut être répétée tous les 5 à 7 jours. En cas d'hypoxie chez le fœtus, le diagnostic est posé quotidiennement ou quotidiennement jusqu'à ce que l'état se normalise ou jusqu'à la naissance.

Il est recommandé d'effectuer le CTG pendant le travail toutes les 3 heures. S'il y a des complications, plus souvent. La période de contractions s'accompagne d'une surveillance constante des paramètres importants des contractions cardiaques du fœtus et de l'utérus.

Préparation aux examens

Il n'y a pas de préparation particulière avant le CTG. Le diagnostic est posé 1,5 à 2,2 heures après avoir mangé (pas à jeun ni immédiatement après avoir mangé). Avant la procédure, vous devez vous rendre aux toilettes, car l'examen dure 20 à 40 minutes. Si le patient fume, n'oubliez pas de fumer pendant au moins 2-3 heures. Lors de l'examen, la femme doit rester immobile.

Méthodes

- a) La cardiotocographie peut être :
- b) Direct (interne)
- c) indirect (externe)

Un CTG externe est souvent effectué. Elle est réalisée avec le patient allongé sur le côté gauche ou en position semi-assise (positions permettant de prévenir le syndrome de compression de la veine cave inférieure). Le capteur de fréquence cardiaque est prétraité avec un gel spécial et placé sur la paroi avant de l'abdomen, assurant un contact maximal avec la peau. L'emplacement précis de son emplacement est déterminé par le médecin, en tenant compte de l'audition maximale du cœur fœtal.

Le capteur enregistrant la contraction de l'utérus est situé dans son coin droit. Il n'est pas pré-lubrifié avec du gel ! Le patient reçoit un appareil spécial qui lui permet d'enregistrer indépendamment les mouvements du fœtus. L'enregistrement du rythme cardiaque est effectué pendant au moins 20 minutes. Il est très important d'enregistrer au moins deux mouvements de l'enfant d'une durée d'au moins 15 secondes. C'est à ce moment-là que le cœur bat plus vite.

La CTG interne ne peut être réalisée que pendant le travail et dans des conditions telles qu'une ouverture du pharynx utérin d'au moins 2 centimètres, une rupture des eaux et un sac amniotique ouvert. Une électrode spirale spéciale est utilisée pour de tels diagnostics. Il est appliqué sur la peau du fœtus. Dans ce cas, la contraction de l'utérus est enregistrée de manière standard, à travers la paroi antérieure de l'abdomen ou en introduisant un cathéter spécial dans le corps de la patiente.

Décoder les résultats

L'examen CTG du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement permet d'évaluer un certain nombre d'indicateurs, notamment :

Fréquence cardiaque basale fœtale (mesures instantanées, fréquence cardiaque moyenne entre les contractions ou sur 10 minutes)

Modifications basales. Cet indicateur détecte les modifications de la fréquence cardiaque fœtale qui ne sont pas liées aux contractions utérines.

Changements périodiques. Cet indicateur vous permet de déterminer les changements de fréquence cardiaque en réponse aux contractions utérines

Temps de récupération. Cet indicateur montre le temps après la fin des contractions utérines et le retour au rythme basal.

Amplitude. Le paramètre représente la différence entre le débit basal et les changements périodiques et basaux des valeurs de fréquence cardiaque.

Ralentissements. Cette option signifie une contraction de 30 ou plus et dure au moins 30 secondes.

Accélérations. Ce paramètre signifie une augmentation de 15 à 25 contractions par minute. C'est un signe favorable qui indique l'état satisfaisant du fœtus

Les indicateurs suivants sont normaux :

- a) Vitesse basale : 120-160 par minute
- b) Amplitude : 10-25 par minute
- c) Ralentissements : aucun
- d) Accélération : 2 ou plus toutes les 10 minutes
- e) Le cardiogramme peut être suspect et anormal. Dans de tels cas, le médecin est souvent consulté afin de pouvoir vérifier la présence d'une certaine pathologie et prendre une décision appropriée sur les actions ultérieures.

Liste de la littérature utilisée :

1. Andryev S. et al. Experience with the use of memantine in the treatment of cognitive disorders //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 282-288.
2. Antsiborov S. et al. Association of dopaminergic receptors of peripheral blood lymphocytes with a risk of developing antipsychotic extrapyramidal diseases //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 29-35.
3. Asanova R. et al. Features of the treatment of patients with mental disorders and cardiovascular pathology //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 545-550.
4. Begbudiyevev M. et al. Integration of psychiatric care into primary care //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 551-557.

5. Bo'Riyev B. et al. Features of clinical and psychopathological examination of young children //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 558-563.
6. Borisova Y. et al. Concomitant mental disorders and social functioning of adults with high-functioning autism/asperger syndrome //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 36-41.
7. Ivanovich U. A. et al. Efficacy and tolerance of pharmacotherapy with antidepressants in non-psychotic depressions in combination with chronic brain ischemia //Science and Innovation. – 2023. – T. 2. – №. 12. – C. 409-414.
8. Nikolaevich R. A. et al. Comparative effectiveness of treatment of somatoform diseases in psychotherapeutic practice //Science and Innovation. – 2023. – T. 2. – №. 12. – C. 898-903.
9. Novikov A. et al. Alcohol dependence and manifestation of autoaggressive behavior in patients of different types //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 413-419.
10. Pachulia Y. et al. Assessment of the effect of psychopathic disorders on the dynamics of withdrawal syndrome in synthetic cannabinoid addiction //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 240-244.
11. Pachulia Y. et al. Neurobiological indicators of clinical status and prognosis of therapeutic response in patients with paroxysmal schizophrenia //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 385-391.
12. Pogosov A. et al. Multidisciplinary approach to the rehabilitation of patients with somatized personality development //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 245-251.
13. Pogosov A. et al. Rational choice of pharmacotherapy for senile dementia //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 230-235.
14. Pogosov S. et al. Gnostic disorders and their compensation in neuropsychological syndrome of vascular cognitive disorders in old age //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 258-264.
15. Pogosov S. et al. Prevention of adolescent drug abuse and prevention of yatrogenia during prophylaxis //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 392-397.
16. Pogosov S. et al. Psychogenetic properties of drug patients as risk factors for the formation of addiction //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 186-191.
17. Prostyakova N. et al. Changes in the postpsychotic period after acute polymorphic disorder //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 356-360.
18. Prostyakova N. et al. Issues of professional ethics in the treatment and management of patients with late dementia //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 158-165.
19. Prostyakova N. et al. Sadness and loss reactions as a risk of forming a relationship together //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 252-257.
20. Prostyakova N. et al. Strategy for early diagnosis with cardiovascular diseaseisomatized mental disorders //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 166-172.
21. Rotanov A. et al. Comparative effectiveness of treatment of somatoform diseases in psychotherapeutic practice //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 267-272.
22. Rotanov A. et al. Diagnosis of depressive and suicidal spectrum disorders in students of a secondary special education institution //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 309-315.
23. Rotanov A. et al. Elderly epilepsy: neurophysiological aspects of non-psychotic mental disorders //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 192-197.

24. Rotanov A. et al. Social, socio-cultural and behavioral risk factors for the spread of hiv infection //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 49-55.
25. Rotanov A. et al. Suicide and epidemiology and risk factors in oncological diseases //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 398-403.
26. Sedenkov V. et al. Clinical and socio-demographic characteristics of elderly patients with suicide attempts //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 273-277.
27. Sedenkov V. et al. Modern methods of diagnosing depressive disorders in neurotic and affective disorders //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 361-366.
28. Sedenkova M. et al. Basic principles of organizing gerontopsychiatric assistance and their advantages //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 63-69.
29. Sedenkova M. et al. Features of primary and secondary cognitive functions characteristic of dementia with delirium //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 56-62.
30. Sedenkova M. et al. The possibility of predicting the time of formation and development of alcohol dependence: the role of genetic risk, family weight and its level //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 173-178.
31. Shamilov V. et al. Disorders of decision-making in the case of depression: clinical evaluation and correlation with eeg indicators //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 198-204.
32. Solovyova Y. et al. Protective-adaptive complexes with codependency //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 70-75.
33. Solovyova Y. et al. Suicide prevention in adolescents with mental disorders //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 303-308.
34. Solovyova Y. et al. The relevance of psychotic disorders in the acute period of a stroke //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D12. – C. 212-217.
35. Spirkina M. et al. Integrated approach to correcting neurocognitive defects in schizophrenia //Science and innovation. – 2023. – T. 2. – №. D11. – C. 76-81.