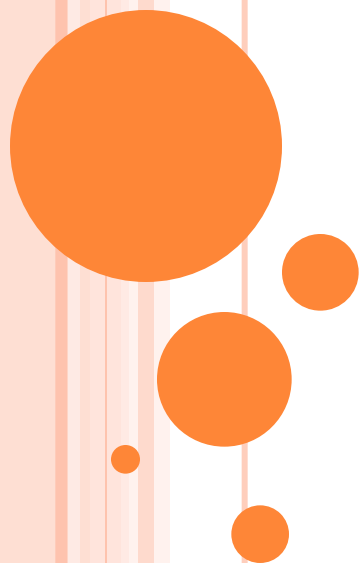


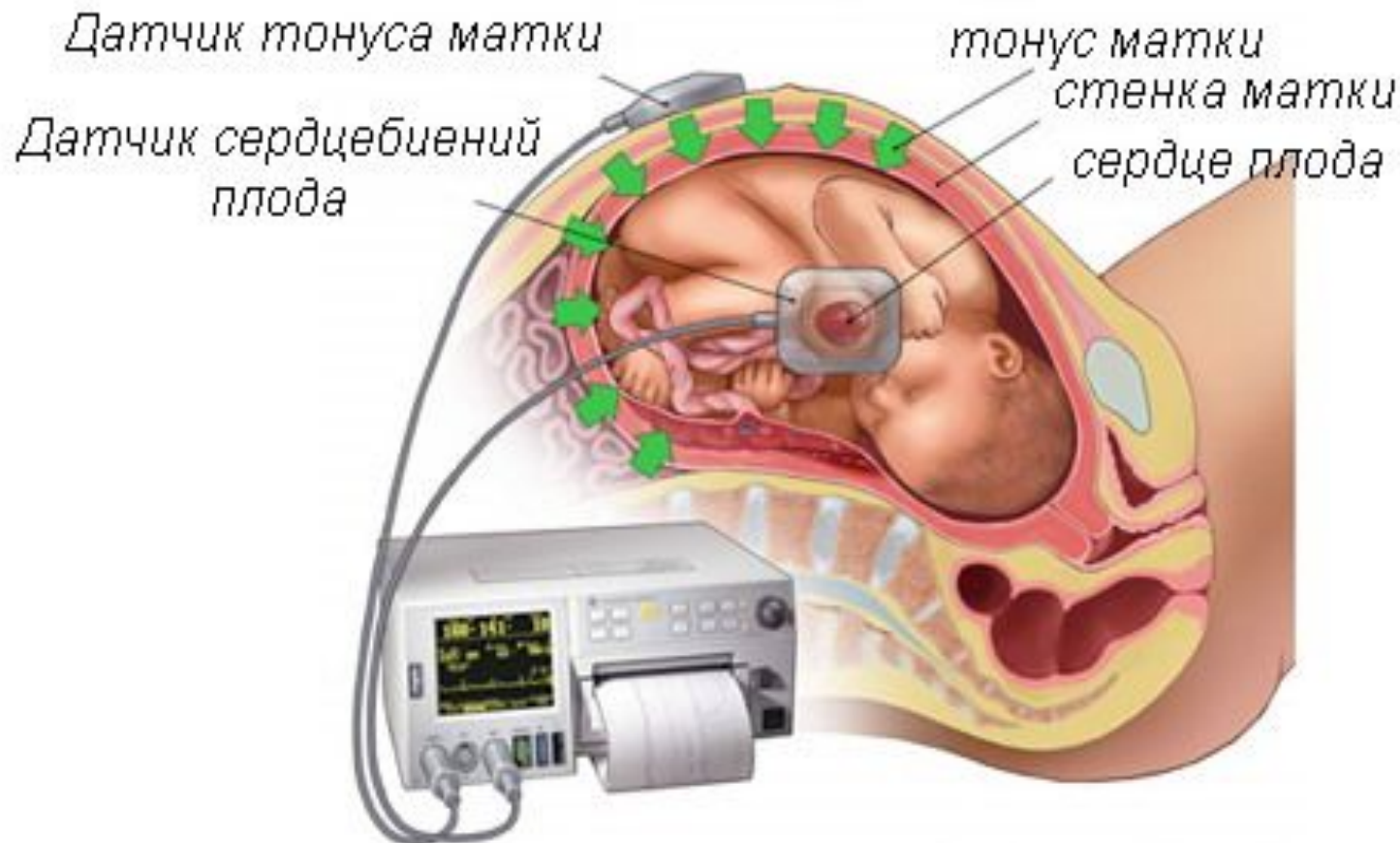
# БОСАНУ КЕЗІНДЕ БАЛАНЫҢ ЖАҒДАЙЫН КАРДИОМАНИТОРЛЫ БАҚЫЛАУ



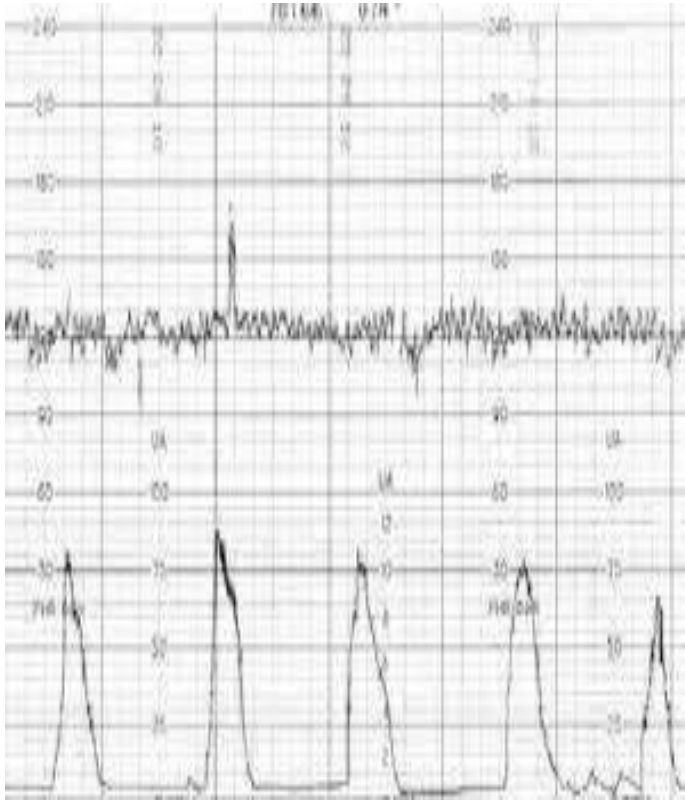
**КАРДИОТОКОГРАФИЯ (КТГ) — БАЛАНЫҢ ЖҮРЕК СОҒУ ЖИЛІГМЕН (ЖСЖ)МЕН ЖАТЫР ТОНУСЫН КАЛИБРЛІК ТАСПАҒА ҮЗДІКСІЗ ГРАФИКАЛЫҚ ТҮРДЕ ЖАЗЫП ШЫҒАРУ.**



**СЫРТҚЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ДАТЧИК ӘЙЕЛ ІШІНЕ, БАЛАНЫҢ ЖҮРЕК СОҒЫСЫ ЖАҚСЫ ЕСТІЛЕТІН ЖЕРГЕ ҚОЙЫЛАДЫ, АЛ СЫРТҚЫ ТЕНЗОМЕТРЛІК ДАТЧИК ЖАТЫРДЫҢ ЖИЫРЫЛУ БЕЛСЕНДІЛІГІН АНЫҚТАУ ҮШІН ЖАТЫР ТҮБІНЕ ҚОЙЫЛАДЫ.**



Осындай әдіспен кардиотокограф екі түрлі графикалық сызбалар басып шығарады. Бірінші график- тахограмма, ұрықтың жүрек соғу жылдамдығын абсцисс өсінде секунд аралығында көрсетеді, ал ординат өсінде- ЖЖЖ/МИН.





# Босануға көрсеткіш



## **АНАСЫ ЖАҒЫНАН КӨРСЕТКІШТЕРІ:**

- 1. ЖАТЫРЫНДА ТЫРТЫҚТЫҢ БОЛУЫ**
- 2. ПРЕЭКЛАМПСИЯ**
- 3. УАҚЫТЫНАН АСҚАН ЖҮКТІЛІК**
- 4. БОСАНУ ИНДУКЦИЯСЫ**
- 5. КӨПҰРЫҚТЫҚ**
- 6. АНТЕНАТАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ**
- 7. ҚАНТ ДИАБЕТІ**
- 8. ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ РЕЗУС ҚАРСЫЛЫҚ**

# ҰРЫҚ ЖАҒЫНАН КӨРСЕТКІШТЕР

1. Ұрықтың дамуының жатыр ішілік тежелуі, шала дамуы.
2. Қағанақ суының көп болуы немесе аз болуы.
3. Допплерография мәліметі бойынша ұрықтық-жатырлық қан ағасының бұзылуы.
4. Антенатальды кезеңдегі күдікті немесе патологиялық кардиограмма.
5. Ұрықтың жатырмен келуі



# ИНТРАНАТАЛЬДЫ КӨРСЕТКІШТЕР

- Босануды ынталандыру
- Анасының гипертермиясы (38 ден жоғары)
- Босану үрдісінде, суда меконияның пайда болуы
- Жергілікті ауырсыздандыру
- Ұрықтың жүрек соғысының аускультациялық бұзылыстары
- Жүрек ритмінің физиологиялық жағдайында КТГ басылымын әр 3 сағатта жасап тұру керек.





## КТГ АНАЛИЗДЕРІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН ЕСКЕРЕ ОТЫРЫП :

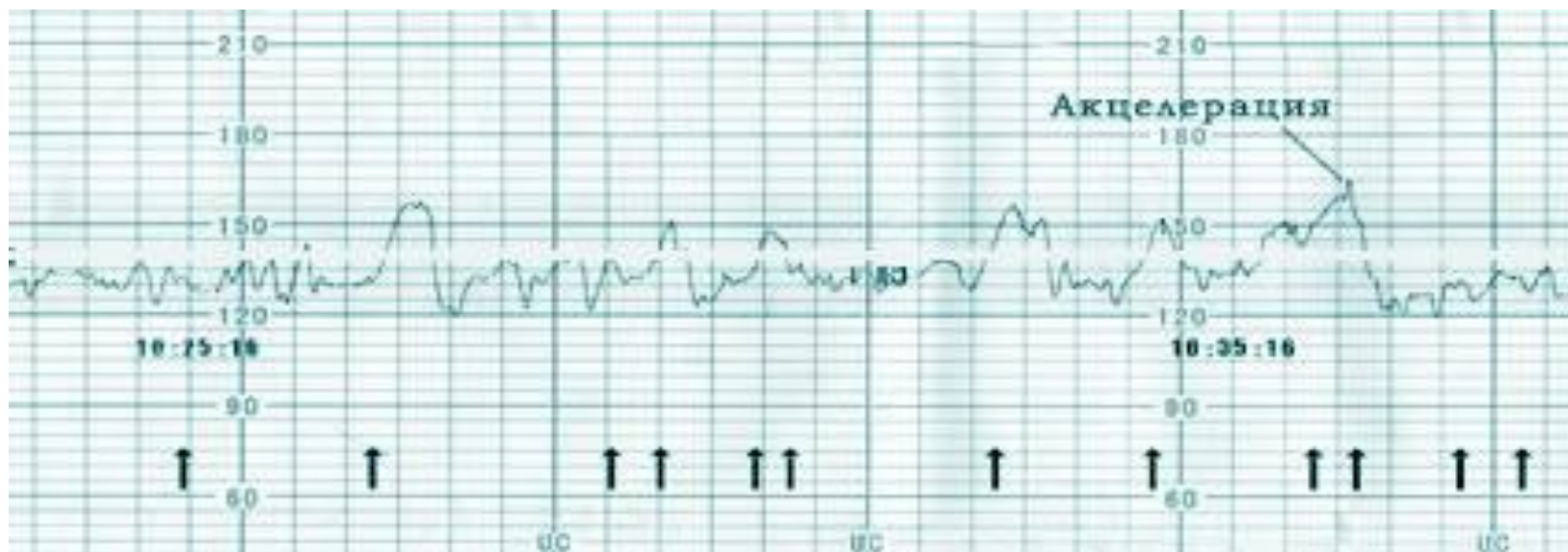
- ▣ **Жүректің жиырылу жиілігінің ритмі (Базальды ритм). Қалыпты жағдайда 120- 160 соққы/мин.**
- ▣ **Жүрек ритмінің өзгергіштігі (вариабельдігі).  
Жүрек ритмінің біркөзеттік өзгергіштігін, соққы мен соққы аралығындағы және баяу өзгергіштігін, минут аралығындағын ажыратады.**
- ▣ **Миокардиальды рефлекс ( ұрықтың қозғалыс белсенділігінің жоғарлауындағы ЖЖЖ- ның жоғарылауы).**
- ▣ **Жүрек ритмінің кезекті түрде өзгерісі.**



**АКЦЕЛЕРИЯЦИЯ** деп- ұрықтың жүрек соғу амплитудасының минутына 15 тен жоғарылауы және ұзындығының 15 с – тан көп болуы.

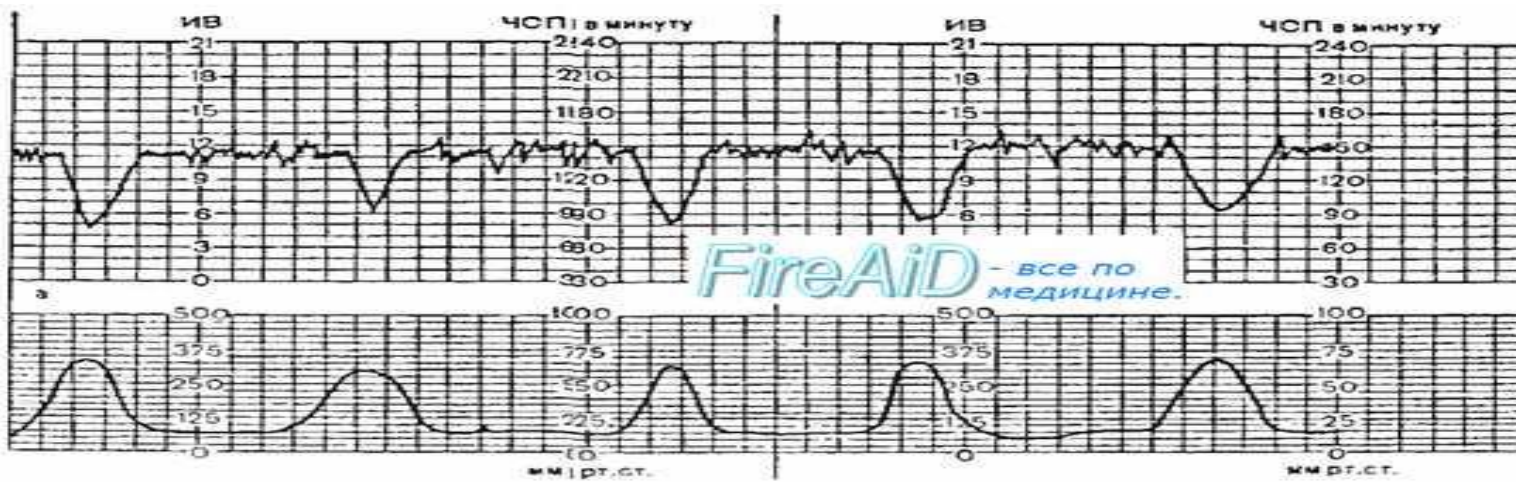
Ұрықтың қозғалысына жауап ретінде пайда болған өзгерістер акцелерацияның күдікті түрінде тіркелуі ( токограммада ас күрделі өзгерістер көрінбейді).

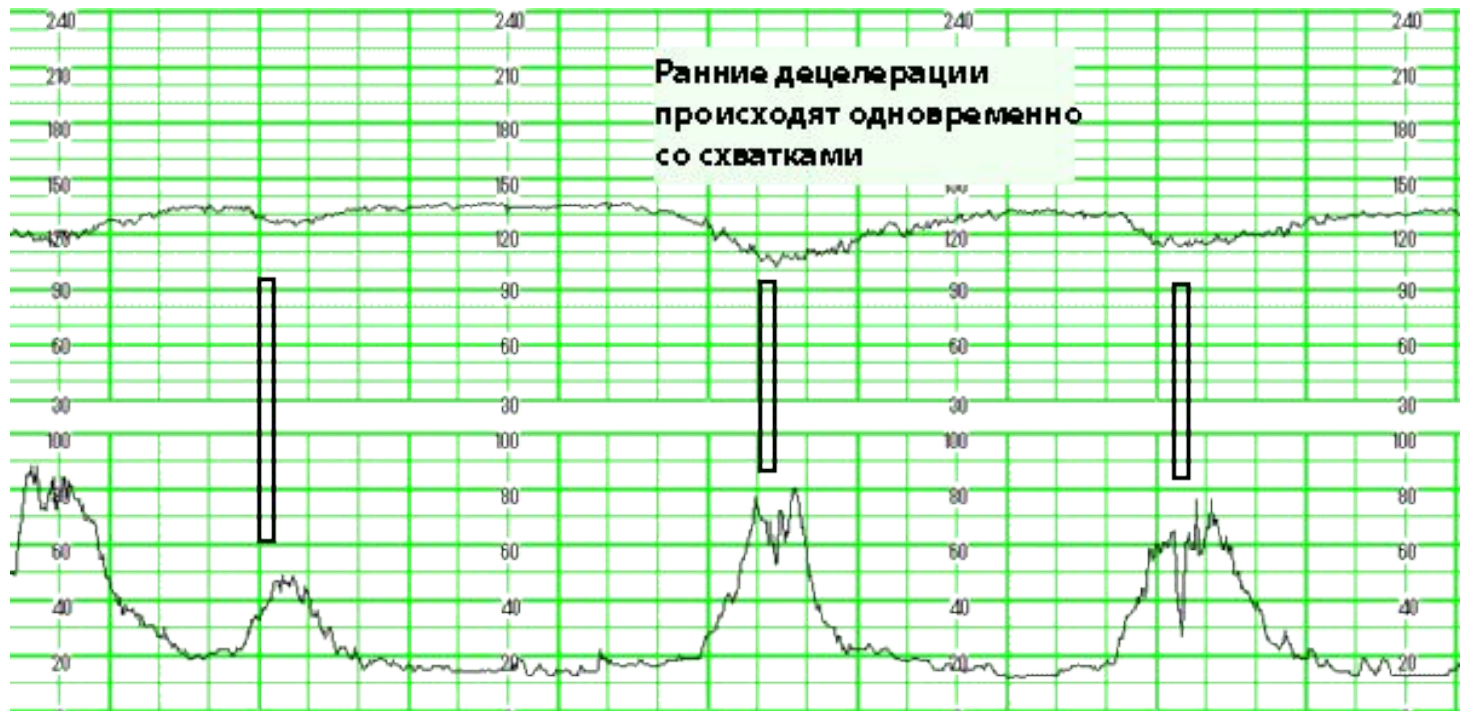
Акцелерацияның **униформдық** тіркелуі (жатыр жиілігімен қайталануы) ұрықтың әлсіз гипоксиясын көрсетеді.



**ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ** деп - ҰРЫҚТЫҢ ЖҮРЕК СОҒУ АМПЛИТУДАСЫНЫҢ МИНУТЫНА 15 ТЕН АЗ БОЛУЫ ЖӘНЕ ҰЗЫНДЫҒЫНЫҢ 15 С ЖОҒАРЫ БОЛУЫ

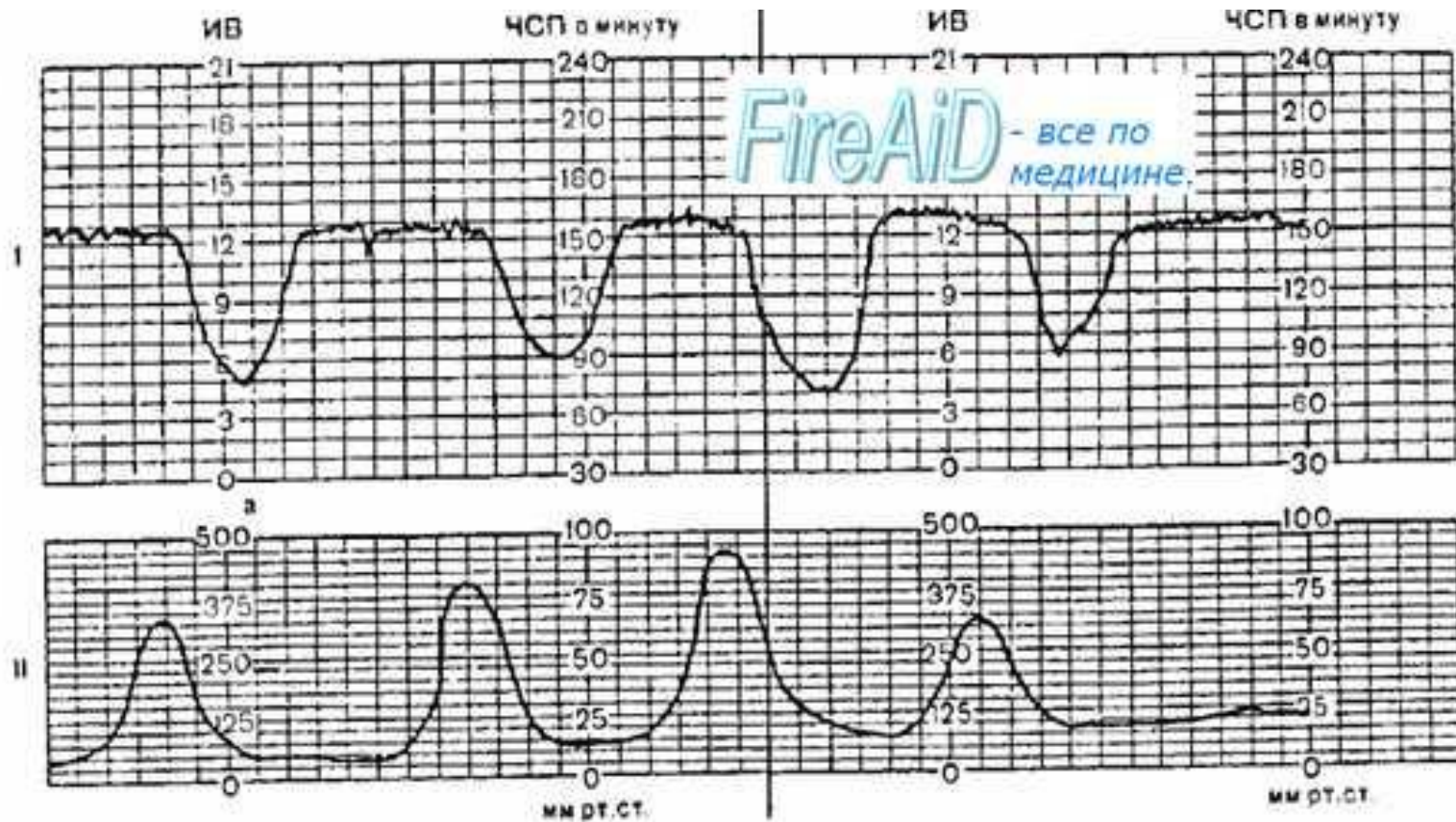
- **Децелерацияның ерте немесе V- тәрізді формасы (dip I) (жатырлық жиырылудың айнасы ")** толғаққа жауап ретінде пайда болады, ұрықтың жүрек соғысының тез арада тқмендеуімен және қайта қалпына келуімен көрінеді, оның төменгі нүктесі толғақтың шыңымен сәйкес келеді.







**КЕШ ДЕСЦЕЛЕРЕЗАЦИЯ (DIP II) ЖАТЫР ЖИЫРЫЛУУНЫҢ ШЫҢЫНА ЖЕТКЕННЕН КЕЙІН БАСТАЛАДЫ ЖӘНЕ 20 – 30 С КЕЙІН ЕҢ ТӨМӨНГІ НҮКТЕСІНЕ ЖЕТЕДІ. ТОЛҒАҚ ШЫҢЫМЕН ДЕСЦЕЛЕРАЦИЯНЫҢ ЕҢ ТӨМӨНГІ ШЫҢЫНЫҢ АРАЛАҒЫЛЫ КЕШГУ УАҚЫТЫ ДЕП АТАЛАДЫ (LAG TIME)**





# БОСАНУ КЕЗІНДЕГІ ҰРЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Бағалау	Базальды ритм	Өзгергіштігі	Децелерации	Акцелерации
қалыпты	110-160 соққы/мин	6-25 соққы/мин	Жоқ, ерте түрі 30 соққы/мин. дейінгі амплитудам ен, өзгергіштігі 20сек. Төмен жалғасуы.	бар

<p>Күдіктен у кезінде үздіксіз бақылау жүргізу керек.</p>	<p>100-110 соққы/мин, немесе 160-170 соққы/мин 30 мин көп</p>	<p>3-5 соққы/мин</p>	<p>Кеш десцелерацияның пайда болуы. Десцелерацияның ЖЖЖ-ның жиіленуімен өзгеруі 80 с/мин дейін және тез қалпына келуімен,1-2 мин аралығында.</p>	<p>Жоқ</p>
<p>Патологиялық-ұрық дистрессіне тез арада шешім қабылдау .</p>	<p>180 соққы/мин көп, 100 соққы\мин аз.</p>	<p>2 соққы/мин және аз (биртонды немесе «мылқау» ритм), 90% жағдайда терең метаболитик алық ацидозбен бірге жүреді. Синусоидал ьды ритм.</p>	<p>Ерте десцелерацияның жиіленуі 50 соққы/мин жоғары амплитудамен (40% дан жоғары басылым)</p>	<p>Жоқ, маңызды белгіге жатпайды.</p>

## ПАТОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛГІЛЕР

- Бір күдік көрінсе үздіксіз мониторинг жасау керек, қалыпқа келгенше немесе ұрық жағдайының нашарлауына дейін.
- Бәр күдік көрінсе (дистресс синдром), 30 мин ішінде босану туралы сұрақты шешу керек.



## **Босану кезіндегі КТГ өзгерісінде қолданылатын әдістер**

Себебін анықтау

Себебін жоюға жағдай жасау және КТГ бақылау жүргізу

Акушерлік жағдайды анықтау үшін қынаптық тексеріс жүргізу қажет

Ота жасауға, акушерлік қысқыш салуға, вакуум – экстракцияға қажеттіліктің бар жоғын анықтау (егер жоқ болса тез арада табиғи босандырып алу керек).



© Stephanie Robin/Kelley Ryden



# ҚОЗҒАЛЫСТЫҢ ЖӘНЕ КТГ КҮМӘНДІГІНЕ МҮМКІН БОЛАТЫН СЕБЕПТЕР :

## ▣ 1. Техникалық

- датчиктердің дұрыс қойылуы
- аппараттың қалпына келмеуі

## ▣ 2. Гипертониялық босану қызметі

- Окситоксинді құюды тоқтату, босану жолдарынан простогландинді бөлу, қажеттілік болған жағдайда жедел токолиз салу.

## ▣ 3. Анасының тахикардиясы

- инфекция ( хориамнионитке күдік) – температурасын өлшеу. Протоколға сәйкес енгізу:
- дегидратация – мүмкіндікті шектеу( енгізу 500-1000 мл физ. р-ра)
- токолитиктерді қолдану – дозасын азайту немесе тоқтату

## ▣ 4. Басқада себептері

- анасының позициясын өлшеу
- ансында гипотензия- АҚҚ өлшеу, қажет болған жағдайда к/т 500 мл физ.ерт. енгізу.
- құсу



# **Босану кезінде жатырлық-ұрықжолдастық қан айнаруды кетуді жақсарту.**

- Босанушының позициясын өлшеу
- Жатыр әрекетін тоқтату
- Гидратация (в/в 500 мл. физ. р-ра.)
- Босану әрекетінің техникалық өзгерісі
- Егер ұрықтың жүрек соғысының патологиясы анасының жағдайынан болса, лайықты ем шара жүргізілуі қажет.
- Егер ұрық дистрессі жалғаса берсе немесе арта берсе тез арада босандырып ала керек.



**ЕКІНШІ КЕЗЕҢДЕГІ ТЕЗ АРАДА БОСАНДЫРУҒА  
КӨРСЕТКІШ- 60 СОҚҚЫ/МИН АМПЛИТУДАСЫМЕН  
КӨРІNETІН ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ БОЛҒАНДА.**



# НАЗАР АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ

