

Optimiser La Préparation Préconceptionnelle Pour Les Femmes Atteintes D'endométrite Hypoplasique Chronique

Shavazi Nargiz Nuralievna

Professeur associé, chef du département d'obstétrique et de gynécologie №3

Sattorova Nargiza Azizovna

Université médicale d'État de Samarkand

Efficacité : Des résultats significativement meilleurs ont été observés lorsque les patientes étaient âgées de moins de 35 ans ou lorsque le nombre d'ovocytes récupérés était > 5 ou lorsque le nombre d'embryons transférés était de 3 ou plus. Les auteurs ont conclu que les patients devraient se voir proposer un programme de cryoconservation d'embryons si le TE était < 7 mm le jour du prélèvement des ovocytes et que le nombre d'embryons était ≥ 3 [14]. Bien que cette étude conforte l'idée selon laquelle le TE < 7 mm réduit le risque de grossesse, les résultats basés sur la stratification par âge, le nombre d'ovocytes et les embryons transférés suggèrent que le TE n'est pas le seul déterminant du résultat.

Objectif de l'étude : Une méta-analyse décrit un point de vue diamétralement opposé. (2014) ont inclus 1 170 patients inscrits dans des programmes de TAR. Selon les auteurs, le TE dans les protocoles ART ne peut pas être utilisé comme marqueur pour annuler le protocole de transfert d'embryons, incl. et cryoconservé [33].

Matériel d'étude : La fréquence de l'endomètre (≤ 7 mm) était faible et était de 2,4 % (260 sur 10 724). Cependant, il y avait également une tendance vers une baisse des taux de CNB et de naissances vivantes chez ces femmes (rapport de cotes [OR] = 0,38 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % - 0,09–1,5), comme TE. Les chances de grossesse clinique avec ≤ 7 mm étaient significativement inférieures à ceux > 7 mm (23,3 vs 48,1 % ou OR = 0,42 ; IC à 95 % - 0,27-0,67). La valeur prédictive positive de la grossesse clinique était de 77 %, celle négative de 48 %. Nous pouvons conclure de cette revue : l'ET peut prédire notre probabilité, mais ne peut pas être un facteur prédictif de grossesse [33].

Résultats observés : Parallèlement, il convient de noter que certains auteurs décrivent les effets négatifs d'une stimulation ovarienne contrôlée sur la RE et recommandent la cryoconservation des embryons pour améliorer l'implantation, suivie de cycles d'hormonothérapie substitutive [14].

Sur la base de ce qui précède, il était intéressant d'étudier l'importance du TE pour le CCNB et les résultats des cycles de transfert d'embryons cryoconservés. Par exemple, dans les études de T. El-Touxy et al. (2008) ont constaté que TE = 9 à 14 mm mesuré le jour du début du traitement par progestérone était associé à une implantation et un CNNB plus élevés par rapport à TE = 7 à 8 mm [13].

Les résultats de E. Dix et JH Check (2010) qui ont étudié les taux de grossesse chez des patientes avec TE < 6 mm [37] dans une analyse rétrospective sont également intéressants. Seules 3 patientes sur 35 sont devenues enceintes et 2 ont accouché. Le taux de grossesse dans la cohorte étudiée était de 8,5 %.

Cependant, les résultats d'une étude récente du même groupe de recherche [38] comparant le CNNB entre les nouveaux protocoles et les cryoprotocoles avec TE < 6 mm étaient pessimistes ; CNNB TE

= 4-5 mm. par rapport au cryoprotocole, le nouveau protocole était de 10,6 versus 27,2 % (p = 0,079).

Conclusions : Les cycles de don d'ovules (don d'ovocytes) sont idéaux pour mesurer l'effet indépendant de la TE en tant que paramètre de la réceptivité de l'endomètre, car il existe moins de variabilité dans la qualité des embryons. En relation avec ce qui précède, les données de L. Dain et al. (2013), qui ont étudié l'effet de l'ET sur les résultats reproductifs lors de cycles de don d'ovocytes en utilisant 6,0 et 8,2 mm comme critères d'inclusion dans le groupe atteint du syndrome de l'endomètre mince [27]. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans le CNNB (29,6 contre 30,0 %) et le taux de naissances vivantes (16,7 contre 23,6 %) chez les femmes avec TE > 6 mm contre TE < 6 mm. Cependant, les chercheurs ont noté que le groupe avec un TE inférieur à 8,2 mm présentait un pourcentage de naissances vivantes plus élevé que celui avec un endomètre « plus fin ». Peut-être que l'endomètre « fin » ne favorise pas le développement de la grossesse après l'implantation, ce qui entraîne davantage de fausses couches dues à la mort intra-utérine du fœtus.

Liste de la littérature utilisée :

1. Болотских В. М. Болотских О. И. Клиническое обоснование активно-выжидательной тактики ведения родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2007. — Т. LVI, № 3. — С. 3-9.
2. Васильев С. А. Плазменный фибронектин при патологии системы крови: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. 1987. — 21 с.
3. Громова А. М. Прогнозирование и профилактика преждевременного излития околоплодных вод при доношенной беременности: дис. ... д-ра мед. наук. — М. 1992. — 370 с.
4. Долгов В. В. Свирин П. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. — М. Триада, 2005. — 227 с.
5. Шавози Н. Халилова Д. Медико-социальная проблема детей с ограниченными возможностями // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. — 2021. — Т. 2. — №. 3.2. — С. 56-62.
6. S. N. N. B. The Role of Fetal Fibronectin in the Prediction of Premature Births Shavazi Nn (Republic of Uzbekistan) Email: Shavazi451@ scientifictext. ru.
7. Shavazi N. N., Babamuradova Z. B. Ratio of Pro-And Antiangiogenic Factors In Pathogenesis of Premature Delivery in Pregnant Women against Background of Undifferentiated Connective Tissue Dysplasia.
8. Nuraliyevna S. N., Dilshodovna J. M. MORPHOFUNCTIONAL STRUCTURE OF THE PLACENTA IN PREMATURE LABOR // Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. — 2022. — Т. 10. — №. 4. — С. 381-384.
9. Ахтамова Н. А. Шавози Н. Н. PREDICTION OF OBSETRIC BLOOD LOSS IN WOMEN WITH PRETERM BIRTH (LITERATURE REVIEW) // УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. — 2022. — Т. 3. — №. 5.
10. Nuralievna S. N., Islamovna Z. N., Rakhimovna K. D. Prediction of Premature Outflow of amniotic fluid in Preterm pregnancy // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. — 2020. — Т. 24. — №. 5. — С. 5675-5685.
11. Shavazi N. N. The nature of changes markers of dysfunction of the endothelium in blood of women with premature bursting of amniotic waters // Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. — 2021. — Т. 9. — №. 6. — С. 6-9.
12. Nuraliyevna S. N. et al. Total gisterektomiyaning subtotal gisterektomiyadan ustunvorligini tahlillash // Journal of biomedicine and practice. — 2022. — Т. 7. — №. 3.

13. Shavazi N. N. Informativity of the indicators of blood allowing to predict premature water breaking at prematurely born pregnancy //American Journal of Medicine and Medical Sciences.- America. – 2020. – С. 5-8.
14. Nasyrovich S. S. et al. PREDICTORS OF BLEEDING IN PRETERM LABOR: RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL //Journal of Modern Educational Achievements. – 2023. – Т. 5. – №. 5. – С. 185-196.
15. Shavazi N., Akhtamova N., Katkova N. Perinatal risk of premature birth: New obstetric opportunities //E3S Web of Conferences. – EDP Sciences, 2023. – Т. 413. – С. 03035.
16. Sattarova N., Shavazi N. PERINATAL RISK OF PREMATURE BIRTH: NEW OBSTETRIC OPPORTUNITIES //International Journal of Medical Sciences And Clinical Research. – 2024. – Т. 4. – №. 02. – С. 41-51.
17. Шавази Н. Н. и др. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – №. SI-3.
18. Jalilova D. M., Shavazi N. N. Prognosis of Fetoplasentar Insufficiency in Pregnant Women with Preterm Obstetric Care and Optimize Preventive Measures //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – Т. 2. – №. 5. – С. 323-327.
19. Шавзи Н. Н. Современные подходы в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных женщин //Новый день в медицине. – 2020. – №. 1. – С. 453-456.
20. Nuralievna S. N., Akbarjonovna A. N., Farkhodovna R. N. Management of the Reatening Preterm Birth //Texas Journal of Medical Science. – 2023. – Т. 17. – С. 25-38.