

Из полученного коэффициента «затраты-эффективность» видно, что в группе, получавшей цефоперазона/сульбактама, СЕР меньше в 1,6 раза, чем в группе стандартной АБ терапии (17761 и 27672 соответственно).

Таким образом, фармакоэкономический анализ показал, что несмотря на высокую стоимость разовой дозы, преимущество выбора ингибиторзащищенных цефалоспоринов III поколения очевидно: наблюдается снижение затрат на фоне

использования цефоперазона/сульбактама у пациентов IA группы по сравнению со стандартной антибактериальной терапией, за счет уменьшения времени пребывания в стационаре. В IB группе, где потребовалась дополнительная АБ терапия, по сравнению со стандартной АБ терапии отмечается более высокая клиническая эффективность, что позволяет рекомендовать этот антибиотик в качестве стартовой терапии деструктивных пневмоний.

PHARMACOLOGICAL ECONOMIC ASPECTS OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF DESTRUCTIVE PNEUMONIAS

T.I. Litvinova

(Amur State Medical Academy)

Infections of the lower respiratory ways are one of the most frequent reasons of indication of the antibiotics by doctors of the general practice. Limitation of material and financial resources of public health services, alongside with the clinical researches based on principles of demonstrative medicine, requires carrying out and an economic estimation of medicinal therapy. In retrospective pharmacological economic research two schemes of antibacterial therapy of destructive pneumonias were compared: cefoperasone/sulbactam and standard antibacterial therapy by the method «expenses — efficiency». From pharmacological economic points of view, treatment of destructive pneumonias with cefoperasone/sulbactam as a starting mode of antibacterial therapy, is primary, in comparison with standard antibacterial therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П., Лобанов Г. Абсцессы легких и абсцедирующие пневмонии // Медицинская газета. — 2005. — № 6. — С. 8.

2. Клинико-экономический анализ. / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. — М.: «Ньюдиамед», 2004. — 400 с.

3. Прикладная фармакоэкономика: Учебное посо-

бие / Под ред. В.И. Петрова. — М.: ГЭОТАР— Медиа, 2005. — 336 с.

4. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Антибактериальная терапия (практическое руководство). — М.: Фармединфо, 2000. — 190 с.

5. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия осложненной пневмонии // Consilium medicum. — 2005. — № 4. — С. 273-280.

© РАДКЕВИЧ А.А., ГАЛОНСКИЙ В.Г.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

А.А. Радкевич, В.Г. Галонский

(Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — чл.-корр. РАМН, проф. В.Т. Манчук)

Резюме. Представлены конструкции зубочелюстных протезов с сверхэластичным базисом из никелида титана, их преимущества перед традиционным замещающими протезами и результаты применения разработанных технологий в ортопедической реабилитации 12 онкологических больных с послеоперационными изъянами челюстей.

Ключевые слова: онкологические больные, дефекты челюстей, ортопедическая реабилитация.

Поздняя обращаемость больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, а так же анатомо-физиологические особенности органов головы и шеи являются причиной того, что их специализированное лечение в 60–70% случаев начинают в III–IV стадии заболевания, проводя обширные деструктивные оперативные вмешательства [1, 2]. Устранение образовавшихся изъянов хирургическим методом не всегда эффективно. Плохие условия для репаративных процессов после лучевой терапии, заболевания внутренних органов диктуют необходимость применения основным и завершающим ортопедический метод реабилитации, позволяющий устранить нарушенные функции и эстетические недостатки.

Ортопедическое лечение больных с обширными изъянами челюстей представляет собой трудную задачу. В настоящее время используют зубоче-

люстные протезы и протезы-обтураторы различных видов, замещающие дефекты зубных рядов, отсутствующие костные структуры и разобщающие полость рта с верхнечелюстной пазухой и/или полостью носа [3, 9–15 и др.]. Результаты протезирования не всегда удовлетворяют пациентов и клиницистов, так как предлагаемые конструкции протезов и используемые для их изготовления материалы далеки от совершенства. Основными недостатками следует считать: шовное соединение обтуратора с базисом протеза, ведущее к отсутствию герметичности разобщения ротоносового соустья, что нарушает фонацию, способствует возвратно-поступательным движениям конструкции при жевании, является причиной перегрузки и патологической подвижности опорных зубов; изготовление базиса из акриловых пластмасс, обладающих пористостью, способствующей на-

коплению остатков пищи, микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, что значительно снижает гигиенические характеристики протеза; низкая теплопроводность и прочность данного конструкционного материала. Нашедшие широкое применение в стоматологии сплавы кобальта, хрома, никеля, золота, нержавеющей стали, отвечая предъявляемым технологическим требованиям, не обеспечивают биосовместимости с тканями организма. Большая жёсткость протеза (отношение внешней нагрузки к упругой деформации конструкции) в сравнении с опорными структурами, ведёт к концентрации напряжения, воспалению и атрофии тканей протезного ложа. В полости рта сплавы металлов подвергаются электрохимическому процессу (коррозии), следствием которого является выход ионов металлов, их токсическое влияние на организм путём изменения ферментативных систем слюны и нарушение клеточных обменных процессов в слизистой оболочке протезного ложа.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) разработаны сплавы на основе никелида титана, адаптированные к биологическим системам, способные эластично реагировать на изменение формы опорных тканей, обладающие высокой коррозионной стойкостью в условиях длительной разноректорной деформации. Исследования, проведённые в соответствии с методическими разработками министерства здравоохранения и при его непосредственном участии, позволили сделать вывод об отсутствии токсической реакции со стороны окружающих тканей и канцерогенного действия данных сплавов на организм [4]. Создание литейного стоматологического сплава с аналогичными характеристиками (Регистрационное удостоверение федеральной службы по надзору в сфере ЗО и СР № ФС 01012006/3796-06 от 26.12.2006) [5], дало возможность конструировать протезы близкие по физико-механическим свойствам к параметрам подлежащих тканей. Биосовместимые и сверхэластические свойства, в сочетании с возможностью изготовления индивидуальных пространственно-объёмных конструкций в условиях зуботехнической лаборатории, позволяют применить его в качестве основного материала, контактирующего с тканями протезного ложа у онкологических больных после резекции челюстей.

Целью работы явилось оценки методов повышения эффективности ортопедической реабилитации онкологических больных с послеоперационными изъянами челюстей на основе разработки новых конструкционных решений с использованием материалов с памятью формы.

Материалы и методы

Данная работа основана на опыте ортопедической реабилитации и клиническом наблюдении в сроки до трёх лет за 12 онкологическими больными с послеоперационными изъянами челюстей, в возрасте от 35 до 70 лет. Четырём пациентам изготовлены зубочелюстные протезы для восполнения дефектов нижней челюсти, остальным — верхней.

В целях установления диагноза, планирования особенностей конструкции протеза больным проводили клиническое обследование, ортопан-

томографию, изучение диагностических моделей челюстей.

В лечении больных с дефектами нижней челюсти применяли конструкцию зубочелюстного протеза, состоящую из комбинированного базиса и опорно-удерживающих приспособлений фиксируемых на естественных зубах, изготовленных из никелида титана, а так же пластмассовых частей, замещающих дефект альвеолярного отростка, и искусственных зубов [6]. В клинических ситуациях с обширными изъянами верхних челюстей применяли конструкцию, состоящую из комбинированного базиса с пустотелым или чашеобразным obturatorом дефекта, со стороны протезного ложа изготовленного из никелида титана, ротовой полости в проекции альвеолярных отростков — из акриловой пластмассы и искусственных зубов [7].

Результаты лечения оценивали на основании клинического наблюдения и рентгенологического исследования в сроки спустя 6, 12, 24, 36 месяцев после протезирования, изучения жевательной эффективности по С.Е. Гельману на 2, 7-е сутки и через 1, 6, 12, 24, 36 месяцев после протезирования, анализа восстановления речи в клинических ситуациях, сопровождающихся ороантральным и/или ороназальным сообщениями, с помощью разработанного способа диагностики её нарушений, включающего оценку произношения звуков и разборчивости речи, с последующим математическим вычислением процента нарушения речевой функции [8], сравнения показателей максимальной скорости выдоха пациента без протеза с открытыми и закрытыми носовыми ходами, с протезом и открытыми носовыми ходами, полученные с применением спирографа «Микропик» фирмы «Микро Медикал Лтд.» (Великобритания). Реакцию протезного ложа на ортопедическую конструкцию исследовали, изучая функциональные слепки через 6, 12, 24, 36 месяцев после протезирования под силой жевательного давления одинаковой величины, используя в качестве корригирующего материала акриловую пластмассу холодного отверждения, с последующим её отделением от протеза и измерением толщины в проекции вершины, вестибулярной и оральной поверхностей альвеолярного отростка, краёв дефекта челюсти.

Результаты и обсуждение

Адаптация к протезам в течение 14 дней, после чего больные отмечали удовлетворительное функциональное состояние зубочелюстного аппарата. При осмотре в указанные промежутки времени пациенты жалоб не предъявляли, состояние протезов удовлетворительное. Убыли костной ткани альвеолярного отростка в области опорных зубов и краёв изъяна, не определялось. Подвижность опорных зубов в пределах физиологической нормы. Данные функциональных жевательных проб (табл. 1) свидетельствовали о том, что восстановление жевательной функции зависело от топографии и размера изъяна, максимальная величина которой наблюдалась в период от 6 до 12 мес после протезирования и оставалась на данном уровне в последующие сроки наблюдения. При наличии верхнечелюстных дефектов нарушалось произношение в основном согласных звуков, гласных — страдало минимально (табл.

Таблица 1

Жевательная эффективность у пациентов после зубочелюстного протезирования, %

№ наблюдения		Сроки наблюдения						
		2 сут	7 сут	1 мес	6 мес	12 мес	24 мес	36 мес
Верхнечелюстные дефекты	1	25,71±0,05	29,05±0,15	36,94±0,11	46,56±0,97	58,35±0,55	57,95±0,05	59,65±0,05
	2	–	–	16,54±0,05	24,05±0,95	36,75±0,91	38,14±0,55	37,09±0,96
	3	33,05±0,11	37,95±0,05	44,15±0,55	54,95±0,76	62,62±0,05	61,55±0,78	62,95±0,05
	4	20,95±0,55	21,55±0,05	28,73±0,63	37,35±0,15	42,67±0,25	43,57±0,07	43,25±0,55
	5	19,63±0,54	22,16±0,72	33,03±0,11	45,63±0,72	52,77±0,93	54,11±0,05	53,24±0,05
	6	26,17±0,17	36,02±0,35	42,16±0,65	64,54±0,91	65,09±0,12	64,57±0,86	66,06±0,56
	7	22,84±0,54	30,95±0,82	38,53±0,94	56,12±0,95	60,46±0,86	61,47±0,33	60,06±0,87
	8	29,36±0,36	41,67±0,51	45,06±0,72	70,37±0,14	74,97±0,73	74,87±0,46	76,54±0,62
Нижнечелюстные дефекты	9	36,16±0,15	40,05±0,87	63,67±0,16	79,83±0,05	82,83±0,14	83,05±0,97	81,35±0,42
	10	32,86±0,53	42,83±0,72	56,14±0,37	63,92±0,43	75,35±0,71	74,11±0,13	74,84±0,67
	11	–	9,87±0,76	12,57±0,69	18,72±0,68	20,34±0,97	21,39±0,23	20,14±0,63
	12	11,18±0,57	11,36±0,42	18,43±0,75	22,32±0,97	24,57±0,43	23,37±0,65	24,27±0,72

Таблица 2

Результаты фонетического обследования больных с верхнечелюстными дефектами (n=8)

№ п/п	Данные исследования речевой функции		Величина дефекта речи (%)	
	дефектно произносимые звуки	коэффициент гнусавости	без протеза	с протезом
1	б, в, г, з, к, л, р, е, ё, ю, я	4/1**	27,8	0
2	б*, в, г, д, ж, к, м, н, р, т, ф, ю	5/3	35,8	8,8
3	б, г, д, з, к, н, р, т, ц, ч	4/1	32,0	0
4	б, в, г, д, з, т, ю, я	5/1	20,1	0
5	б, г, д, з, к, н, р, т, ц, ч	4/1	32	0
6	б, г, д, з, к, н, р, т, ц, ч, ю	4/1	21,4	0
7	б, д, п	4/1	4,32	0
8	б, г, д, ж, и, к, л, п, р, с, т, ф, х, ц, ч, щ, ю	3/1	45,3	0,7

* — дефектно произносимые звуки после ортопедического лечения

** — первая цифра соответствует значению, полученному до лечения, вторая — после лечения.

2). Разборчивость и величина нарушения речевой функции находились в прямой зависимости от топографии изъяна и размера ротоносового соустья. Идентичность максимальной скорости выдоха пациентов без протеза с закрытыми носовыми ходами, с протезом и открытыми носовыми ходами свидетельствовала о полноценной obturации дефекта (табл. 3). Сравнительный ана-

корректирующего слоя в среднем составляла 0,3±0,7 мм и оставалась на данном уровне в отдалённые сроки наблюдения, что в совокупности с данными рентгендиагностики, свидетельствующими об отсутствии убыли костной ткани в зоне границ дефекта и альвеолярного отростка в области опорных зубов, позволило сделать вывод о минимальном прогрессировании атрофии опорных тканей протезного ложа в процессе функционирования протезов.

Больной Ш., 54 года, DS: Остеогенная саркома нижней челюсти слева, состояние после комбинированного лечения (резекции нижней челюсти и дистанционной γ-терапии), дефект передненижней части ветви, тела и альвеолярного отростка нижней челюсти до 32 зуба, частичная вторичная адентия нижней челюсти II класса по Кеннеди (рис. 1–3).

Таблица 3

Результаты спирометрического исследования у больных с верхнечелюстными дефектами (n=7***)

№ п/п	Максимальная скорость выдоха, л/мин		
	без протеза с открытыми носовыми ходами	без протеза с закрытыми носовыми ходами	с протезом и открытыми носовыми ходами
1	500	620	620
2	500	570	570
3	320	450	450
4	610	670	670
5	430	560	560
6	400	480	470
7	350	620	620

*** — провести исследование в восьмом наблюдении не представлялось возможным в связи с наличием трахеостомы.

лиз точности соответствия рельефа протезного ложа базису конструкции показал, что толщина



Рис. 1. Рентгенограмма больного Ш. до лечения



Рис. 2. Состояние полости рта больного Ш. после хирургического лечения



Рис. 3. Рентгенограмма больного Ш. после хирургического лечения

Больному изготовлен зубочелюстной протез с кламмерной фиксацией на 48, 47, 45, 44, 32 зубах, согласно разработанной технологии (рис. 4–6). При осмотре через 3 года больной жалоб не предъявлял, состояние протеза удовлетворительное.



Рис. 4. Зубочелюстной протез больного Ш.



Рис. 5. Зубочелюстной протез в полости рта больного Ш.



Рис. 6. Рентгенограмма больного Ш. после ортопедического лечения

Больная Т., 56 лет, DS: Ср. левой верхней челюсти III, состояние после комбинированного лечения (резекции левой верхней челюсти и дистанционной γ -терапии), субтотальный пострезекционный дефект левой верхней челюсти до 23 зуба (рис. 7–10). Изготовлен протез-обтуратор с кламмерной фиксацией на 15, 13, 23 зубах, согласно разработанной технологии (рис. 11–13). При осмотре через 3 года больная жалоб не предъявляла, состояние протеза удовлетворительное.

Таким образом, применение разработанных конструкций зубочелюстных протезов позволило



Рис. 7. МРТ-реконструированное изображение в аксиальной проекции больной Т. до лечения



Рис. 8. Состояние полости рта больной Т. после хирургического лечения



Рис. 9. Рентгенограмма больной Т. после хирургического лечения



Рис. 10. Диагностическая модель верхнечелюстного дефекта больной Т.



Рис. 12. Протез-обтуратор в полости рта больной Т.



Рис. 11. Протез-обтуратор больной Т.



Рис. 13. Рентгенограмма больной Т. после ортопедического лечения

на качественно новом уровне решить проблему реабилитации онкологических больных с послеоперационными изъянами челюстей. Использование сверхэластичного сплава на основе никелида титана в качестве основного конструкционного материала, исключает токсическое и канцерогенное воздействие на подлежащие ткани. Отсутствие макросдвигов при функциональной нагрузке даёт возможность равномерному распределению жевательного давления на мало, средне и хорошо

податливые ткани протезного ложа, увеличивая эффективную площадь опорных структур, при этом биомеханические свойства никелида титана компенсируют воспринимаемую нагрузку в области дефекта челюсти. Высокая стабильность физико-механических характеристик сплава на основе никелида титана позволяют зубочелюстному протезу деформироваться в процессе функционирования в соответствии с закономерностями эластического поведения живых тканей, обеспечивая их минимальную ответную реакцию, длительно и гармонично функционировать в организме, являясь неотъемлемой частью его структуры.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

А.А. Радкевич, В.Г. Галонский

(Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — чл.-корр. РАМН, проф. В.Т. Манчук)

Резюме. Представлены конструкции зубочелюстных протезов с сверхэластичным базисом из никелида титана, их преимущества перед традиционным замещающими протезами и результаты применения разработанных технологий в ортопедической реабилитации 12 онкологических больных с послеоперационными изъянами челюстей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / А. И. Пачес, В. О. Ольшанский, В. Л. Любаев и др. — М.: Медицина. — 1988. — 304 с.
2. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И. М. Федяев, И. М. Байриков, Л.П. Белова и др. — М: Мед. книга — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 160 с.
3. Костур Б. К. Челюстно-лицевое протезирование / Б. К. Костур, В. А. Миняева. — Л.: Медицина, 1985. — 165 с.

4. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы / В. Э. Гюнтер, Г. Ц. Дамбаев, П. Г. Сысолятин и др. — Томск: Изд-во ТГУ, 1998. — 487 с.
5. Пат. № 2162667, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/20, А 61 К 6/04. Литейный стоматологический сплав / Заявители и патентообладатели В. Э. Гюнтер, П. Г. Сысолятин, Ф. Т. Темерханов, В. Н. Ходоренко и др. Заявл. от 27.04.1999. Оpubл. 10.02.2000.
6. Пат. № 2281058, Российская Федерация, МПК А 61

С 13/007. Зубочелюстной протез / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004. Оpubл. 10.08.2006, Бюлл. № 22.

7. Пат. № 2281059, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/007. Протез-обтуратор верхней челюсти / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004. Оpubл. 10.08.2006. Бюлл. № 22.

8. Пат. № 2284744, Российская Федерация, МПК А 61 В 5/00. Способ диагностики нарушений речевой функции / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич. Заявл. от 15.02.2005. Оpubл. 10.10.2006. Бюлл. № 28.

9. Construction of a maxillary prosthesis with a hollow obturator by the balloon technique and a case report / J. Hayashi, M. Nishiyama, M. Miyake et al. // J. Nihon. Univ. Sch. Dent. — 1989. — V. 31. — P. 585–596.

10. Desjardins R. P. Obturator prosthesis design for acquired maxillary defects // J. Prosthet. Dent. — 1978. — V. 39, № 4. — P. 424–435.

11. Devlin H. Prosthetic rehabilitation of the edentulous patient requiring a partial maxillectomy / H. Devlin, G. R. Barker // J. Prosthet. Dent. — 1992. — V. 67, №2. — P. 223–227.

12. King G. E., W. D. Gay. Application of various removable partial denture design concepts to a maxillary obturator prosthesis // J. Prosthet. Dent. — 1979. — V. 41, №3. — P. 316–318.

13. Knapp J. G. A simplified approach to the fabrication of a maxillary hollow obturator prosthesis // J. Prosthet. Dent. — 1984. — V. 51, №1. — P. 67–69.

14. Niimi A., M. Ueda, T. Kaneda. Maxillary obturator supported by osseointegrated implants placed in irradiated bone // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 1993. — V. 51, №7. — P. 804–809.

15. Sectional prosthesis with hollow obturator portion made of thin silicone over resin frame / T. Kanazawa, H. Yoshida, Y. Furuya, et al. // J. Oral. Rehabil. — 2000. — V. 27, № 9. — P. 760–764.

© РУШЕЛЬ Н.И., ЕГОРОВА А.Т.

КЛИНИЧЕСКАЯ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ РОДАХ

Н.И. Рушель, А.Т. Егорова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования, зав. — д.м.н., проф. А.Т. Егорова)

Резюме. Изучено состояние 112 новорожденных, родившихся от матерей с индуцированным многоплодием, 302 детей от матерей со спонтанно наступившим многоплодием и — 51 новорожденного — от матерей с одноплодными родами. Недоношенные новорожденные составили 87,5% (98) от матерей с индуцированным многоплодием, 74,2% детей от матерей со спонтанным многоплодием и 39,2% из группы сравнения ($p < 0,001$). При индуцированном многоплодии в асфиксии средней и тяжелой степени родилось 42,9%, при тройне — 70%, при двойне — 30,9% новорожденных. Нуждались в ИВЛ, из родившихся в асфиксии 76,2% новорожденных.

Ключевые слова. Многоплодие, диссоциированное развитие, асфиксия.

Перинатальная смертность при многоплодии в 3-7 раз выше, чем при одноплодной беременности. Многоплодие нередко осложняется задержкой роста одного из плодов, частота которой в 10 раз выше таковой при одноплодной беременности и составляет 34% при монохориальной и 23% при бихориальной двойне. При многоплодной беременности возможно развитие таких осложнений как: синдром фето-фетальной гемотрансфузии, обратной артериальной перфузии, внутриутробной гибели одного из плодов и другие. Самопроизвольный аборт и преждевременные роды при многоплодии отмечаются в 20-50% и зависят от числа плодов [5,6,8,9].

Относительно высокий и практически, не имеющих тенденции к снижению, уровень перинатальных и неонатальных потерь в России вызывает необходимость разработки эффективных мер социального и медицинского плана. Переход на внеутробное существование служит серьезнейшим испытанием зрелости всех функциональных систем самостоятельного жизнеобеспечения плода и тех функций, которые до рождения выполнял материнский организм. При неблагоприятных условиях, действующих в момент перехода к внеутробной жизни, создаются предпосылки для формирования патологических состояний в неонатальном периоде.

Осложнения в антенатальном периоде развиваются в 80% случаев многоплодной беременности.

Неодинаковое развитие плодов возникает в 5-15% двухплодной и 30% трехплодной беременности.

Цель исследования: оценить клиническое состояние и провести антропометрическую оценку новорожденных при индуцированном и спонтанном многоплодии.

Материалы и методы

Изучено состояние 112 новорожденных, родившихся от матерей с индуцированным многоплодием (основная группа), 302 детей от матерей со спонтанно наступившим многоплодием (контрольная) и — 51 новорожденного — от матерей с одноплодными родами (группа сравнения).

Обследованы 51 беременная с многоплодием после вспомогательных репродуктивных технологий (основная группа), со спонтанным многоплодием — 151 (контрольная группа) и 51 женщина с одноплодной беременностью (группа сравнения).

Результаты и обсуждение

Статистическая обработка с использованием t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости $p < 0,05$. Первородящие в группе с индуцированным многоплодием составили 23 (45,1%), со спонтанным — 41 (27,2%) и в группе сравнения — 19(37,3%) женщин ($p < 0,05$).