

4. Efimenko AP. Fizicheskie faktory i medikamenty v vosstanovitel'nom lechenii erektil'noy disfunktsii u muzhchin s metabolicheskim sindromom [dissertation]. Pyatigorsk; 2013. Russian.
5. Kovalev VA, Koroleva SV, Kamalov AA. Farmakoterapiya erektil'noy disfunktsii. *Urologiya*. 2000;1:33-8. Russian.
6. Mazo EB, Gamidov SI, Zhuchenko TD, et al. Levitra-test v diagnostike vaskulogennoy erektil'noy disfunktsii. *Urologiya*. 2005;1:29-31. Russian.
7. Mamedov MN. Algoritmy diagnostiki i lecheniya metabolicheskogo sindroma v kliniko-ambulatornykh usloviyakh. *Kardiologiya*. 2005;5:92-100. Russian.
8. Radnaev VB. Metody refleksoterapii v lechenii i profilaktike metabolicheskogo sindroma [dissertation]. Moscow; 2006. Russian.
9. Rubin VV. Nemedikamentoznaya terapiya erektil'noy disfunktsii, obuslovlennoy metabolicheskim sindromom, na kurorte [dissertation]. Pyatigorsk; 2013. Russian.
10. Rubin VV, Efimenko AP, Tsogoev AS, Urva-cheva EE. Vosstanovlenie erektil'noy funktsii u bol'nykh s metabolicheskim sindromom na zheleznovodskom kurorte. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2011;3:149-51. Russian.
11. Tereshin AT, Sosnovskiy IB, Dmitrenko GD. Kliniko-funktsional'noe sostoyanie penil'noy gemodinamiki u bol'nykh khronicheskim prostatitom s erektil'noy disfunktsiyey. *Vrach-aspirant*. 2012;2.3(51):456-66. Russian.
12. Demir T. Prevalence of erectile dysfunction in patients with metabolic syndrome. *J. Urol*. 2006;13(4):3858.
13. Esposito K. High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*. 2005;5:1201-3.

УДК: 617.582-089

DOI: 10.12737/9075

#### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ КАНДУЛИРОВАННЫМИ ВИНТАМИ

К.С. КАЗАНИН\*, Н.И. ГРИБАНОВ\*, В.В. КАЛАШНИКОВ\*\*, В.В. КАЛАШНИКОВ\*\*, М.С. ШПАКОВСКИЙ\*, А.В. БАСОВ\*\*

\*Кемеровская государственная медицинская академия,  
ул. Ворошилова, д. 22А, г. Кемерово, Россия, 650029, e-mail: [kemsma@kemsma.ru](mailto:kemsma@kemsma.ru)  
\*\*МБУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского»,  
ул. Н.Островского, 22, г. Кемерово, Россия, 650000, e-mail: [travmagkb3@mail.ru](mailto:travmagkb3@mail.ru)

**Аннотация.** Цель. Изучить отдаленные результаты остеосинтеза шейки бедренной кости канюлированными винтами, оценить степень укорочения шейки бедренной кости и влияние ее на отдаленный функциональный результат.

**Материалы и методы.** При переломах шейки бедренной кости у 119 пациентов был выполнен малоинвазивный остеосинтез канюлированными винтами. Проанализированы отдаленные результаты у 112 (94,1%) больных после остеосинтеза в сроки от 1 года до 3 лет после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Сращение перелома получено в 89 (79,4%) случаях, несращение – в 23 (20,6%) случаях. Установлена зависимость отдаленного функционального результата от степени укорочения шейки бедренной кости. При наличии укорочения шейки бедренной кости более 4 мм количество отличных и хороших результатов значительно уменьшалось. Выявлена зависимость отдаленного функционального результата от возраста пациентов. Средний возраст пациентов с неудовлетворительным результатом составил 77,3 года, с удовлетворительным результатом – 67,7 лет, с хорошими результатами – 64,1 лет, с отличным результатом – 55,9 лет. Выявлена зависимость отдаленного функционального результата от типа перелома по Pauwels и Garden. Положительные результаты получены при переломах типа Pauwels I-II, Garden I-II, то есть при опорных переломах и с небольшим смещением отломков.

**Выводы.** Малоинвазивный остеосинтез канюлированными винтами позволяет добиться сращения перелома в 79,4% случаев, поэтому он может являться одним из методов выбора при переломах шейки бедренной кости, но также может приводить и к укорочению шейки бедра.

**Ключевые слова:** переломы, шейка бедра, остеосинтез, канюлированные винты.

#### EXPERIENCE IN TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES BY MEANS OF THE CANNULATED SCREWS

K.S. KAZANIN\*, N.I. GRIBANOV\*, V.V. KALASHNIKOV\*\*, V.VL. KALASHNIKOV\*\*, M.S. SHPAKOVSKIY\*, A.V. BASOV\*\*

\*Kemerovo State Medical Academy, st. Voroshilov, d. 22A, the Kemervoo, Russia, 650029, e-mail: [kemsma@kemsma.ru](mailto:kemsma@kemsma.ru)  
\*\*The City Clinical M.A. Podgorbunsky Hospital № 3, st. Ostrovsky, 22, Kemerovo, Russia, 650000, e-mail: [travmagkb3@mail.ru](mailto:travmagkb3@mail.ru)

**Abstract.** The purpose of this research was to study long-term results of osteosynthesis of femoral neck treatment by means of the cannulated screw and to assess the degree of shortening of the femoral neck and its effect on functional

outcome. Materials and methods. Minimally invasive osteosynthesis by means of the cannulated screws was carried out in 119 patients with fractures of the femoral neck. The long-term results in 112 (94.1%) patients after osteosynthesis in terms of 1 to 3 years after surgery were analyzed.

**Results and discussion.** Fusion of fracture was noted in 89 (79,4%) cases, non-fusion – in 23 (20,6%) cases. It was established the dependence of the remote functional outcome from the degree of shortening of the femoral neck. In the presence of shortening of the femoral neck of more than 4 mm of excellent and good results were decreased considerably. The dependence of the distant functional results age of the patients was identified. The average age of patients with poor outcome was 77,3 years, with satisfactory – 67,7 years, with a good – 64,1 years, with excellent – 55,9 years. The dependence of the remote functional outcome from the type of fracture according to Pauwels and Garden was determined. Positive results were obtained in fractures type Pauwels I-II, Garden I-II, i.e. at the support fractures and the fractures with little displacement of bone fragments.

**Conclusions.** Minimally invasive osteosynthesis by means of the cannulated screw allows to achieve coalescence fracture in 79,4% of cases, so it may be one of the methods of choice for femoral neck fractures, but can also lead to shortening of the femoral neck.

**Key words:** fracture, femoral neck, osteosynthesis, cannulated screws.

Число переломов шейки бедренной кости в мире непрерывно увеличивается, особенно в развитых странах, связано это с возрастающей продолжительностью жизни населения.

Остеопороз служит основной причиной переломов костей у лиц пожилого возраста, и одно из самых тяжелых осложнений при остеопорозе – переломы шейки бедренной кости [11].

Лечение переломов этой локализации является наиболее затратным и в то же время менее успешным: уровень смертности и инвалидизации пациентов при них выше, чем при других переломах [6,8,9].

Для пациентов пожилого и старческого возраста данное повреждение представляет серьезную опасность для жизни. Кроме наличия перелома как самостоятельного заболевания у этих пациентов уже имеется сопутствующая хроническая патология, что в комплексе приводит к декомпенсации органов и систем, обуславливая высокую смертность [1,2,4,5,13].

Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости имеет ряд особенностей и представляет собой серьезную социально-экономическую проблему. Особенности лечения обусловлены возрастом пациентов, сопутствующей соматической патологией, остеопорозом [3,10].

Приходится выбирать между риском периоперационных осложнений, в том числе и такого грозного, как тромбоэмболия легочной артерии и риском развития не менее грозных осложнений, связанных с гиподинамией, длительным постельным режимом при выборе консервативного лечения (пролежни, застойная пневмония, тромбоэмболические осложнения, декомпенсация хронических заболеваний). По данным литературы смертность от различных гипостатических осложнений при консервативном лечении может достигать 70%, смертность же при оперативном лечении, несмотря на риск периоперационных осложнений обычно не превышает 10-14 % [7,10].

Таким образом, основным методом лечение переломов проксимального отдела бедра в настоящее время

признается тот или иной способ оперативного лечения.

Во всем мире признано, что оперативное вмешательство при переломе проксимального конца бедренной кости у пожилых людей, является операцией по жизненным показаниям.

Консервативное лечение, как правило, выбирается при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству.

Одним из методов лечения переломов шейки бедренной кости является остеосинтез с помощью канюлированных винтов [14]. Последний осуществляется под контролем электронно-оптического преобразователя. Данная методика является минимально инвазивной при лечении переломов шейки бедренной кости.

**Цель исследования** – обобщить результаты остеосинтеза шейки бедренной кости канюлированными винтами, оценить рентгенологический и функциональные результаты, их связь между собой и проанализировать отдаленные исходы лечения.

**Материалы и методы исследования.** На базе травматологического отделения Кемеровской Городской Клинической Больницы №3 им. М.А. Подгорбунского с 2010 по 2014 годы включительно находилось на лечении 233 пациента с переломами шейки бедренной кости (код МКБ–10 S72.0). Из госпитализированных пациентов 124 (53,2%) человека пролечено оперативными методами. Возраст пострадавших с данной патологией составил от 15 до 94 лет, средний возраст – 63,3 года. Сопутствующая соматическая патология, требующая коррекции, выявлена у 169 (72,5%) пациентов. Преобладала патология сердечно-сосудистой, эндокринной систем и системы дыхания. Наиболее часто обращались пациенты в возрасте от 65 до 83 лет (67,7%). При изучении механизма травмы выявлено, что большая часть переломов (от 92 до 96% в разные годы исследуемого периода) была связана с минимальной травмой – падение с высоты собственного роста.

Переломы у пациентов в возрасте до 50 лет чаще встречаются у мужчин и происходят в результате вы-

сокоэнергетической травмы (падение с высоты, автодорожная травма).

При переломах шейки бедренной кости у 119 пациентов был выполнен малоинвазивный остеосинтез каннулированными винтами. Остеосинтез в среднем выполнялся на 5,6 сутки после травмы, из них на предоперационную подготовку и коррекцию сопутствующей соматической патологии уходило в среднем 3,7 суток.

В качестве фиксаторов использовали титановые каннулированные винты. Во всех случаях использовался остеосинтез 3 каннулированными винтами.

Контрольная рентгенография проводилась на следующий день после операции, через 3, 6, 12 месяцев и более поздние сроки. В сроки через 6 месяцев проводилась компьютерная томография.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 2 лет после операции. Проводились клиническое и рентгенографическое обследования. При рентгенографии оценивалось состояние суставной щели, конгруэнтность суставных поверхностей, наличие сращения перелома и при наличии сращения оценивалась степень укорочения шейки бедра [15].

Для комплексной оценки функционального состояния тазобедренного сустава в отдаленном периоде использовали опросник Harris Hip Score, который включал такие пункты как: болевой синдром, хромота, использование дополнительной опоры, использование общественного транспорта, подъем по лестнице, самообслуживание, объем движений в тазобедренном суставе [12].

Качественные признаки представлены в работе в виде абсолютной величины и относительной частоты (%).

Для выявления связи между изучаемыми количественными признаками применяли корреляционный анализ по Спирмену (R). Связь считали статистически значимой при достижении уровня статистической значимости 0,05.

**Результаты и их обсуждение.** Отдаленные результаты после остеосинтеза шейки бедра каннулированными винтами прослежены у 112 (94,1%) больных в сроки от 1 года до 3 лет после операции. После остеосинтеза каннулированными винтами сращение перелома наблюдалось в 89 (79,4%) случаях, формирование ложного сустава – в 23 (20,6%) случаях. Отличные результаты получены у 39 (43,8%) больных, хорошие у 17 (19,1%) больных, удовлетворительные у 10 (11,2%) больных и неудовлетворительные у 23 (25,9%) больных.

Незначительное укорочение выявлено у 51 (57,3%) больных, умеренное у 14 (15,7%) больных и значительное укорочение у 24 (27%) больных. Средний возраст больных с неудовлетворительным результатом составил 75,4 года, с удовлетворительным результатом – 66,1 лет, с хорошим результатом – 65,1 лет, с отличным отдаленным результатом – 56,9 лет.

При переломах типа Pauwels I отличный функциональный результат получен у 2 (2,2%) больных, хороший результат получен у 2 (2,2%) больных. Удовлетворительных и неудовлетворительных результатов получено не было. При переломах типа Pauwels II отличный результат получен у 25 (28,1%) больных, хороший – у 18 (20,3%) больных, удовлетворительный – у 15 (16,9%) больных, неудовлетворительный – у 18 (20,2%) больных. При переломах типа Pauwels III отличных результатов получено не было, хороший результат получен у 3 (3,4%) больных, удовлетворительный результат получен у 2 (2,2%) больных, неудовлетворительный – у 4 (4,5%) больных.

При переломах типа Garden I отличный результат был получен у 3 (3,4%) больных, удовлетворительный – у 2 (2,2%) больных. Хороших и неудовлетворительных результатов получено не было. При переломах типа Garden II отличный результат был получен у 11 (12,3%) больных, хороший – 5 (5,6%) больных, удовлетворительный – у 3 (3,4%) больных, неудовлетворительный – у 5 (5,6%) больных. При переломах типа Garden III отличный результат получен у 10 (11,2%) больных, хороший – 14 (15,7%) больных, удовлетворительный – у 8 (9,0%) больных, неудовлетворительный – у 11 (12,4%) больных. При переломах типа Garden IV отличных и хороших результатов получено не было, удовлетворительный результат получен у 5 (5,7%) больных, неудовлетворительный – у 12 (13,5%) больных.

Средний возраст пациентов с неудовлетворительным результатом составил 77,3 года, с удовлетворительным результатом – 67,7 лет, с хорошими результатами – 64,1 лет, с отличным результатом – 55,9 лет. Средний срок с момента травмы до операции у пациентов с неудовлетворительными результатами составил 6,1 суток, с удовлетворительным результатом – 5,5 суток, с хорошими результатами – 4,4 суток, с отличными результатами – 2,9 суток.

После остеосинтеза 3 каннулированными винтами сращение перелома получено в 79,4% случаев. Ложный сустав шейки бедра получен у 20,6% больных после остеосинтеза переломов типа Pauwels 3 Garden 3-4.

Несмотря на сращение перелома шейки бедра после проведения остеосинтеза каннулированными винтами, количество неудовлетворительных функциональных результатов достаточно высокое – 25,9%.

При наличии укорочения шейки бедренной кости более 4 мм количество отличных и хороших результатов значительно уменьшалось ( $R=-0,6$ ;  $p=0,0001$ ). Подобные данные в своих исследованиях получили и другие авторы, которые так же показывали ухудшение функционального результата при увеличении степени укорочения [14]. Установлено, что отдаленный функциональный результат от давности травмы не зависел ( $R=0,08$ ;  $p=0,527$ ).

Выявлена зависимость отдаленного функционального результата от возраста пациентов. Средний возраст больных с неудовлетворительным результатом составил 77,3 года, с удовлетворительным результатом – 67,7 лет, с хорошим результатом – 64,1 года, с отличным отдаленным результатом – 55,9 лет.

Отмечено, что при опорных переломах с небольшим смещением отломков (Pauwels I-II, Garden I-II) отдаленный функциональный результат был лучше ( $R=0,26$ ;  $p=0,036$ ).

Данное исследование показывает, что укорочение шейки бедренной кости > 4 мм. оказывает значительное влияние на отдаленный функциональный результат. Кроме того, при большем укорочении отмечалось нарушение биомеханики шага, необходимость дополнительной опоры во время ходьбы, использования ортопедических стелек-супинаторов.

Часто успешным исходом лечения принято считать сращение перелома, однако по нашим данным этого недостаточно. Переломы, которые срослись с укорочением, далеко не всегда заканчиваются с удовлетворительным функциональным результатом.

#### Выводы:

1. Малоинвазивный остеосинтез каннулированными винтами позволяет добиться сращения перелома в 79,4% случаев, поэтому он может являться одним из методов выбора при переломах шейки бедренной кости, однако остается довольно высокий процент (25,9%) неудовлетворительных функциональных результатов.

2. Остеосинтез каннулированными винтами целесообразно проводить при опорных переломах (Pauwels 1, 2) с небольшим разобщением костных отломков (Garden 1, 2).

3. Остеосинтез шейки бедренной кости каннулированными винтами, как один из вариантов остеосинтеза параллельными фиксаторами, может приводить к укорочению шейки бедренной кости. Выявлена зависимость между степенью укорочения шейки бедра и отдаленным функциональным результатом.

4. После остеосинтеза шейки бедренной кости сращение перелома не должно расцениваться как успешный исход лечения без исследования отдаленного функционального результата.

#### Литература

1. Беляева Е.А., Купеев В.Г., Хадарцев А.А. Новая технология безопасной анальгетической терапии при осложненном остеопорозе // Вестник новых медицинских технологий. 2010. № 3. С. 122–125.

2. Беляева Е.А., Хадарцев А.А. Теоретические аспекты восстановительного лечения остеопороза при коморбидной патологии // Вестник новых медицинских технологий. 2010. № 3. С. 96–98.

3. Беляева Е.А., Хадарцев А.А. Восстановительная терапия осложненного постменопаузального остео-

пороза: Монография. Тула: Из-во «Гриф и К», 2010. 248 с.

4. Войтович А.В. Оперативное лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в системе медицинской реабилитации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 1994. 30 с.

5. Гемиаартропластика тазобедренного сустава при переломах шейки бедра современными отечественными протезами / Ключевский В.В., Гильфанов С.И., Даниляк В.В. [и др.] // Эндопротезирование в России. 2007. Вып. 3. С. 297–303.

6. Макаров М.А., Родионова С.С. Влияние структурных особенностей проксимального отдела бедренной кости на риск развития переломов шейки бедра при остеопорозе // Остеопороз и остеопатии. 2000. N 1. С. 32–34.

7. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Аникин С.Г. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья среди городского населения России // Остеопороз и остеопатии. 1999. Вып. 3. С. 2–6.

8. Цейтлин О.Я., Вербовой А.Ф. Распространенность переломов проксимального отдела бедренной кости в группе повышенного риска в г. Чапаевске // Остеопороз и остеопатии. 2001. N 2. С. 7–8.

9. Эндопротезирование в России: Всерос. монотематич. сб. науч. статей / под. ред. Ахтямов И.Ф., Тихилов Р.М., 2007. Вып. 3. С. 236–245.

10. Cummings S.R., Melton L.J. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures // Lancet. 2002. Vol. 359. P. 1761–1767.

11. Risk factors for hip fractures in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group / Cummings, S.R. Nevitt M.C., Browner W.S. [et al.] // N Engl J Med. 1995. Vol. 322. P. 767–773.

12. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation // J Bone Joint Surg Am. 1969. Vol. 51A. №4. P. 737–755.

13. Pederson D.R., Brand R.A., Davy D.T. Pelvic muscle and acetabular contact forces during gait // J. Biomech. 1997. Vol. 30. №9. P. 959–965.

14. Tencer A.F., Bucholz R.W., Heckman J.D. Biomechanics of fractures and fixation // Rockwood and Green's fractures in adults. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001. Vol. 1. P. 3–35.

15. Zlowodzki M.O., Ayeni, B.A. Petrisor. Femoral shortening after fracture fixation with multiple cancellous screws: incidence and effect on function // J Trauma. 2008. Vol. 64. P. 163–169.

#### References

1. Belyaeva EA, Kupeev VG, Khadartsev AA. Novaya tekhnologiya bezopasnoy analgeticheskoy terapii pri oslozhnennom osteoporoze. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;3:122-5. Russian.

2. Belyaeva EA, Khadartsev AA. Teoreticheskie aspekty vosstanovitel'nogo lecheniya osteoporoz pri komorbidnoy patologii. Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy. 2010;3:96-8. Russian.

3. Belyaeva EA, Khadartsev AA. Vosstanovitel'naya terapiya oslozhnennogo postmenopauzal'nogo osteoporoz: Monografiya. Tula: Iz-vo «Grif i K»; 2010. Russian.

4. Voytovich AV. Operativnoe lechenie bol'nykh s perelomami proksimal'nogo otdela bedrennoy kosti v sisteme meditsinskoj reabilitatsii [dissertation]. Sankt-Peterburg (Leningradskaya oblast'); 1994. Russian.

5. Klyuchevskiy VV, Gil'fanov SI, Danilyak VV, et al. Gemiartroplastika tazobedrennogo sustava pri perelomakh sheyki bedra sovremennymi otechestvennymi protezami. Endoprotezirovaniye v Rossii. 2007;3:297-303. Russian.

6. Makarov MA, Rodionova SS. Vliyaniye strukturnykh osobennostey proksimal'nogo otdela bedrennoy kosti na risk razvitiya perelomov sheyki bedra pri osteoporozе. Osteoporoz i osteopatii. 2000;1:32-4. Russian.

7. Mikhaylov EE, Benevolenskaya LI, Anikin SG. Chastota perelomov proksimal'nogo otdela bedrennoy kosti i distal'nogo otdela predplech'ya sredi gorodskogo naseleniya Rossii. Osteoporoz i osteopatii. 1999;3:2-6. Russian.

8. Tseytlin OYa, Verbovoy AF. Rasprostranennost' perelomov proksimal'nogo otdela bedrennoy kosti v

grupe povyshennogo riska v g.Chapaevske. Osteoporoz i osteopatii. 2001;2:7-8.

9. Endoprotezirovaniye v Rossii; 2007. Vyp. 3. 236-245. Russian.

10. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. Lancet. 2002;359:1761-7.

11. Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, et al. Risk factors for hip fractures in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. N Engl J Med. 1995;322:767-73.

12. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am. 1969;51A(4):737-55.

13. Pederson DR, Brand RA, Davy DT. Pelvic muscle and acetabular contact forces during gait. J. Biomech. 1997;30(9):959-65.

14. Tencer AF, Bucholz RW, Heckman JD. Biomechanics of fractures and fixation. Rockwood and Green's fractures in adults. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001;1:3-35.

15. Zlowodzki MO, Ayeni, VA. Petrisor. Femoral shortening after fracture fixation with multiple cancellous screws: incidence and effect on function. J Trauma. 2008;64:163-9.

УДК: 618.4-071.5:618:514

DOI: 10.12737/9077

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

К.А. БОЖЕНКОВ\*, Т.А. ГУСТОВАРОВА\*, В.Л. ВИНОГРАДОВ\*\*, А.Н. ИВАНЯН†

\*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия МЗРФ»,  
ул. Крупской 28, Смоленск, Россия, 214019

\*\*ГБУЗ «НИИ Скорой Помощи им. Н.И. Склифосовского»,  
Большая Сухаревская площадь, дом 3, Москва, Россия, 129010

**Аннотация.** Рост частоты кесарева сечения ведет к увеличению числа пациенток с рубцом на матке. В ОГБУЗ «Клиническая больница №1» города Смоленска ведут роды у женщин, имеющих полноценный рубец на матке, через естественные родовые пути. Проведен анализ течения и исходов вагинальных родов 69 пациенток с рубцом на матке. У 38 исследуемых пациенток роды велись с обезболиванием методом эпидуральной анальгезии, у 31 пациентки – без обезболивания данным методом. Показана эффективность и безопасность эпидуральной анальгезии при обезболивании всех периодов вагинальных родов у женщин с рубцом на матке, включая проведение контрольного ручного обследования полости матки и ревизию родовых путей. Эпидуральная анальгезия не ухудшает течение родов, не увеличивает сроки госпитализации, не влияет на величину кровопотери, не ухудшает состояние плода и оценку новорожденного по шкале АПГАР у пациенток с рубцом на матке. Показана возможность применения эпидуральной анальгезии в родах у женщин с рубцом на матке при дискоординации родовой деятельности с хорошим лечебным и анальгетическим эффектом.

**Ключевые слова:** роды, рубец на матке, эпидуральная анальгезия