

DOI 10.58351/2949-2041.2025.25.8.003

**Овчинников Алексей Георгиевич**  
к.м.н., гинеколог, гинеколог-хирург  
Медицинский центр «ПЕРЕСВЕТ»

**Овчинников Кирилл Алексеевич**  
Гинеколог, гинеколог-хирург  
Медицинский центр «ПЕРЕСВЕТ»

## ГИСТЕРОСКОПИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И СФОРМИРОВАННОМ ЛОЖНОМ ХОДЕ

**Аннотация.** В статье рассматривается методика операции при стенозе цервикального канала и сформированном ложном ходе

**Ключевые слова:** Гистероскопия, стеноз цервикального канала, ложный ход.

Пациентка 35 лет. При проведении ЭКО, во время переноса эмбриона, катетер не прошел внутренний зев. Пациентка была направлена на гистероскопию. При проведении гистероскопии в августе 2024 года был сформирован ложный ход, о чем хирург максимально подробно написал в протоколе операции. Два месяца спустя пациентка обратилась в нашу клинику.

Поскольку мы знали всю историю пациентки достаточно досконально, была проведена тщательная подготовка к проведению операции. Во-первых, пациентка была взята на проведение операции на второй день менструального цикла. Во-вторых, была подготовлена и установлена рядом полностью оборудованная лапароскопическая стойка, и мы готовы были в любой момент дополнить нашу процедуру лапароскопией.

То есть, под контролем лапароскопа вся эта операция делается легче, увереннее и безопасней. Однако процедура была начата с помощью «офисной» гистероскопии. При визуализации мы обнаружили сгусток (представлен на рисунке 1) и шли за ним. С одной стороны это было не очень удобно, но с другой стороны мы точно знали, что этот сгусток приведет нас в полость матки.



Рис.1

Был использован «офисный» гистероскоп Ø2,9 мм. Для достижения хорошей освещенности и визуализации, с учетом малого диаметра гистероскопа и соответственно сечения светопроводящего пучка волокон в нем, мы использовали светодиодный осветитель, с создаваемой максимальной освещенностью 120 клк. Регулятор освещенности был выставлен на максимальное значение. Качество изображения было весьма высоким и позволяло безопасно выполнять все необходимые манипуляции.

Мы увидели ложный ход (представлен на рисунке 2), из которого нет сгустка.





Рис.2

Сгусток ведет к внутреннему зеву (представлен на рисунке 3). То есть, если бы мы делали эту процедуру не в день менструации, а в какой-либо другой день, то мы, скорее всего, с весьма высокой вероятностью, попали бы в этот ложный ход и сделали из него перфорацию.



Рис. 3

Внутренний зев расположен резко впереди, он практически не виден, и, если бы не сгусток, мы точно прошли бы мимо. Обычно «офисную» гистероскопию мы проводим без наркоза, однако, у этой пациентки мы делали операцию сразу под наркозом.

Из-за аномального строения матки, чтобы попасть во внутренний зев, пришлось развернуть гистероскоп практически вертикально вверх, и чтобы провести его за внутренний зев, также пришлось прилагать весьма значительные и неадекватные этой ситуации, усилия. Гистероскоп с большим трудом прошел в полость, чего в нормальных условиях не бывает. У этой пациентки была такая ситуация, что стеноз внутреннего зева сочетается с резким отклонением матки кпереди. Исходя из этого и сформировалась вышеизложенная проблема.

Был проведен осмотр внутренней полости матки, устьев маточных труб. Мы ввели наружный тубус гистероскопа Ø4,4мм. Его введение также сопровождалось большими усилиями. Это привело уже к значительному расширению цервикального канала. На всякий случай мы взяли биопсию эндометрия, хотя на второй день цикла это малоинформативно. Далее наша главная задача состояла в оценке состояния внутреннего зева и запомнить ложный ход.

Нормальный цервикальный канал выглядел шире и ровнее, чем отверстие, ведущее в ложный ход (представлен на рисунке 4). Поэтому мы запомнили это направление и расширились уже обыкновенными расширителями Гегара до 9,5 мм.



Рис.4

Далее осмотр матки (представлен на рисунке 5) произвели с помощью введенного резектоскопа Ø26Шр.



Рис.5

Цервикальный канал был достаточно прямым, имел обыкновенный вид и отверстие, ведущее в ложный ход, было практически незаметно.

**Выводы.** Процедура полностью увенчалась успехом, потому что нами была проведена хорошая подготовка и мы досконально знали всю историю пациентки. Все участники процесса хорошо сработали, в том числе и тот хирург, во время операции которого образовался ложный ход. В этом нет ничего страшного. Это может случиться, и более того, случается в практике практически всех хирургов, которые занимаются внутриматочной хирургией. Просто это надо подробно описывать в протоколе операции и тем самым облегчать работу себе или другому хирургу-репродуктологу.

#### Список литературы:

1. Козаченко АВ, Ревазова ЗВ, Адамян ЛВ, Демура ТА, Зайцев НВ. Гормональная подготовка к хирургическому лечению больных миомой матки репродуктивного возраста. Медицинский Совет. 2019; (13):29-35. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-13-29-35>;
2. Руководство по оперативной гинекологии / под ред.: Кулакова В.И., Селезневой Н.Д., Белоглазовой С.Е. МИА (Медицинское информационное агентство), 2006 г.;
3. Гинекология: национальное руководство / под ред.: Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельевой Г.М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.г.;
4. Гистероскопия. Практическое руководство / под ред.: С. Н. Трипати (и др.); пер. с англ. род ред. В. Г. Бреусенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 104 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-8076-2;



5. Новые технологии в гинекологии / под ред.: академика РАМН, д.м.н., профессора Кулакова В.И., члена-корр. РАМН, м.н., профессора Адамян Л.В., ПАНТОРИ, МОСКВА 2003;
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии, Руководство для врачей – М.,2000.
7. Материалы XXXVII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (г. Москва, Российская Федерация).

