

Клинический случай ведения беременной с истмико-цервикальной недостаточностью и внутрижелудочковым кровоизлиянием у плода

М.Н. Мочалова¹, И.Б. Плоткин², Е.М. Чацкис³, Е.С. Ахметова¹, К.А. Эпова¹, А.И. Галеева¹

¹ Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия;

² Краевая клиническая больница, Чита, Россия;

³ Клиническая больница «РЖД-медицина», Чита, Россия;

⁴ Городской родильный дом, Чита, Россия

АННОТАЦИЯ

Представлен клинический случай ведения беременной с истмико-цервикальной недостаточностью и лапароскопическим серкляжем, выполненном на прегравидарном этапе по поводу привычного невынашивания. У пациентки в анамнезе 4 беременности с неблагоприятным исходом. С учётом отягощённого акушерского анамнеза пациентке предложена коррекция истмико-цервикальной недостаточности лапароскопическим путём. Первый триместр беременности протекал без осложнений. Во втором триместре при ультразвуковом скрининге у плода выявлены признаки внутрижелудочкового кровоизлияния справа. При обследовании методом PCR-RT отделяемого цервикального канала обнаружен парвовирус В19. Для решения вопроса о возможности сохранения беременности проведён консилиум, решением которого беременность пролонгирована, для отслеживания динамики проводили УЗИ и УЗДГ. С учётом состояния плода пациентку решено направить для родоразрешения в учреждение федеральной медицинской организации для оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. При контрольном УЗИ и УЗДГ плода до момента родоразрешения отрицательная динамика по внутрижелудочковому кровоизлиянию не прослеживалась. Женщину оперативно родоразрешили путём кесарева сечения в перинатальном центре СПбГПМУ на сроке 38 недель и 6 дней.

Ключевые слова: клинический случай; истмико-цервикальная недостаточность; серкляж; лапароскопический серкляж; внутрижелудочковое кровоизлияние у плода.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Мочалова М.Н., Плоткин И.Б., Чацкис Е.М., Ахметова Е.С., Эпова К.А., Галеева А.И. Клинический случай ведения беременной с истмико-цервикальной недостаточностью и внутрижелудочковым кровоизлиянием у плода // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2025. Т. 12, № 3. С. XX-XX. DOI: 10.17816/aog642249 EDN: [?????](#)

Рукопись получена: 02.12.2024

Рукопись одобрена: 10.08.2025

Опубликована online: [?????????](#)

Все права защищены © Эко-Вектор, 2025

Clinical Case of Management a Pregnancy With Isthmic-Cervical Insufficiency and Intraventricular Hemorrhage in the Fetus

Marina N. Mochalova¹, Ilya B. Plotkin², Elena M. Chatskis³, Elena S. Ahmetova¹, Kristina A. Epova¹, Anna I. Galeeva¹

¹ Chita State Medical Academy, Chita, Russia;

² Region Clinical Hospital, Chita, Russia;

³ Clinical Hospital "Russian Railways-Medicine", Chita, Russia;

⁴ City Maternity Hospital, Chita, Russia

ABSTRACT

This article presents a unique clinical case of management of a pregnant with isthmic-cervical insufficiency (ICI) and laparoscopic cerclage performed at the pre-pregnancy stage for habitual miscarriage. The patient has a history of 4 pregnancies with an unfavorable outcome. Taking into account the burdened obstetric history, the patient was offered a laparoscopic correction of ICI at the pre-pregnancy stage. The first trimester of the 5th pregnancy was uneventful. In the second trimester, ultrasound screening revealed signs of intraventricular hemorrhage (IVH) at the right ventricle. During PCR-RT examination of the cervical canal, Parvovirus B19 was detected. A consultation was held to resolve the issue of the possibility of maintaining this pregnancy. By the decision of the council, the pregnancy was prolonged, ultrasound and ultrasound were performed to track the dynamics. Taking into account the condition of the fetus, it was decided to send the patient for delivery to the Perinatal Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University for the provision of specialized, high-tech medical care. During the control ultrasound and fetal ultrasound scan, no negative dynamics in the IVH were observed until the moment of delivery. The woman was promptly delivered by caesarean section at the Perinatal Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University at the age of 38 weeks + 6 days.

Keywords: clinical case; isthmic-cervical insufficiency; cerclage; laparoscopic cerclage; intraventricular.

TO CITE THIS ARTICLE:

Mochalova MN, Plotkin IB, Chatskis EM, Ahmetova ES, Epova KA, Galeeva AI. Clinical Case of Management a Pregnancy With Isthmic-Cervical Insufficiency and Intraventricular Hemorrhage in the Fetus. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2025;12(3):xx-xx. DOI: 10.17816/aog642249 EDN: ?????

Received: 02.12.2024

Accepted: 10.08.2025

Published online: ?????????

All rights reserved © Eco-Vector, 2025

ОБОСНОВАНИЕ

Беременность — важный этап в жизни женщины, при котором организм претерпевает сильные изменения. Состояние шейки матки играет важную роль в поддержании беременности и вынашивании. Под влиянием различных причин могут возникать анатомические и функциональные изменения шейки матки. К причинам структурных изменений шейки матки относят травмы шейки в анамнезе в результате повреждения при родах, инвазивных методов лечения, абортов. Основными причинами функциональных изменений шейки матки являются гормональные нарушения, дисплазия соединительной ткани, инфекционно-воспалительные заболевания и дисбиотические состояния влагалища [1–3], в результате чего возникает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). ИЦН — это укорочение длины шейки матки ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥ 10 мм на всём его протяжении ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша и преждевременных родов [4].

Общая распространённость ИЦН при беременности составляет 0,8–1,0%, ранних преждевременных родов — 30%. ИЦН является наиболее частой причиной прерывания беременности во втором триместре, частота которой у пациенток с привычным выкидышем составляет 13–20% [2, 3, 5].

Клиническая картина ИЦН различна и характеризуется малобользненным или безбользненным укорочением шейки матки и дилатацией цервикального канала, что приводит к пролабированию плодного пузыря и излитию околоплодных вод с последующим возможным выкидышем или преждевременными родами.

К основным методам лечения ИЦН относят введение акушерского разгружающего pessaria или серкляж в комбинации с препаратами прогестерона вагинально [3, 6]. Хирургическую коррекцию проводят трансвагинально или трансабдоминально. Влагалищный доступ используется во время беременности. Абдоминальный метод предпочтительнее проводить на прегравидарном этапе, при невозможности наложения швов на шейку матки в результате выраженного тканевого дефицита после конизации шейки матки или трахелэктомии или при неэффективности трансвагинального серкляжа в анамнезе. Трансабдоминальный серкляж проводится лапароскопическим или лапаротомным доступом врачом акушером-гинекологом, обладающим высокой хирургической подготовкой и техникой выполнения операции [7, 8].

Процедура наложения трансабдоминального серкляжа для пациенток с привычным невынашиванием и ИЦН в анамнезе является единственной возможностью продлить беременность до доношенного срока. Метод представляется безопасным, с высокой выживаемостью новорождённых и редкими осложнениями [7]. Однако, как и все процедуры, имеет свои минусы. Один из недостатков — это невозможность снятия ленты во время беременности и родоразрешение только путём кесарева сечения. Это представляет собой проблему при развитии осложнений беременности, требующих её прерывания. Прерывание беременности может быть рекомендовано по медицинским показаниям, например, при обнаружении у плода аномалий или состояний, несовместимых с жизнью. Внутривенное кровоизлияние (ВЖК) у плода — это кровотечение в боковые, третий или четвертый желудочки мозга плода. К антенатальным причинам ВЖК относят течение беременности на фоне артериальной гипертензии матери, патологических сокращений матки, сопровождающихся нарушением маточно-плацентарного кровотока и, соответственно, резко изменяющих мозговой кровоток плода [9, 10], фетоплацентарную или фетофетальную трансфузию, создающую риск кровопотери плода и связанных с этим гемодинамических расстройств, внутриутробную инфекцию, особенно вирусную, которая вызывает инфекцию амниотической жидкости и плодных оболочек [11]. ВЖК часто протекает синхронно с характерными для этого периода патологиями других органов и систем (врождёнными инфекциями, бронхолегочной дисплазией, ретинопатией недоношенных, открытым артериальным протоком и др.). На сегодняшний день частота тяжёлых ВЖК и уровень смертности не снизились. Однако благодаря развитию в области перинатальной помощи выживаемость недоношенных детей увеличилась, а показатели неонатальной заболеваемости сместились в сторону более лёгких когнитивных нарушений [11–13].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка Р., 30 лет, в течение настоящей беременности наблюдалась в условиях женской консультации г. Читы (Забайкальский край). Из заболеваний у пациентки отмечены хронический гастрит, хронический панкреатит, гипертоническая болезнь I степени, достигнутое целевое артериальное давление, риск I; Алиментарное-конституциональное ожирение I степени, миопия слабой степени обоих глаз. В детстве пациентка развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Из перенесённых детских инфекций отмечает ветряную оспу. Наличие вредных привычек, профессиональных, экологических и социальных факторов риска отрицает. Эпидемиологический, аллергологический и гемотрансфузионный анамнезы не отягощены. Наследственный анамнез отягощён наличием гипертонической болезни у родителей. Перенесённые травмы и операции: 2022 г. — лазерная коагуляция геморроидальных узлов; 15.01.2022 г. — лапароскопическая коррекция ИЦН (серкляж). Данная беременность пятая, желанная. Первая беременность в 2012 г. закончилась поздним самопроизвольным выкидышем на сроке 19–20 недель. Вторая беременность в 2013 г. закончилась поздним самопроизвольным выкидышем на сроке 20–21 неделя. В 2019 г. беременность также закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 17–18 недель.

По данным гистологического исследования плаценты после самопроизвольных прерываний беременности выявлены первичная плацентарная недостаточность, интервиллезит, хориоамнионит. В 2020 г. во время четвертой беременности на сроке 12–13 недель выполнена профилактическая коррекция ИЦН с наложением двух П-образных швов по методу А.И. Любимовой. На сроке 21 неделя отмечалось прорезывание швов с пролабированием плодного пузыря. Шовный материал был снят с шейки матки, после чего произошёл самопроизвольный выкидыш на сроке 21–22 недели. По данным гистологического исследования плаценты определена первичная плацентарная недостаточность, интервиллезит, хориоамнионит, флебит пупочной вены. После каждого прерывания беременности пациентка проходила клиничко-лабораторное обследование: на инфекции, передаваемые половым путём (отрицательный результат); бактериологическое исследование

отделяемого цервикального канала на условно-патогенную микрофлору (отрицательный результат). После второго прерывания беременности пациентка обследовалась на тромбофилию (наследственные мутации не выявлены), на антифосфолипидный синдром (не выявлен), прошла кариотипирование совместно с супругом (кариотипы супругов нормальные). При обследовании супруга инфекции, передающиеся половым путём, не выявлены, спермограмма — в пределах нормы.

В 2022 г. после очередного обследования и исключения инфекционных факторов пациентке была предложена оперативная коррекция ИЦН с помощью лапароскопического серкляжа на прегравидарном этапе с учётом отягощённого акушерского анамнеза и неэффективности цервикального серкляжа во время 4-й беременности. В 2023 г. самостоятельно наступила пятая беременность. Первый триместр беременности протекал без осложнений. По результатам 1-го ультразвукового и биохимического скрининга показатели были в пределах нормы. Определён низкий риск по хромосомным аномалиям, задержке роста плода и высокий риск по преждевременным родам, преэклампсии. С учётом отягощённого акушерского анамнеза (привычное невынашивание) дополнительно провели расширенный неинвазивный пренатальный тест, по результатам которого определён низкий риск хромосомных аномалий. Во втором триместре при ультразвуковом скрининге от 01.08.2023г. у плода выявлены признаки ВЖК справа (рис. 1). По результатам перинатального консилиума от 02.08.2023 г. рекомендована телемедицинская консультация в НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова (Москва) для уточнения диагноза и определения тактики ведения беременности. По результатам данной консультации принято решение о пролонгировании беременности под контролем состояния женщины и плода и проведении дополнительного обследования. Проведена консультация по телефону с д-ром мед. наук, профессором Д.О. Ивановым, главным неонатологом Минздрава России. Рекомендовано динамическое наблюдение за состоянием плода и плановое родоразрешение в условиях перинатального центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета. Контрольные УЗИ плода от 10.08.2023 г. и 17.08.2023 г. — без отрицательной динамики. При обследовании методом PCR-RT отделяемого цервикального канала от 05.08.2023 г. обнаружен парвовирус В19. После серии повторных телемедицинских консультаций со специалистами НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова рекомендовано пролонгирование беременности под контролем состояния женщины и плода. При контрольных УЗИ и УЗИ плода до момента родоразрешения отрицательная динамика не прослеживалась.

В течение настоящей беременности пациентка получала следующие лекарственные препараты: фолиевая кислота (400 мкг) по 1 таблетке 1 раз/сут, внутрь (до 12 недель беременности); кардиомагнил (150 мг) 1 раз/сут на ночь с 12-й по 36-ю неделю (с учётом высокого риска преэклампсии); гидрогестерон (10 мг) по 1 таблетке 2 раза/сут, внутрь (до 16 недель); метилдоп (250 мг) по 1 таблетке 2 раза/сут, внутрь, ежедневно (в течение всей беременности); калия йодид (200 мкг) по 1 таблетке 1 раз/сут, внутрь (в течение всей беременности).

На сроке 34–35 недель (07.10.2023 г.) женщина была направлена для родоразрешения в перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета с диагнозом «беременность 34–35 недель; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез: привычное невынашивание; хронический эндометрит, ремиссия; ИЦН, хирургическая коррекция — серкляж лапароскопическим доступом вне беременности в 2022 г.; ВЖК у плода; хронический гастрит, ремиссия; хронический панкреатит, ремиссия; гипертоническая болезнь I степени, достигнутое целевое артериальное давление, риск 1; Алементарно-конституциональное ожирение I степени; миопия слабой степени обоих глаз».

Путём кесарева сечения 10.11.2023 г. женщина была родоразрешена в плановом порядке на сроке 38 недель + 6 дней. Родился живой доношенный мальчик весом 3320 г, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Сразу после рождения ребёнок осмотрен нейрохирургом, проведена нейросонография (10.11.2023 г.): УЗ-признаки последствий внутриутробного ВЖК III степени, порэнцефалическая киста в правой теменной доле, киста в проекции каудоталамической вырезки справа. Нельзя исключить постгеморрагические изменения правых базальных ганглиев. Отмечается кровоизлияние в правой островковой доле. Смещения срединных структур головного мозга нет. Данных об окклюзии ликворопроводящих путей не получено. Заключение: с учётом клинической картины и данных нейровизуализации в настоящее время в оперативном нейрохирургическом лечении не нуждается. Ребёнок с момента рождения находился на самостоятельном дыхании, был кислородонезависим. Механика дыхания не нарушена. Ребёнок находился на свободном грудном вскармливании. Пациентка с 08.11.2023 г. по 14.11.2023 г. пациентка находилась в перинатальном центре СПбГПМУ с диагнозом «роды срочные в 38 недель + 6 дней; отягощённый акушерско-

гинекологический анамнез: привычное невынашивание; хронический эндометрит; ИЦН; лапароскопический серкляж от 2022 г.; врожденный порок развития центральной нервной системы плода: признаки ВЖК; гипертоническая болезнь I степени; хронический гастрит, ремиссия; Алиментарно-конституциональное ожирение I степени; лапаротомия по Пфанненштилю; кесарево сечение в нижнем сегменте». Выписана в удовлетворительном состоянии на 17-е сут после дообследования ребёнка.

В возрасте 1 год 2 мес. (февраль 2025 г.) ребёнок проходил обследование и реабилитацию в клинике СПбГПМУ с диагнозом «детский церебральный паралич, левосторонний гемипарез с акцентом на верхнюю конечность». На МРТ головного мозга состояние после ВЖК III степени справа с формированием порэнцефалической кисты, расширение желудочков. Задержка психомоторного развития, задержка речевого развития. Атопический дерматит. Пиелозктазия слева. Из жалоб: нарушение движений в левой руке. Психомоторное развитие: головку держит с трёх месяцев, повороты на бок с пяти месяцев, ползает с 11 месяцев, встаёт на четвереньки с 1 года 1 мес., эмоциональный статус положительный. МРТ головного мозга: сосуды в норме, порэнцефалическая киста справа в теменной доле.

В возрасте 1 год 6 мес. (июнь 2025 г.) ребёнок повторно проходил обследование и реабилитацию в клинике СПбГПМУ. Диагноз прежний. Психомоторное развитие: речь — 2 слова, слоги, сел в 1 год 3 мес., переступает у опоры с 1 года 5 мес., активно ползает, судорог не было. Заключение МРТ головного мозга: признаки состояния после ВЖК III степени справа с формированием порэнцефалической кисты. В сравнении с данными предыдущей МРТ — без отрицательной динамики.

ОБСУЖДЕНИЕ

Лапароскопический серкляж является достаточно эффективным методом коррекции ИЦН у группы пациенток с привычным невынашиванием, который позволяет предотвратить потерю не только одной беременности. Однако метод является долгосрочным вследствие наложения шва на шейку матки в области внутреннего зева, поэтому родоразрешение через естественные родовые пути невозможно. В случае развития осложнений беременности, требующих её прерывания по медицинским показаниям, это осложняет ситуацию.

В представленном клиническом случае во время второго скрининга мы столкнулись с появлением ВЖК у плода, что могло привести к прерыванию беременности. С учётом I степени ВЖК консилиум избрал выжидательную тактику с УЗ-контролем. Так как на контрольных УЗИ динамики со стороны кровоизлияния не было, беременность удалось успешно пролонгировать до доношенного срока. Возможной причиной ВЖК у плода была плацентарная недостаточность, если учитывать анамнез пациентки и отсутствие других возможных причин (тромбоцитопении, гемофилии, дефицита витамина К, дефицита факторов свертывания крови, травматических факторов).

Сочетание угрожающих факторов ИЦН у матери и ВЖК у плода представляет серьёзную клиническую проблему из-за следующих причин:

- 1) риск преждевременных родов: ИЦН сама по себе является фактором риска преждевременных родов; при наличии ВЖК у плода риск преждевременного родоразрешения возрастает, так как состояние плода может потребовать экстренного вмешательства;
- 2) ухудшение прогноза для плода: ВЖК у плода уже является серьёзным осложнением; преждевременные роды, спровоцированные ИЦН, могут привести к усугублению степени ВЖК и увеличению риска неврологических последствий;
- 3) сложность выбора тактики ведения беременности, когда врачи сталкиваются с дилеммой: пролонгировать беременность как можно дольше, чтобы дать плоду шанс на развитие, но при этом минимизировать риски для матери и плода, связанные с ИЦН и ВЖК; необходимость мультидисциплинарного подхода: эффективное ведение таких пациенток требует тесного сотрудничества акушеров-гинекологов, неонатологов, неврологов, а также специалистов по ультразвуковой диагностике.
- 4) психологическая нагрузка на женщину: беременность с такими осложнениями сопряжена с высоким уровнем стресса и тревоги для будущей матери, что требует соответствующей психологической поддержки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом случае наглядно показана эффективность серкляжа лапароскопическим доступом как метода коррекции ИЦН на прегравидарном этапе при привычном невынашивании и неэффективности серкляжа во время предыдущей беременности у определённых пациенток. Дополнительно при ведении данной пациентки мы столкнулись с ВЖК у плода, диагностированным во 2-й половине беременности на фоне перенесённой парвовирусной инфекции. Выжидательная тактика при отсутствии отрицательной динамики со стороны ВЖК у плода позволила пролонгировать беременность до доношенного срока и родоразрешить пациентку оперативно на доношенном сроке с рождением живого плода.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.Н. Мочалова — Определение концепции, администрирование, редактирование текста рукописи; И.Б. Плоткин — проведение исследования, написание черновика рукописи; Е.М. Чацкис — проведение исследования, написание черновика рукописи; Е.С. Ахметова — проведение исследования, редактирование рукописи; К.А. Эпова — работа с данными, написание черновика рукописи; А.И. Галеева — работа с данными, пересмотр и редактирование рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Благодарность. Коллектив авторов выражает благодарность ректору «Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета» д-ру мед. наук, профессору Дмитрию Олеговичу Иванову за бесценную помощь в содействии и ведении данной пациентки и коллективу Перинатального центра СПбГПМУ за помощь в курации, родоразрешении пациентки и в выхаживании новорождённого.

Этическая экспертиза. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ЧГМА (протокол № 76 от 09.09.2024).

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное информированное добровольное согласие пациента на публикацию персональных данных, в том числе фотографий, в научном журнале, включая его электронную версию (дата подписания xx.xx.xxxx). Объём публикуемых данных с пациентом согласован.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Доступ к данным, полученным в настоящем исследовании, закрыт.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два рецензента, член редакционной коллегии и главный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: M.N. Mochalova: conceptualization, project administration, writing – review & editing; I.B. Plotkin: investigation, writing – original draft; E.M. Chatskis: investigation, writing – original draft; E.S. Akhmetova: investigation, writing – review & editing; K.A. Epova: writing – original draft, data curation; A.I. Galeeva: data curation, writing – review & editing. All authors approved the version of the manuscript to be published and agree to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Acknowledgment. The authors express their gratitude to the rector of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor Dmitry Olegovich Ivanov, for invaluable assistance in assisting and managing this patient. We would also like to thank the staff of the Perinatal Center of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University for their invaluable assistance in supervising, delivering the patient, and nursing the newborn.

Ethics approval: The study was approved by the Local Ethics Committee of the CHSMA (protocol No. 76 of 09/09/2024).

Consent for publication: All participants provided written informed consent prior to inclusion in the study.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: Access to the data obtained in this study is restricted.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two reviewers, a member of the editorial board, and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Borschova AA, Pertseva GM, Alekseeva NA. Isthmic-cervical insufficiency in the structure of the reasons for mortaring of pregnancy. *Medical Herald of the South of Russia*. 2020;11(1):34–40. doi: 10.21886/2219-8075-2020-11-1-34-40 EDN: ZMLFTC
2. Barinov SV, Artymuk NV, Novikova ON, et al. Analysis of risk factors and predictors of pregnancy loss and strategies for the management of cervical insufficiency in pregnant women at a high risk of preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(13):2071–2079. doi: 10.1080/14767058.2019.1656195
3. Thakur M, Jenkins SM, Mahajan K. Cervical Insufficiency. 2024 Oct 6. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.
4. Savelyeva GM, Sukhikh GT, Serov VN, Radzinsky VE. Obstetrics. National guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2022. 1080 p. ISBN: 978-5-9704-6632-2
5. Anzhoeva PG, Shamanova AI, Sunsheva BA, et al. An analysis of pregnancy and labour outcomes in cervical incompetence. *International Research Journal*. 2024;(6):65. doi: 10.60797/IRJ.2024.144.165 EDN: NLJCUY
6. Cruz-Melguizo S, San-Frutos L, Martínez-Payo C, et al. Cervical pessary compared with vaginal progesterone for preventing early preterm birth: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):907–915. doi: 10.1097/AOG.0000000000002884
7. Abdallah W. Updates on laparoscopic cervical cerclage: obstetric outcomes and surgical techniques. *Future Science OA*. 2023;9(8):FSO885. doi: 10.2144/fsoa-2023-0051
8. Clark NV, Einarsson JI. Laparoscopic abdominal cerclage: a highly effective option for refractory cervical insufficiency. *Fertil Steril*. 2020;113(4):717–722. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.02.007
9. Saryeva OP, Protsenko EV. Pathogenetic aspects of intraventricular hemorrhages in extremely premature infants. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2023;31(3):481–488. doi: 10.17816/PAVLOVJI19975 EDN: LBSWTE
10. Piccolo B, Marchignoli M, Pisani F. Intraventricular hemorrhage in preterm newborn: Predictors of mortality. *Acta Biomed*. 2022;93(2):e2022041. doi: 10.23750/abm.v93i2.11187
11. Saryeva OP, Protsenko EV, Kulida LV. Intraventricular hemorrhages in premature newborns: predictors of development. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2022;67(3):11–17. doi: 10.21508/1027-4065-2022-67-3-11-17 EDN: QWUGWQ
12. Safina AI, Volyanyuk EV. Long-term neuropsychiatric outcomes of deeply premature infants, prospects for diagnosis and correction. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2020;65(5):227–231. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-5-227-231 EDN: EFPNVG
13. Glukhov BM, Baydarbekova AK. Outcomes and rehabilitation potential in children with intraventricular hemorrhages in the perinatal period. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):19–24. doi: 10.17116/jnevro202112104119 EDN IVSSZV

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / AUTHORS' INFO

* Автор, ответственный за переписку	* Corresponding author
* Галеева Анна Ильинична; адрес: Россия, 672000, Чита, ул. Горького, д. 39а; ORCID: 0000-0001-8234-1797; eLibrary SPIN: 7315-6341; e-mail: plotkina.ann@yandex.ru	* Anna I. Galeeva; address: 39a Gorkogo st, Chita, Russia, 672000; ORCID: 0000-0001-8234-1797; eLibrary SPIN: 7315-6341; e-mail: plotkina.ann@yandex.ru
Мочалова Марина Николаевна , канд. мед. наук, доцент; ORCID: 0000-0002-5941-0181; eLibrary SPIN: 1068-3570; e-mail: marina.mochalova@gmail.com	Marina N. Mochalova , MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor; ORCID: 0000-0002-5941-0181; eLibrary SPIN: 1068-3570; e-mail: marina.mochalova@gmail.com
Плоткин Илья Борисович; ORCID: 0000-0002-3983-6572; e-mail: doc-plotkin@yandex.ru	Ilya B. Plotkin; ORCID: 0000-0002-3983-6572; e-mail: doc-plotkin@yandex.ru
Чацкис Елена Михайловна; ORCID: 0009-0006-2355-8682; e-mail:	Elena M. Chatskis; ORCID: 0009-0006-2355-8682; e-mail:
Ахметова Елена Сергеевна , канд. мед. наук; ORCID: 0000-0002-6568-8905; eLibrary SPIN: 7543-2483; e-mail: akhmetlena@yandex.ru	Elena S. Akhmetova , MD, Cand. Sci. (Medicine); ORCID: 0000-0002-6568-8905; eLibrary SPIN: 7543-2483; e-mail: akhmetlena@yandex.ru
Эпова Кристина Андреевна; ORCID: 0009-0002-6452-2601; eLibrary SPIN: 9754-8003; e-mail:	Kristina A. Epova; ORCID: 0009-0002-6452-2601; eLibrary SPIN: 9754-8003; e-mail:

РИСУНКИ



Рис. 1. Ультразвуковая картина внутрижелудочкового кровоизлияния у плода.