

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ, РИСКИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ

¹ Шерстобитов А. В. ORCID ID 0009-0000-3556-9764,

² Семёнов Ю. А. ORCID ID 0000-0002-3268-7981,

¹ Сычугов А. Г. ORCID ID 0000-0002-3876-9259

¹ *Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, Екатеринбург, Российская Федерация, e-mail: sychugovsag@gmail.com;*

² *Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация*

Многоплодная беременность представляет собой значимую медико-социальную проблему, вносящую существенный вклад в показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Целью данного литературного обзора является систематизация современных данных о многоплодной беременности как ключевом факторе перинатального риска, оценка влияния типа плацентации (хориальности) на исходы и обоснование комплексного подхода к ведению для снижения материнской и детской заболеваемости. Материалы и методы исследования включали проведение аналитического обзора научных публикаций в базах данных PubMed, Cochrane Library и eLibrary за 2014–2025 гг., клинических рекомендаций и статистических отчетов. В результате поиска было проанализировано 120 источников, из которых для детального рассмотрения отобрано 25 наиболее релевантных работ, найденных в открытом доступе. В результате анализа установлено, что многоплодная беременность является состоянием высокого риска, а тип хориальности служит определяющим прогностическим фактором. Было определено, что успешное вынашивание напрямую зависит от ранней ультразвуковой диагностики, персонализированного мониторинга, своевременного родоразрешения и междисциплинарного взаимодействия. В заключение подчеркивается, что снижение перинатальных потерь при многоплодии требует строгого соблюдения доказательных клинических рекомендаций, где ключевыми элементами являются раннее определение хориальности, активное выявление и профилактика осложнений, оптимальный выбор сроков и метода родоразрешения, а также преемственность между акушерской и неонатальной службами.

Ключевые слова: многоплодная беременность, перинатальные исходы, хориальность, преждевременные роды, вспомогательные репродуктивные технологии, тактика ведения, перинатальная смертность, ультразвуковая диагностика.

MULTIPLE PREGNANCY: RELEVANCE, RISKS, AND MODERN MANAGEMENT PRINCIPLES

¹ Sherstobitov A. V. ORCID ID 0009-0000-3556-9764,

² Semenov Yu. A. ORCID ID 0000-0002-3268-7981,

¹ Sychugov A. G. ORCID ID 0000-0002-3876-9259

¹ *Ural Research Institute of Maternal and Infant Health, Yekaterinburg, Russian Federation, e-mail: sychugovsag@gmail.com;*

² *Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

Multiple pregnancy is a significant medical and social problem, making a substantial contribution to perinatal morbidity and mortality rates. The aim of this literature review is to systematize current data on multiple pregnancy as a key perinatal risk factor, assess the impact of the type of placentation (chorionicity) on outcomes, and justify a comprehensive management approach to reduce maternal and child morbidity. The materials and methods involved conducting an analytical review of scientific publications from the PubMed, Cochrane Library, and eLibrary databases for the period 2014–2025, along with clinical guidelines and statistical reports. The search yielded 120 sources for analysis, from which 25 of the most relevant works found in open access were selected for detailed review. The analysis established that multiple pregnancy is a high-risk condition, and the type of chorionicity serves as a determining prognostic factor. It was determined that successful gestation directly depends on early ultrasound diagnosis, personalized monitoring, timely delivery, and multidisciplinary collaboration. In conclusion, it is emphasized that reducing perinatal losses in multiple pregnancies requires strict adherence to evidence-based clinical guidelines, where key elements are early determination of chorionicity, active detection and prevention of complications, optimal choice of delivery timing and method, as well as continuity of care

between obstetric and neonatal services.

Keywords: multiple pregnancy, perinatal outcomes, chorionicity, preterm birth, assisted reproductive technologies (ART), management tactics, perinatal mortality, ultrasound diagnostics.

Введение

Повышение рождаемости и обеспечение качества здоровья будущих поколений являются приоритетными задачами демографической политики Российской Федерации. Достижение этих целей невозможно без значительного снижения показателей перинатальной и материнской заболеваемости и смертности, что остается центральной проблемой современного акушерства [1].

В структуре этой проблемы ключевое значение имеет борьба с преждевременными родами и рождением детей с низкой массой тела, которые во многом определяют долгосрочный прогноз физического и нервно-психического развития. Особую, часто определяющую роль в генезе этих осложнений играет многоплодная беременность, традиционно ассоциированная с высочайшим риском неблагоприятных перинатальных исходов [2].

Эпидемиологический ландшафт многоплодия претерпел кардинальные изменения за последние десятилетия. Если частота спонтанной монозиготной двойни остается стабильной, то общая распространенность многоплодных беременностей резко возросла, что напрямую связано с развитием и широким применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [3].

Данный тренд трансформирует многоплодие в значимую ятрогенную проблему, создающую повышенную нагрузку на систему перинатальной помощи и требующую разработки специализированных протоколов ведения. В этих условиях постоянное обновление знаний и совершенствование тактических подходов становятся обязательным условием для работы специалистов в сфере акушерства и перинатологии.

Таким образом, многоплодная беременность требует от современного акушера-гинеколога не только глубоких специальных знаний, но и владения навыками активного, индивидуализированного ведения, основанного на доказательных данных.

Цель исследования – систематизация современных данных о многоплодной беременности как ключевом факторе перинатального риска, оценка влияния хориальности на исходы и обоснование комплексного подхода к ведению многоплодной беременности для снижения материнской и детской заболеваемости.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели был проведен аналитический обзор современных научных публикаций. Поиск и отбор литературы осуществлялись в соответствии с принципами, изложенными в руководстве PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic

Reviews and Meta-Analyses) [4]. Поиск проводился в базах данных PubMed, Cochrane Library и eLibrary за период с 2014 по 2025 год с использованием ключевых слов: «многоплодная беременность», «хориальность», «перинатальные исходы», «преждевременные роды», «assisted reproductive technologies», «multiple pregnancy», «chorionicity». Были также проанализированы актуальные клинические рекомендации (ACOG, национальные рекомендации) и статистические отчеты.

Критериям включения соответствовали публикации, посвященные эпидемиологии, классификации, патогенезу специфических осложнений и тактике ведения многоплодной беременности. В результате первичного поиска было найдено 120 статей, после применения критериев включения/исключения для детального анализа было отобрано 25 наиболее релевантных источников из открытого доступа. Методология работы была основана на сравнительном анализе, синтезе и обобщении информации из отобранных источников. В работе применяется общепринятая классификация по количеству плодов (двойня, тройня и т. д.) и типу плацентации, соответствующая рубрикам МКБ-10 (O30).

Важным аспектом методологии являлся критический анализ уровня доказательности представленных в отобранных публикациях данных. Предпочтение отдавалось метаанализам, систематическим обзорам и рандомизированным контролируемым исследованиям, в то время как данные наблюдательных исследований и описания клинических случаев рассматривались как дополнительные. Особое внимание авторы уделяли сопоставлению международных (ACOG, NICE, ISUOG) и национальных клинических рекомендаций для выработки комплексного взгляда на проблему.

Результаты исследования и их обсуждение

Эпидемиология и классификация

Современный эпидемиологический ландшафт многоплодной беременности претерпел существенные изменения. Если спонтанная монозиготная двойня остается относительно стабильным феноменом [2], то резкий рост общей распространенности многоплодия, как убедительно показано в ряде исследований, является прямым следствием распространения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [5]. Встречаются исследования женщин с многоплодием после ВРТ, которые свидетельствуют, что на долю индуцированных многоплодных беременностей приходится до 14,3% случаев, что создает значительную нагрузку на систему перинатальной помощи [6]. Эта тенденция находит отражение и в российской статистике, где многоплодие вносит ключевой вклад в структуру преждевременных родов, подтверждая свой статус не только акушерской, но и медико-социальной проблемы [7]. В данной эпидемиологической реальности классификация, основанная на типе плацентации (хориальности), приобретает большее прогностическое

значение, чем разделение по зиготности, что задает новый вектор для специализированного ведения [2].

Многоплодие как состояние высокого риска

Синтез данных современных исследований позволяет однозначно отнести многоплодную беременность к категории состояний с исключительно высоким уровнем риска. Метаанализ, проведенный Santana D. S. et al. [8], количественно определил масштаб проблемы: материнская смертность при многоплодии возрастает в 2,5 раза, а перинатальные потери превышают таковые при одноплодной беременности в 9–11 раз. Ведущим патогенетическим звеном в структуре этих потерь, по мнению большинства исследователей, выступают преждевременные роды, их вклад в общую перинатальную заболеваемость при многоплодии оценивается примерно в 30%, согласно данным систематического обзора Alfirevic Z. et al. [9].

Тактика профилактики этого ключевого осложнения остается дискуссионной. Международный консенсус, сформированный методом Дельфи с участием 117 экспертов, подтверждает, что укорочение шейки матки (≤ 25 мм) является универсальным маркером риска при многоплодной беременности [10]. Однако мнения экспертов расходятся в вопросах вмешательства: в то время как рутинный ультразвуковой скрининг и вагинальный прогестерон получают широкую поддержку, эффективность пессариев ставится под сомнение. Наиболее убедительные доказательства, как отмечено в консенсусе, существуют для наложения церкляжа при критическом укорочении шейки (≤ 10 мм), где его применение ассоциируется со снижением перинатальной смертности с 77% до 18% [10].

Риск преждевременного родоразрешения демонстрирует прямую зависимость от количества плодов: эпидемиологические данные указывают, что он достигает 50% при двойнях и превышает 75% при тройнях [11]. Именно преждевременные роды выступают основной причиной не только перинатальной смертности, но и широкого спектра неонатальных осложнений и отдаленных нарушений развития [12]. Средние сроки родоразрешения, составляющие 35-36 недель для двойни и 32-33 недели для тройни [13], определяют высокую частоту респираторного дистресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и некротизирующего энтероколита среди новорожденных, что подтверждается клиническими исследованиями [13]. Патогенез этого высокого риска является многофакторным, объединяя механизмы перерастяжения миометрия и развития плацентарной недостаточности.

Роль хориальности

Анализ современных клинических данных позволяет утверждать, что определение типа хориальности представляет собой важнейший прогностический инструмент, кардинально

меняющий подход к ведению многоплодной беременности [14]. Накопленные доказательства убедительно показывают, что именно тип плацентации, а не генетическая идентичность плодов, является ключевым детерминантом специфических рисков [15]. Своевременная и точная диагностика хориальности, как продемонстрировано в работах Логутовой Л. С. и соавт. [16], служит основой для дифференциации тактики мониторинга и профилактики, напрямую влияя на улучшение перинатальных исходов. Количественная оценка этого влияния представлена в метаанализе D'Antonio F. et al. [17], где перинатальная смертность при монохориальных двойнях оказалась в 3–4 раза выше, чем при дихориальных.

В связи с этим ранняя ультразвуковая диагностика хориальности в сроки 11–14 недель с использованием λ - или Т-признака трансформируется из рутинной процедуры в краеугольный камень всей последующей акушерской стратегии. Актуальные международные клинические рекомендации ISUOG прямо предписывают определение хориальности в качестве обязательного компонента скрининга первого триместра [18]. Эта необходимость диктуется тем, что монохориальная плацентация, характеризующаяся наличием сосудистых анастомозов, неразрывно связана с риском развития жизнеугрожающих синдромов: фето-фетальной трансфузии (СФФТ), селективной задержки роста плода (СЗРП) и анемии-полицитемии (TAPS), что подробно описано в исследованиях Townsend R., Khalil A. [19]. Наиболее редкий монохориальный моноамниотический вариант требует наиболее агрессивной тактики наблюдения и максимально раннего планового родоразрешения.

Консолидированная позиция, отраженная в современных работах, включая исследование Hartanto A. I. и соавт. [15], подтверждает приоритет типа плацентации как основного прогностического фактора. Следовательно, раннее определение хориальности, по данным клинических руководств, становится процедурой, позволяющей не только идентифицировать группу риска, но и сформировать индивидуализированный план ведения [20].

Структура осложнений

Детальный анализ структуры осложнений при многоплодной беременности подтверждает ее статус состояния высочайшего акушерского риска. Данные, представленные Santana D. S. и соавт. [8], иллюстрируют исключительно высокую частоту осложнений гестационного периода: истмико-цервикальная недостаточность (до 85,7%), анемия (71,4%), преэклампсия (57,1%) и задержка роста плодов (71,4%). Интранатальный период также сопряжен с высокими рисками, включая аномалии родовой деятельности и массивную кровопотерю [8]. Для новорожденных характерны экстремально низкая масса тела и высокая частота дыхательных расстройств и внутрижелудочковых кровоизлияний [8]. При этом риски демонстрируют четкую зависимость от числа плодов, возрастая при тройнях по сравнению с

двойнями, как показано в обзоре Townsend R., Khalil A. [19].

Особого внимания заслуживают специфические осложнения монохориальной плацентации. Консенсус специалистов определяет фетоскопическую лазерную коагуляцию анастомозов «золотым стандартом» лечения СФФТ, что, по данным клинических исследований, позволяет значительно повысить выживаемость плодов [16].

Современные принципы ведения и родоразрешения

Синтез положений различных клинических рекомендаций позволяет выделить основные принципы ведения многоплодной беременности. Главной задачей является пролонгирование гестации до максимально безопасных для плодов сроков при минимизации рисков для матери, что является центральным тезисом современных руководств по ведению [21]. Оптимальные сроки родоразрешения четко дифференцированы в зависимости от типа хориальности: 37–38 недель для дихориальной двойни, 36–37 - для монохориальной диамниотической, 32–34 - для монохориальной моноамниотической, что соответствует сложившейся клинической практике [2].

Индивидуализация тактики, основанная на типе хориальности, количестве плодов и данных мониторинга, подчеркивается в современных учебных пособиях и рекомендациях [22; 23]. Международные руководства, такие как практические рекомендации ISUOG, однозначно указывают, что именно хориальность, а не способ зачатия, должна быть определяющим фактором для дифференциации подходов [24]. При этом ведение сложных монохориальных беременностей, особенно после инвазивных внутриутробных вмешательств, сопряжено с дополнительными рисками (например, неврологических осложнений) и должно быть сосредоточено в специализированных перинатальных центрах [24].

Вопросы профилактики преждевременных родов при многоплодии остаются сложными. Согласно анализу современных данных, рутинное применение прогестерона, пессариев или циркуляжа при неосложненной многоплодной беременности не имеет однозначной доказательной базы [14]. Решение о применении пессария при короткой шейке матки у пациенток с двойней должно приниматься индивидуально, в то время как строгий постельный режим не рекомендуется ввиду отсутствия доказательств эффективности и сопутствующих рисков [10]. Ключевым организационным принципом, закрепленным в действующем порядке оказания помощи, является необходимость междисциплинарного подхода и родоразрешения в перинатальных центрах III уровня, что обеспечивает преемственность между акушерской и неонатальной службами [7].

Проведенный систематический анализ литературы позволяет сформулировать ряд принципиальных выводов, имеющих значение для современной клинической практики. Полученные данные подтверждают, что многоплодная беременность в современных условиях

представляет собой состояние исключительно высокого перинатального риска, эпидемиология которого в значительной степени трансформирована развитием ВРТ.

Центральным выводом настоящего обзора является доказанное и подтвержденное данными многочисленных исследований положение о том, что тип хориальности служит основным прогностическим фактором, определяющим как риски специфических осложнений, так и всю дальнейшую тактику ведения [15; 17]. Этот тезис находит свое отражение в том, что ранняя ультразвуковая диагностика хориальности перестает быть формальным этапом скрининга и становится краеугольным камнем для построения индивидуализированной стратегии [16; 18]. Установление хориальности в первом триместре позволяет перейти от универсального наблюдения к дифференцированному мониторингу, интенсивность и цели которого кардинально различаются для моно- и дихориальных беременностей [14; 24].

В условиях роста частоты многоплодия, особенно индуцированного, компетентное ведение и обоснованный выбор метода родоразрешения становятся критически важными навыками для практикующего акушера-гинеколога [18; 19]. Научное сообщество единодушно в том, что снижение неблагоприятных исходов возможно только на пути строгого следования доказательным клиническим рекомендациям [15]. Обобщая положения различных национальных и международных руководств, можно выделить универсальные элементы успешной тактики: безусловный приоритет ранней диагностики хориальности, мониторинг, основанный на оценке ее типа и динамики развития плодов, активное управление с целью пролонгирования беременности, своевременная диагностика и коррекция осложнений, а также взвешенный выбор сроков, метода и места родоразрешения [21; 22].

При этом, как демонстрируют клинические исследования, ввиду значительного преобладания осложнений и высоких интранатальных рисков при тройнях и монохориальной моноамниотической двойне методом выбора чаще становится оперативное родоразрешение путем кесарева сечения [23]. Этот подход позволяет минимизировать риски для плодов в наиболее уязвимых категориях.

Сравнительный анализ актуальных клинических рекомендаций - международных (ISUOG, ACOG) и национальных - выявляет как зоны консенсуса, так и дискуссионные области [22; 24; 25]. Едиными для всех являются фундаментальные принципы: обязательность раннего определения хориальности и необходимость дифференцированного мониторинга. Различия, как правило, касаются более частных вопросов, таких как конкретные сроки планового родоразрешения для различных типов многоплодия, пороговые значения для профилактических вмешательств при угрозе преждевременных родов и критерии выбора между родами через естественные родовые пути и кесаревым сечением при дихориальной двойне.

Внедрение в рутинную практику современных доказательных рекомендаций, включая актуальные версии национальных руководств, является необходимым условием для стандартизации помощи и улучшения исходов. Однако, как следует из анализа литературы, ключевым принципом, дополняющим стандартные протоколы, должна оставаться разработка персонифицированной тактики для каждой пациентки, учитывающей весь комплекс индивидуальных факторов: репродуктивный и соматический анамнез, психологический статус и особенности течения конкретной беременности.

Окончательный успех в снижении перинатальных потерь и сохранении репродуктивного здоровья женщин возможен только при условии эффективной организации междисциплинарного взаимодействия, обеспечивающего непрерывную преемственность между акушерско-гинекологической, неонатальной и анестезиолого-реанимационной службами [16; 22]. Строгое соблюдение клинических рекомендаций в рамках такой слаженной работы представляет собой основу для достижения главной цели - улучшения прогноза для матери и каждого из плодов при многоплодной беременности.

Заключение

Таким образом, многоплодная беременность представляет собой серьёзную медико-социальную и акушерскую проблему, вносящую значительный вклад в структуру перинатальной заболеваемости и смертности. Её частота продолжает расти, в первую очередь благодаря развитию ВРТ. Основные пути снижения рисков связаны с:

- безусловным приоритетом ранней ультразвуковой диагностики и точного определения хориальности;
- признанием многоплодия состоянием высокого риска, требующим активного, а не выжидательного ведения, с регулярным специализированным мониторингом;
- индивидуальным подходом к выбору сроков и метода родоразрешения, где кесарево сечение зачастую является методом выбора при тройнях и специфических типах двойни;
- необходимостью построения эффективной системы междисциплинарного взаимодействия между акушерами, неонатологами, специалистами ультразвуковой диагностики и реаниматологами на базе перинатальных центров.

Только комплексная реализация этих принципов, основанная на современных клинических рекомендациях, позволит улучшить прогноз для матери и плодов при многоплодной беременности.

Список литературы

1. Мальгина Г. Б., Башмакова Н. В. Многоплодная беременность как причина

- сверхранных преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016;16(2):58-62. DOI: 10.17116/rosakush201616658-62.
2. Monden C., Pison G., Smits J. Twin Peaks: more twinning in humans than ever before // Human Reproduction. 2021;36(6):1666–1673. DOI: 10.1093/humrep/deab029.
 3. Alarfaj R. K., Alwahhabi A., Alshalan R., et al. Comparing outcomes and risks of multiple gestations: assisted reproductive technology versus spontaneous conception // International Journal of Women's Health. 2025. Vol. 17. P. e544868. DOI: 10.2147/IJWH.S544868. PMID: 41234713. PMCID: PMC12607594.
 4. Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews // BMJ. 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
 5. Adashi E. Y., Gleicher N. Is a blanket elective single embryo transfer policy defensible? // Rambam Maimonides Med. J. 2017;8(2):e0022. DOI: 10.5041/RMMJ.10299.
 6. Свиридова А. В., Чернова М. О., Чурсина О. А., Константинова О. Д., Веккер И. Р., Дёмина Л. М., Кутлубаева Э. Р., Зайцева Е. А., Романова Н. А., Журлова О. Н. Многоплодная беременность после ЭКО // Альманах молодой науки. 2022. № 4 (47). С. 33-36. EDN: NHSTJW.
 7. Шерстобитов А. В., Чижовская А. В., Семенов Ю. А. Перинатальные риски при многоплодной беременности более высокого порядка: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Вестник медицинского образования. 2025;2(4):35-43. DOI: 10.69964/BMCC-2025-2-4-35-43.
 8. Santana D. S., Silveira C., Costa M. L., et al. Perinatal outcomes in twin pregnancies complicated by maternal morbidity: evidence from the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health // BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:449. DOI: 10.1186/s12884-018-2082-9. PMID: 30453908.
 9. Alfirevic Z., Stampalija T., Roberts D., Jorgensen A. L. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy // Cochrane Database Syst Rev. 2017;6:CD008991. DOI: 10.1002/14651858.CD008991.pub3.
 10. Mustafa H. J., Sheikh J., Berghella V., et al. Prevention of preterm birth in twin pregnancy: international Delphi consensus // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2025. Vol. 65. № 2. DOI: 10.1002/uog.29220. PMID: 40248955. PMCID: PMC12127722.
 11. Коваленко Т. С., Чечнева М. А., Капустина М. В., Земскова Н. Ю., Яхонтова О. А., Ахвледиани К. Н. Истмико-цервикальная недостаточность при многоплодной беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2018;18(1):44-50. DOI: 10.17116/rosakush201818144-50.
 12. Николаева М. Г., Щеклеина К. В. Опыт коррекции истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим пессарием при многоплодной беременности //

Мать и дитя в Кузбассе. 2014;2(57):93-96. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-korrektssii-istmiko-tservikalnoy-nedostatochnosti-akusherskim-razgruzhayuschim-pessariem-pri-mnogoplodnoy-beremennosti/viewer> (дата обращения: 23.04.2025).

13. Schimmel M. S., Bromiker R., Hammerman C., et al. The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome // *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(4):793-798. DOI: 10.1007/s00404-014-3469-0.

14. Косякова О. В., Беспалова О. Н. Профилактика и терапия угрожающих преждевременных родов при многоплодии // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2019;68(4):55-70. DOI: 10.17816/JOWD68455-70.

15. Hartanto A. I., Siddiq A., Setiawan D., Anwar R., Febriani E. F. Challenges in determining chorionicity and diagnosing selective fetal growth restriction in multifetal pregnancies with suspected twin-twin transfusion syndrome: A case report // *International Medical Case Reports Journal*. 2025. Vol. 18. P. 1649–1655. DOI: 10.2147/IMCRJ.S561375.

16. Логутова Л. С., Шилкина П. С. Современные аспекты диагностики и коррекции фето-фетального трансфузионного синдрома при многоплодной монохориальной беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(3):111-119. DOI: 10.17116/rosakush20202003111. EDN: 225888502.

17. D'Antonio F., Odibo A. O., Prefumo F., et al. Weight discordance and perinatal mortality in twin pregnancy: systematic review and meta-analysis // *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;52(1):11-23. DOI: 10.1002/uog.18966.

18. Khalil A., Rodgers M., Baschat A., et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy // *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47(2):247-263. DOI: 10.1002/uog.15821.

19. Townsend R., Khalil A. Twin pregnancy complicated by selective fetal growth restriction // *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(6):485-491. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000326.

20. van der Heijden S., van Oostrum N., van Nuland R., et al. Clinical guidance VVOG: Antenatal care for twin pregnancies // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2025. Vol. 66. № 1. P. 45–78. DOI: 10.1016/j.eurox.2025.100414. PMID: 40735655. PMCID: PMC12304725.

21. Abraham M., Ali N., Garapati S. L. S., et al. Delivery Methods in Twin Gestations: Evaluating Outcomes, Risk Factors, and the Paradigm Shift Towards Elective Cesarean Deliveries // *Cureus*. 2023;15(10):e46514. DOI: 10.7759/cureus.46514.

22. Brancazio S. N., Frankel L. R., Quinn K. H., Denney J. M. Evidence-based Management of Multiple Gestation. *Arch Obstet Gynecol*. 2024;5(3):107-123. DOI: 10.33696/Gynaecology.5.069.

23. Callado G. Y., Gutfreund M. C., Palumbo C. M., et al. Maternal and infant outcomes of planned mode of delivery in twin pregnancies: A systematic review and meta-analysis // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2025;104(12):2226–2236. DOI: 10.1111/aogs.70074. PMID: 41130902. PMCID:

PMC12668818.

24. Khalil A., Sotiriadis A., Baschat A., Bhide A., Gratacós E., Hecher K., Lewi L., Salomon L.J., Thilaganathan B., Ville Y. ISUOG Practice Guidelines (updated): role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2025 Feb;65(2):253-276. doi: 10.1002/uog.29166. PMID: 39815396; PMCID: PMC11788470.

25. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Practice Bulletin № 231: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies // *Obstet Gynecol.* 2021;138(1):e65-e106. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004397.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.