

ВИСОКИЙ ПАРИТЕТ ПОЛОГІВ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Верещагін Андрій Васильович,
асистент кафедри акушерства і гінекології та дитячих хвороб,
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
ORCID: 0009-0008-2204-1627

Кулик Світлана Віталіївна,
старша лаборантка кафедри акушерства і гінекології та дитячих хвороб,
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
ORCID: 0009-0006-0511-6485

Високий паритет пологів (grand multiparity, GMP), під яким зазвичай розуміють наявність п'яти і більше пологів після досягнення плодом життєздатного терміну гестації, продовжує привертати увагу дослідників у зв'язку з можливим впливом на перебіг вагітності та її наслідки. Незважаючи на зниження народжуваності в більшості країн світу та покращення якості акушерської допомоги, проблема багатонародження не втратила своєї актуальності. Метою цієї роботи стало узагальнення сучасних літературних даних щодо особливостей перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок із високим паритетом, а також оцінка його ролі у формуванні материнських і перинатальних ускладнень. Проведено аналіз наукових публікацій, систематичних оглядів, метааналізів та міжнародних клінічних рекомендацій, опублікованих переважно протягом останнього десятиліття. За результатами аналізу встановлено, що високий паритет може асоціюватися з підвищенням частоти анемії вагітних, гестаційного цукрового діабету, передчасних пологів, плацентарних порушень, макросомії плода, післяпологової кровотечі та окремих несприятливих перинатальних наслідків. Разом із тим більшість сучасних досліджень свідчить, що несприятливі результати вагітності не завжди пов'язані безпосередньо з кількістю попередніх пологів. Важливу роль відіграють вік матері, індекс маси тіла, інтергенетичний інтервал, наявність супутньої соматичної патології та особливості акушерського анамнезу. Окрему увагу привертають віддалені наслідки багаторазових вагінальних пологів, зокрема підвищення ризику розвитку дисфункції тазового дна. Таким чином, високий паритет слід розглядати як один із компонентів комплексної оцінки акушерського ризику. Ведення таких пацієнток потребує індивідуалізованого підходу на етапах прегравідарної підготовки, антенатального спостереження, розродження та післяпологового супроводу.

Ключові слова: високий паритет, grand multiparity, багатонародження, вагітність, пологи, акушерські ускладнення, перинатальні наслідки.

Постановка проблеми. Проблема збереження репродуктивного здоров'я жінки залишається актуальною як для клінічного акушерства, так і для системи охорони здоров'я загалом. Незважаючи на тенденцію до зниження

народжуваності в більшості країн світу, жінки з високим паритетом продовжують становити окрему категорію вагітних, ведення яких потребує підвищеної уваги з боку акушерів-гінекологів [1; 2].

У сучасній літературі під терміном GMP переважно розуміють наявність п'яти або більше пологів після досягнення плодом життєздатного терміну гестації [1; 2]. Деякі автори додатково використовують поняття great grand multiparity або very grand multiparity для характеристики жінок, які мали вісім, десять і більше пологів в анамнезі [3; 4]. Подібний розподіл не є формальним, оскільки зі збільшенням кількості попередніх пологів змінюється структура акушерських та перинатальних ризиків [4].

Тривалий час високий паритет розглядався як самостійний фактор несприятливого перебігу вагітності та пологів. Це було пов'язано з результатами численних досліджень, у яких повідомлялося про підвищення частоти анемії, гестаційного діабету, гіпертензивних розладів під час вагітності, передчасних пологів, макросомії плода, післяпологової кровотечі та інших ускладнень серед багатонароджуючих жінок [1; 2; 4; 5].

Проте результати досліджень останніх років не дозволяють однозначно трактувати високий паритет як незалежний фактор ризику. Але, на думку окремих авторів, високий паритет не завжди виступає самостійним предиктором несприятливих наслідків. Так, за даними DeVolt та співавт., суттєвий внесок у формування акушерських ускладнень роблять супутні фактори, зокрема вік матері, ожиріння та соматична патологія [3]. Разом із тим Peled та співавт. показали, що зі збільшенням кількості попередніх пологів ризик окремих ускладнень продовжує зростати [4]. Отже, наявні сучасні гайд-

лайни свідчать про складний і багатофакторний характер впливу GMP на перебіг вагітності та пологів.

Незважаючи на значну кількість публікацій, присвячених цій проблемі, результати досліджень залишаються неоднозначними. Відмінності у дизайні досліджень, соціально-демографічних характеристиках популяцій та критеріях оцінки наслідків ускладнюють формування єдиної позиції щодо ролі високого паритету в розвитку акушерської та перинатальної патології [6]. У зв'язку з цим узагальнення сучасних даних щодо перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок із GMP є актуальним та має велике практичне значення.

Мета роботи — узагальнити сучасні літературні дані щодо впливу GMP на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та перинатальні наслідки, а також визначити основні фактори ризику розвитку несприятливих материнських і неонатальних ускладнень.

Матеріали та методи. Проведено огляд та аналіз сучасних наукових досліджень, присвячених впливу високого паритету на материнські й перинатальні наслідки у багатонароджуючих роділь. Пошук джерел здійснювали в міжнародних наукометричних базах PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Cochrane Library.

Для відбору літератури використовували ключові слова grand multiparity, high parity, great grand multiparity, pregnancy outcomes, maternal outcomes, perinatal outcomes, postpartum hemorrhage, preterm birth, macrosomia, placenta accreta spectrum, pelvic floor dysfunction та їх різні комбінації.

До аналізу включали оригінальні дослідження, систематичні огляди, метааналізи, клінічні рекомендації та консенсусні документи міжнародних професійних організацій, опубліковані переважно протягом 2016–2026 років. Перевагу надавали роботам із високим рівнем доказовості, які містили чіткий опис методології дослідження та були індексовані у провідних міжнародних базах даних.

Виклад основного матеріалу.

Епідеміологія та клінічне значення GMP

Частота високого паритету суттєво варіює між країнами та окремими популяціями. На її формування впливають соціально-економічні умови, культурні традиції, доступність контрацепції та особливості репродуктивної поведінки населення [1; 2]. У більшості економічно розвинених країн частка жінок із п'ятьма і більше пологами є відносно низькою, що пов'язують зі зменшенням розміру сім'ї, підвищенням середнього віку материнства та широким використанням сучасних методів планування сім'ї [6; 7].

У країнах із низьким і середнім рівнем доходу високий паритет залишається поширеним явищем. За даними Al-Shaikh та співавт., жінки з GMP частіше належать до соціально вразливих груп населення, мають нижчий рівень освіти, рідше користуються сучасними методами планування сім'ї та не завжди отримують повноцінне антенатальне спостереження [7]. Результати систематичного огляду Zeleke та співавт. підтверджують, що в таких умовах високий паритет нерідко поєднується з підвищеним ризиком несприятливих материнських і перинатальних наслідків [8].

Для України питання поширеності GMP залишається не досить вивченим. Наявні демографічні дослідження переважно присвячені загальним показникам народжуваності та народженням за черговістю [9; 10]. За даними Human Fertility Database в Україні реєструються народження п'ятої дитини та наступних вагітностей, однак окремі показники щодо частки жінок із високим паритетом серед вагітних і породіль відсутні [10]. Загалом демографічна ситуація в країні характеризується стійким зниженням народжуваності, яке особливо посилилося під час російсько-української війни [11].

Підвищений інтерес до багатонароджуючих роділь зумовлений можливим зв'язком між високим паритетом та несприятливими акушерськими наслідками [1; 2; 5].

Разом із тим результати сучасних досліджень свідчать, що високий паритет не завжди виступає незалежним фактором ризику. Так, DeBolt та співавт. показали, що частина несприятливих наслідків може бути пов'язана зі старшим віком матері, ожирінням, супутньою соматичною патологією та особливостями акушерського анамнезу [3]. Peled та співавт. встановили, що найвищі показники ускладнень спостерігаються переважно серед жінок із дуже високим паритетом, тоді як за наявності п'яти–шести попередніх пологів ризику не завжди суттєво відрізняються від таких у жінок з 1–4 пологами в анамнезі [4].

Отже, сучасні дані свідчать, що високий паритет доцільно розглядати як важливий компонент комплексної оцінки акушерського ризику. Його

вплив на перебіг вагітності та пологів визначається не лише кількістю попередніх пологів, а і сукупністю демографічних, соматичних та акушерських чинників [3; 4; 6].

Анемія вагітних

Анемія належить до найпоширеніших екстрагенітальних ускладнень вагітності та часто розглядається як один із можливих наслідків високого паритету. Ризик розвитку дефіциту заліза у багатонароджуючих жінок пов'язують із повторними вагітностями, тривалою лактацією, короткими інтергенетичними інтервалами та недостатнім відновленням запасів мікронутрієнтів між пологами [12–14].

У низці досліджень встановлено, що анемія серед жінок із GMP реєструється частіше, ніж серед вагітних з нижчим паритетом пологів. Так, Başkiran та співавт. виявили достовірно вищу частоту анемії у групі багатонароджуючих жінок [15].

Клінічне значення анемії під час вагітності виходить далеко за межі лабораторних змін показників крові. За результатами систематичного огляду Wang та співавт., зниження рівня гемоглобіну асоціюється з підвищенням ризику передчасних пологів, народження дітей з низькою масою тіла, післяпологової кровотечі та інших несприятливих материнських наслідків [12]. Водночас Kamlungkuea та співавт. показали, що навіть після корекції залізодефіцитної анемії окремі перинатальні ризики залишаються вищими порівняно з вагітними без анемії [13].

Проблема набуває особливої актуальності в регіонах із низьким та середнім рівнем доходу, де часті вагітності

нерідко поєднуються з неповноцінним харчуванням і недостатнім доступом до медичної допомоги. За даними Skhivitaridze та співавт., такі умови сприяють формуванню хронічного дефіциту заліза та збільшують імовірність розвитку ускладнень під час вагітності й пологів [14].

З огляду на високу поширеність залізодефіцитних станів серед вагітних Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує рутинне призначення препаратів заліза та фолієвої кислоти протягом усієї вагітності, а жінкам із факторами ризику — проведення регулярного лабораторного моніторингу та своєчасної корекції виявлених порушень [16].

Гестаційний цукровий діабет

Питання взаємозв'язку між високим паритетом і розвитком гестаційного цукрового діабету залишається предметом активного обговорення. Вважається, що кожна наступна вагітність супроводжується певними метаболічними змінами, які можуть сприяти посиленню інсулінорезистентності та порушенню вуглеводного обміну [17].

Підвищену частоту гестаційного цукрового діабету серед жінок із GMP продемонстрували Başkiran та співавт. [15]. Подібні результати отримав Okui, який відзначив, що високий паритет частіше поєднується з несприятливими акушерськими наслідками, частина яких може бути пов'язана саме з порушеннями вуглеводного обміну [6].

Разом із тим більшість сучасних дослідників наголошує, що вплив паритету слід оцінювати з урахуванням інших факторів ризику. За даними Dai та співавт., велике значення для розвитку гестаційного цукрового діабету

бету мають вік жінки, індекс маси тіла до вагітності та спадкова схильність до цукрового діабету [17]. Аналогічну позицію висловлюють Wang та співавт., які встановили, що поєднання гестаційного цукрового діабету з ожирінням та старшим репродуктивним віком значно підвищує ризик несприятливих наслідків вагітності [18].

Клінічне значення гестаційного цукрового діабету визначається його впливом як на материнські, так і на перинатальні результати. У жінок із порушеннями вуглеводного обміну частіше спостерігаються макросомія плода, дистоція плечиків під час пологів, оперативне розродження та післяпологові ускладнення. Для новонароджених характерним є підвищення ризику неонатальної гіпоглікемії, респіраторних порушень та госпіталізації до відділень інтенсивної терапії [17; 18].

З огляду на це своєчасний скринінг, діагностика та лікування гестаційного цукрового діабету залишаються важливими складовими частинами антенатального спостереження. Відповідні рекомендації включені до сучасних стандартів ведення вагітності Американської діабетичної асоціації [16].

Гіпертензивні розлади під час вагітності

Гіпертензивні розлади вагітності належать до основних причин материнської та перинатальної захворюваності і смертності у світі. Вони охоплюють широкий спектр патологічних станів — від гестаційної гіпертензії до прееклампсії та її тяжких форм. Незважаючи на значну кількість досліджень, роль високого паритету у розвитку цих ускладнень залишається не досить визначеною.

У роботі Başkiran та співавт. повідомляється про вищу частоту гестаційної гіпертензії серед жінок із GMP порівняно з вагітними нижчого паритету [15]. Водночас результати інших досліджень не підтверджують однозначного зв'язку між кількістю попередніх пологів та ризиком прееклампсії. Так, DeBolt та співавт. після врахування віку матері, індексу маси тіла та супутньої патології не виявили переконливих доказів того, що високий паритет є незалежним фактором ризику розвитку прееклампсії [3].

Такі розбіжності можуть пояснюватися складним патогенезом гіпертензивних розладів під час вагітності. Нині їх розглядають як мультифакторні стани, у розвитку яких беруть участь генетичні, імунологічні, судинні та метаболічні механізми [18; 20]. Тому в оцінці ризику велике значення мають не лише особливості репродуктивного анамнезу, а й наявність хронічної артеріальної гіпертензії, ожиріння, цукрового діабету, захворювань нирок та аутоімунної патології.

Сучасні міжнародні рекомендації акцентують увагу на ранньому виявленні жінок групи ризику та своєчасній профілактиці ускладнень. Відповідно до настанов ISSHP та NICE усім вагітним необхідно проводити регулярний контроль артеріального тиску, а пацієнткам із факторами ризику — додаткову оцінку ймовірності розвитку прееклампсії протягом усього гестаційного періоду [18–20].

Передчасні пологи

Передчасні пологи є однією з найважливіших проблем сучасної перинатології, оскільки саме вони визначають показники неонатальної смертності,

захворюваності та віддалених порушень здоров'я дітей [21; 22].

У низці досліджень високий паритет асоціювався зі збільшенням ризику передчасного завершення вагітності. Так, Dasa та співавт. продемонстрували вищу частоту передчасних пологів серед жінок із GMP порівняно з вагітними нижчого паритету [2]. Аналогічні результати наведені в роботі Okui, а також підтверджені систематичним оглядом і метааналізом Zeleke та співавт. [6; 8].

Механізми цього зв'язку остаточно не з'ясовані. Ймовірно, певне значення мають структурні зміни шийки матки після попередніх пологів, короткі інтергенетичні інтервали, хронічні інфекційно-запальні процеси та накопичення супутньої соматичної патології [21]. Крім того, ризик передчасних пологів може збільшуватися внаслідок більшої поширеності анемії, цукрового діабету та інших ускладнень вагітності серед жінок із високим паритетом.

З огляду на серйозні наслідки передчасного народження дитини особливого значення набуває своєчасна профілактика. Відповідно до рекомендацій NICE вона повинна ґрунтуватися на індивідуальній оцінці ризику, ультразвуковому контролю довжини шийки матки та застосуванні профілактичних заходів, зокрема прогестерону або серкляжу, за наявності відповідних показань [22].

Плацентарні ускладнення

Порушення процесів плацентації належать до важливих причин материнської та перинатальної захворюваності. У зв'язку з цим значний інтерес викликає можливий вплив високого паритету на розвиток патології плаценти. Перед-

бачається, що багаторазові вагітності можуть супроводжуватися структурними змінами ендометрія та міометрія, які здатні впливати на процеси імплантації плодового яйця та формування плацентарного комплексу [24].

Результати сучасних досліджень свідчать про можливий зв'язок GMP із підвищенням частоти передлежання плаценти, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти та placenta accreta spectrum [6; 24]. Проте, як і щодо більшості інших акушерських ускладнень, роль самого високого паритету залишається предметом дискусії, оскільки він нерідко поєднується з іншими факторами ризику.

Особливу увагу останніми роками приділяють placenta accreta spectrum, що охоплює різні форми патологічної інвазії плаценти у стінку матки. За даними Jauniaux та співавт., вирішальне значення у розвитку цього ускладнення мають передлежання плаценти та наявність рубця на матці після попереднього кесаревого розтину [24]. Водночас високий паритет розглядається як додатковий фактор, який може підсилювати ризик за наявності інших несприятливих умов.

Слід зазначити, що збільшення частоти кесаревого розтину в усьому світі призвело до зростання поширеності placenta accreta spectrum, що нині розглядається як одна з найскладніших проблем сучасного акушерства [24–26]. Такі пацієнтки мають підвищений ризик масивної крововтрати, гемотрансфузії, гістектомії та тяжких післяопераційних ускладнень.

Відповідно до рекомендацій FIGO та ACOG вагітні з підозрою на placenta

accreta spectrum повинні спостерігатися та розроджуватися у спеціалізованих закладах третього рівня надання медичної допомоги, де забезпечена можливість мультидисциплінарного ведення та надання високоспеціалізованої допомоги [24–26].

Отже, наявні літературні дані свідчать про можливий зв'язок між високим паритетом та окремими плацентарними ускладненнями. Водночас вирішальне значення у розвитку більшості з них мають супутні фактори ризику, насамперед рубець на матці після кесаревого розтину та передлежання плаценти. Це підкреслює необхідність індивідуальної оцінки ризику та ретельного антенатального спостереження за жінками з GMP.

GMP та перебіг пологів

Наявність кількох попередніх вагінальних пологів традиційно вважається фактором, що сприяє фізіологічному перебігу пологів. Проте результати сучасних досліджень свідчать, що зі збільшенням кількості пологів в анамнезі поряд із певними перевагами можуть зростати й окремі акушерські ризики. Найчастіше серед них згадують неправильні положення плода, макросомію, порушення пологової діяльності, післяпологову кровотечу та окремі несприятливі перинатальні наслідки [1–6].

При цьому отримані дані не є однозначними. За результатами когортного дослідження Peled та співавт. найбільша частота ускладнень спостерігалася серед жінок із дуже високим паритетом, тоді як у разі наявності п'яти–шести попередніх пологів показники перебігу пологів у багатьох випадках не відрізнялися від таких у повторнородящих [4]. Це свід-

чить про необхідність диференційованого підходу до оцінки ризиків залежно від кількості попередніх вагітностей і пологів.

Неправильні положення та передлежання плода

Одним із ускладнень, частота якого може збільшуватися зі зростанням паритету, є неправильне положення або передлежання плода.

Результати досліджень свідчать про вищу частоту тазового передлежання та поперечного положення плода серед жінок із високим паритетом [1; 5]. Вважається, що певну роль у розвитку цих станів можуть відігравати анатомо-функціональні зміни матки та передньої черевної стінки після багаторазових пологів [27]. За наявності неправильного положення плода зростає ризик оперативного розродження та несприятливих перинатальних наслідків [28].

Макросомія плода

Серед перинатальних наслідків, які найчастіше пов'язують із високим паритетом, особливе місце посідає макросомія плода. За сучасними критеріями цей термін використовують для характеристики новонароджених із масою тіла понад 4000–4500 г незалежно від терміну гестації [29].

Макросомія плода є одним із найбільш поширених перинатальних наслідків, які описуються у жінок із високим паритетом. За даними ACOG, ризик народження великого плода зростає за наявності таких факторів, як материнське ожиріння, гестаційний цукровий діабет та багатонародження [29]. Результати систематичного огляду та метааналізу Beta та співавт. підтвердили, що макросомія асоціюється зі

збільшенням частоти як материнських, так і неонатальних ускладнень, включаючи дистоцію плечиків, родовий травматизм і кесарів розтин [30].

Разом із тим більшість дослідників підкреслює, що збільшення маси плода визначається не лише кількістю попередніх пологів. Важливий внесок у розвиток макросомії роблять ожиріння, гестаційний цукровий діабет, надмірне збільшення маси тіла під час вагітності та особливості харчування вагітної [16; 17; 29]. Саме тому високий паритет доцільно розглядати як один із компонентів складного комплексу факторів ризику.

Аномалії пологової діяльності

Вплив високого паритету на перебіг пологової діяльності залишається предметом дискусії. Тривалий час вважалося, що багаторазове розтягнення міометрія може призводити до порушення його скоротливої здатності та збільшувати ризик слабкості пологової діяльності. Разом із тим результати сучасних досліджень не дозволяють зробити однозначний висновок щодо характеру цього взаємозв'язку [31; 32].

Окремі порушення пологової діяльності можуть збільшувати ймовірність застосування акушерських утручань під час другого періоду пологів [33].

У клінічній практиці у багатонароджуючих жінок описані як випадки слабкості пологової діяльності, так і швидкі або стрімкі пологи. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, перебіг пологів визначається сукупністю материнських і плодових факторів, а не окремими характеристиками акушерського анамнезу [34]. Воголґеа та співавт. зазначають, що особливості перебігу пологів у жінок із високим паритетом можуть

бути пов'язані зі змінами функціонального стану міометрія після багаторазових вагітностей [35].

Водночас на характер пологової діяльності суттєво впливають маса плода, метаболічний стан матері та супутня акушерська патологія [30; 32]. Висновки, наведені Le Ray та співавт., підкреслюють значення материнського ожиріння та великих розмірів плода у формуванні ризику інтранатальних ускладнень [32].

Отже, оцінка ризику аномалій пологової діяльності повинна базуватися на комплексному аналізі материнських і плодових факторів, а не лише на кількості попередніх пологів [34; 35].

Кесарів розтин

Частота кесаревого розтину у жінок із високим паритетом залишається предметом активного обговорення. З одного боку, наявність кількох попередніх вагінальних пологів розглядається як фактор, що підвищує ймовірність успішного самостійного розродження. З іншого — зі збільшенням кількості вагітностей зростає поширеність окремих ускладнень, які можуть потребувати оперативного втручання.

За даними Le Ray та співавт., ризик оперативного розродження значною мірою визначається поєднанням акушерських факторів, серед яких важливе місце посідають ожиріння матері та макросомія плода [32]. Подібні висновки наведені у рекомендаціях ACOG, де наголошується, що вибір способу розродження повинен ґрунтуватися на індивідуальній оцінці клінічної ситуації, а не лише на кількості попередніх пологів [33].

Результати сучасних когортних досліджень свідчать, що підвищення частоти

кесаревого розтину серед жінок із дуже високим паритетом часто пов'язане з більшою поширеністю неправильних положень плода, плацентарних ускладнень та супутньої соматичної патології [32; 35; 37]. Отже, сам по собі високий паритет не може розглядатися як абсолютне показання до оперативного розродження.

Оперативні вагінальні пологи

Дані щодо частоти використання вакуум-екстракції плода та акушерських щипців у жінок із високим паритетом є обмеженими. Більшість авторів не виявляє суттєвих відмінностей між багатонароджуючими жінками та вагітними нижчого паритету після врахування супутніх факторів ризику [33; 37].

Необхідність оперативного завершення вагінальних пологів найчастіше визначається клінічною ситуацією під час пологів. Згідно з рекомендаціями ACOG щодо оперативних вагінальних пологів, основними показаннями залишаються дистрес плода, затримка просування голівки плода та окремі материнські стани, що потребують скорочення другого періоду пологів [33].

Таким чином, сучасні літературні дані свідчать, що високий паритет може супроводжуватися певними особливостями перебігу пологів, зокрема збільшенням частоти макросомії плода та окремих акушерських ускладнень. Водночас ризик оперативного розродження визначається насамперед сукупністю клінічних факторів, тоді як сам паритет не завжди має самостійне прогностичне значення [29–37].

Післяпологова кровотеча

Післяпологова кровотеча залишається однією з провідних причин мате-

ринської захворюваності та смертності незалежно від рівня розвитку системи охорони здоров'я. Серед численних факторів ризику цього ускладнення традиційно розглядають і високий паритет, що пов'язують із функціональними змінами міометрія після багаторазових вагітностей та пологів [38; 39].

У низці досліджень повідомляється про вищу частоту післяпологової кровотечі серед жінок із GMP порівняно з вагітними нижчого паритету [1; 5]. Подібні результати наведені Miyoshi та співавт., які продемонстрували поступове зростання ризику кровотечі зі збільшенням кількості попередніх пологів як після вагінального розродження, так і після кесаревого розтину [27].

За даними Attali та співавт., у жінок із високим паритетом частіше виникає потреба в гемотрансфузії після розродження, особливо за наявності додаткових акушерських факторів ризику [36]. Разом із тим сучасні автори звертають увагу на те, що розвиток післяпологової кровотечі рідко визначається одним фактором. Значну роль відіграють особливості перебігу вагітності та пологів, наявність плацентарних порушень, багатоплідної вагітності, макросомії плода та супутньої соматичної патології [38–41].

Сучасні рекомендації FIGO та ВООЗ наголошують на необхідності активного ведення третього періоду пологів, своєчасного застосування утеротонічних препаратів та раннього виявлення надмірної крововтрати [38; 39]. Особливу увагу рекомендують приділяти жінкам груп підвищеного ризику, до яких належать і пацієнтки з високим паритетом [38–42].

Післяпологова анемія

Післяпологова анемія є одним із найбільш поширених наслідків вагітності та пологів у жінок із високим паритетом. Її розвиток пов'язують із поєднанням антенатального дефіциту заліза, крововтрати під час пологів та недостатнього відновлення запасів заліза між вагітностями [12–14].

Високий паритет нерідко супроводжується повторним виснаженням запасів мікронутрієнтів, особливо за коротких інтергенетичних інтервалів та тривалої лактації. У таких умовах навіть помірна крововтрата під час пологів може сприяти формуванню клінічно значущої анемії [43; 44].

Міжнародні рекомендації наголошують на доцільності своєчасного контролю показників червоної крові та корекцію дефіциту заліза як під час вагітності, так і після розродження, адже, за даними Milman, післяпологова анемія асоціюється не лише зі зниженням фізичної працездатності, а й із погіршенням когнітивних функцій, підвищеною втомлюваністю, емоційними розладами та труднощами у догляді за новонародженим [43; 44].

Порушення функції тазового дна

Серед віддалених наслідків багаторазових вагінальних пологів особливе місце посідають порушення функції тазового дна. Найчастішими клінічними проявами є пролапс тазових органів, нетримання сечі, нетримання калу та хронічний тазовий біль [45–49].

Вважається, що повторні пологи можуть сприяти поступовому ушкодженню м'язово-зв'язкового апарату тазового дна та нервових структур, які забезпечують його функціонування.

У дослідженні Fang та співавт. показано, що збільшення кількості пологів супроводжується більш вираженими морфологічними змінами тазового дна та зниженням скоротливої здатності відповідних м'язів [45]. Подібні результати отримали Gao та співавт., які розглядають високий паритет одним із незалежних чинників ризику розвитку дисфункції тазового дна [46].

Систематичні огляди останніх років також підтверджують зв'язок між багаторазовими вагінальними пологами та розвитком пролапсу тазових органів і нетримання сечі [47–49]. Водночас ступінь вираженості цих порушень значною мірою залежить від віку жінки, маси тіла, способу розродження та наявності супутньої патології.

Таким чином, жінки з високим паритетом потребують не лише ретельного спостереження під час вагітності та пологів, а й належної уваги в післяпологовому періоді. Своєчасне виявлення анемії, профілактика післяпологової кровотечі та оцінка стану тазового дна можуть сприяти зменшенню частоти віддалених материнських ускладнень [43; 45–49].

Висновки

Високий паритет залишається важливою проблемою сучасного акушерства, незважаючи на тенденцію до зниження народжуваності та зменшення частки багатонароджуючих жінок у більшості країн світу. Аналіз сучасних літературних джерел свідчить, що наявність п'яти і більше пологів в анамнезі може супроводжуватися підвищенням частоти окремих ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду.

У жінок із високим паритетом частіше виявляються анемія, гестаційний

цукровий діабет, плацентарні порушення, передчасні пологи, неправильні положення плода та макросомія. Разом із тим наявні дані свідчать, що вирішальне значення нерідко мають супутні чинники, зокрема вік матері, індекс маси тіла, інтергенетичний інтервал, соматична патологія та особливості акушерського анамнезу.

Особливої уваги потребує ведення пологів та післяпологового періоду у багатонароджуючих жінок. Високий паритет асоціюється зі збільшенням ризику післяпологової кровотечі, післяпологової анемії та віддалених порушень функції тазового дна. Багаторо-

зові вагінальні пологи розглядаються як один із факторів ризику розвитку пролапсу тазових органів і нетримання сечі.

Таким чином, високий паритет доцільно розглядати як клінічний маркер підвищеного акушерського ризику, який потребує персоніфікованого підходу до прегравідарної підготовки, антенатального спостереження, ведення пологів та післяпологового супроводу. Подальші дослідження мають бути спрямовані на уточнення ролі високого паритету в розвитку акушерських ускладнень з урахуванням сучасних демографічних змін та вдосконалення акушерської допомоги.

Література

1. Dasa T. T., Okunlola M. A., Dessie Y. Effect of grand multiparity on adverse maternal outcomes: a prospective cohort study. *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Article 959633. doi: 10.3389/fpubh.2022.959633.
2. Dasa T. T., Okunlola M. A., Dessie Y. Effect of grand multiparity on the adverse birth outcome: a hospital-based prospective cohort study in Sidama Region, Ethiopia. *International Journal of Women's Health*. 2022. Vol. 14. P. 363–372. doi: 10.2147/IJWH.S350991.
3. DeBolt C. A., Friedman A. M., Gyamfi-Bannerman C. et al. Grand multiparity and obstetric outcomes in a contemporary cohort: the role of increasing parity. *American Journal of Perinatology*. 2024. doi: 10.1055/a-2223-6093.
4. Peled T. et al. Perinatal outcomes in grand multiparous women stratified by parity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2024. Vol. 299. P. 77–82.
5. Başkiran Y., Uzman K., Zelegen İ. Effect of grand multiparity on maternal, obstetric, fetal and neonatal results. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2023. Vol. 27, № 22. P. 10979–10984. doi: 10.26355/eurrev_202311_34466.
6. Okui T. Association of grand multiparity with adverse birth outcomes in Japan. *Reproductive Health*. 2025. Vol. 22. Article 46. doi: 10.1186/s12978-025-02246-0.
7. Al-Shaikh G. K., Ibrahim G. H., Fayed A. A., Al-Mandeel H. Grand multiparity and the possible risk of adverse maternal and neonatal outcomes: a dilemma to be deciphered. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017. Vol. 17. Article 310. doi: 10.1186/s12884-017-1508-0.
8. Zeleke A. M., Ayalew Y., Kebede A. et al. Adverse birth outcomes and associated factors among African grand multiparas: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025. Vol. 25. Article 955. doi: 10.1186/s12884-025-07861-0.
9. Курило І. О. Народження других та третіх дітей в Україні: реальні та умовні покоління жінок. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 2. С. 38–52.
10. Human Fertility Database. Ukraine: births by age of mother and birth order. Max Planck Institute for Demographic Research, Vienna Institute of Demography.
11. Vezhnovets T. A. et al. Predicting fertility, neonatal and perinatal mortality, and congenital anomalies in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2024. Vol. 77, No. 4. P. 716–723. doi: 10.36740/WLek202404116.

12. Wang R. et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Global Women's Health*. 2025. Vol. 6. Article 1502585. doi: 10.3389/fgwh.2025.1502585.
13. Kamlungkuea T. et al. Pregnancy outcomes among women with treated iron deficiency anemia. *Nutrients*. 2025. Vol. 17, No. 19. Article 3168. doi: 10.3390/nu17193168.
14. Skhvitaridze N. et al. Anemia during pregnancy and adverse maternal outcomes in Georgia. *PLOS ONE*. 2025. Vol. 20, No. 1. Article e0294832. doi: 10.1371/journal.pone.0294832.
15. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes – 2025. *Diabetes Care*. 2025. Vol. 48 (Suppl. 1).
16. Dai Y. et al. Impact of parity on gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025. Vol. 25, No. 1. Article 520. doi: 10.1186/s12884-025-07620-1.
17. Wang L. et al. The impact of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025. Vol. 25, No. 1. Article 659. doi: 10.1186/s12884-025-07719-5.
18. Magee L. A., Brown M. A., Hall D. R. et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP): classification, diagnosis and management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*. 2022. Vol. 27. P. 148–169. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE Guideline NG133. London : NICE, 2023.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. NICE Guideline NG25. London : NICE, 2022.
21. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva : WHO.
22. Jauniaux E., Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017. Vol. 217, № 1. P. 27–36.
23. Jauniaux E., Collins S. L., Burton G. J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta spectrum. Obstetric Care Consensus No. 7. *Obstetrics & Gynecology*. 2018. Vol. 132, № 6. P. e259–e275.
25. Sentilhes L. et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: conservative management. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018. Vol. 140, No. 3. P. 291–298.
26. Allen L. et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: nonconservative surgical management. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018. Vol. 140, No. 3. P. 281–290.
27. Miyoshi Y., Tanaka K., Yoshida M. et al. Optimal parity cut-off values for predicting postpartum hemorrhage in vaginal deliveries and cesarean sections. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020. Vol. 20. Article 723. doi: 10.1186/s12884-020-03415-8.
28. Alkwai H., Khan F., Alshammari R., Alharbi A., Almutairi N., Alanazi M. The association between grand multiparity and adverse neonatal outcomes: a retrospective cohort study from Ha'il, Saudi Arabia. *Children*. 2023. Vol. 10, No. 9. Article 1541. doi: 10.3390/children10091541.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists. Macrosomia. ACOG Practice Bulletin No. 216. *Obstetrics & Gynecology*. 2020. Vol. 135, No. 1. P. e18–e35. doi: 10.1097/AOG.0000000000003606.
30. Beta J., Khan N., Khalil A., Fiolna M., Ramadan G., Akolekar R. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2019. Vol. 54, No. 3. P. 308–318. doi: 10.1002/uog.20279.
31. Boulet S. L., Alexander G. R., Salihu H. M., Pass M. Macrosomic births in the United States: determinants, outcomes and proposed grades of risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018. Vol. 188. P. 1372–1378.

32. Le Ray C., Carayol M., Zeitlin J., Briart G., Goffinet F. Level of increased risk for cesarean delivery in relation to maternal obesity and fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*. 2017. Vol. 110. P. 1050–1056.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Birth. Practice Bulletin No. 219. *Obstetrics & Gynecology*. 2020. Vol. 135, No. 4. P. e149–e159.
34. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva : World Health Organization; 2018.
35. Boholtea R. E., Turcan N., Ducu I. et al. Pregnancy and labor outcomes in grand multiparous women. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. Vol. 12. Article 5486.
36. Attali E., Rottenstreich A., Levin G. et al. Is grand multiparity an independent risk factor for blood transfusion following delivery? *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 13. Article 4128. doi: 10.3390/jcm13144128.
37. Lee K. E., Eom J. M., Kim Y. H. Delivery risks and outcomes associated with grand multiparity in contemporary obstetric practice. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2022. Vol. 35. P. 6542–6548. Gao Q. et al. Pelvic floor dysfunction in postpartum women: risk factors and clinical characteristics. *BMC Women's Health*. 2024. Vol. 24. Article 112.
38. Escobar M. F., Nassar A. H., Theron G., et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022. Vol. 157 (Suppl. 1). P. 3–50. doi: 10.1002/ijgo.14116.
39. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva : World Health Organization, 2025.
40. Demissie D. B., Chilot D., Getie A., et al. Global burden, disparities and determinants of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025.
41. Voillequin S., Deneux-Tharaux C., Dupont C., et al. Duration of the second and third stages of labor and risk of postpartum hemorrhage: a cohort study stratified by parity. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025.
42. Milman N. Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of Hematology*. 2011. Vol. 90. P. 1247–1253. DOI: 10.1007/s00277-011-1279-z.
43. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva : World Health Organization, 2022.
44. Nutaitis A. C., Dieter A. A., Balk E. M. Peripartum pelvic floor disorders. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*. 2026.
45. González-Timoneda A., Cano A., Peris M., et al. Prevalence and impact of pelvic floor dysfunctions on quality of life after childbirth. *Heliyon*. 2025.
46. Alzahrani R. E., Alqahtani M. A., et al. Pelvic floor complications during childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pakistan Medical Students*. 2024. Vol. 13. No. 2. P. 86–92.
47. Barth E., Althaus J., Müller M., et al. Postpartum hemorrhage: risk factors for severe blood loss after birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. *Obstetrics & Gynecology*. 2017. Vol. 130. No. 4. P. e168–e186.
49. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO postpartum hemorrhage protocol and care bundle implementation guide. London : FIGO, 2023.

References

1. Dasa, T. T., Okunlola, M. A., Dessie, Y. (2022). Effect of grand multiparity on adverse maternal outcomes: a prospective cohort study. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 959633. doi: 10.3389/fpubh.2022.959633.
2. Dasa, T. T., Okunlola, M. A., Dessie, Y. (2022). Effect of grand multiparity on the adverse birth outcome: a hospital-based prospective cohort study in Sidama Region, Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 14, 363–372. doi: 10.2147/IJWH.S350991.

3. DeBolt, C. A., Friedman, A. M., Gyamfi-Bannerman, C. et al. (2024). Grand multiparity and obstetric outcomes in a contemporary cohort: the role of increasing parity. *American Journal of Perinatology*. doi: 10.1055/a-2223-6093.
4. Peled, T. et al. (2024). Perinatal outcomes in grand multiparous women stratified by parity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 299, 77–82.
5. Başkiran, Y., Uzkan, K., Selegen, İ. (2023). Effect of grand multiparity on maternal, obstetric, fetal and neonatal results. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27(22), 10979–10984. doi: 10.26355/eurrev_202311_34466.
6. Okui, T. (2025). Association of grand multiparity with adverse birth outcomes in Japan. *Reproductive Health*, 22, Article 46. doi: 10.1186/s12978-025-02246-0.
7. Al-Shaikh, G. K., Ibrahim, G. H., Fayed, A. A., Al-Mandeel, H. (2017). Grand multiparity and the possible risk of adverse maternal and neonatal outcomes: a dilemma to be deciphered. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, Article 310. doi: 10.1186/s12884-017-1508-0.
8. Zeleke, A. M., Ayalew, Y., Kebede, A. et al. (2025). Adverse birth outcomes and associated factors among African grand multiparas: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, Article 955. doi: 10.1186/s12884-025-07861-0.
9. Kurylo, I. O. (2018). Narodzhennia druhykh ta tretikh ditei v Ukraini: realni ta umovni pokolinnia zhinok [Birth of second and third children in Ukraine: real and imaginary generations of women]. *Demografiia ta sotsialna ekonomika*, 2, 38–52 [in Ukrainian].
10. Human Fertility Database. Ukraine: births by age of mother and birth order. Max Planck Institute for Demographic Research, Vienna Institute of Demography.
11. Vezhnovets, T. A. et al. (2024). Predicting fertility, neonatal and perinatal mortality, and congenital anomalies in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, 77(4), 716–723. doi: 10.36740/WLek202404116.
12. Wang, R. et al. (2025). Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, Article 1502585. doi: 10.3389/fgwh.2025.1502585.
13. Kamlungkuea, T. et al. (2025). Pregnancy outcomes among women with treated iron deficiency anemia. *Nutrients*, 17(19), Article 3168. doi: 10.3390/nu17193168.
14. Skhvitaridze, N. et al. (2025). Anemia during pregnancy and adverse maternal outcomes in Georgia. *PLOS ONE*, 20(1), Article e0294832. doi: 10.1371/journal.pone.0294832.
15. American Diabetes Association Professional Practice Committee (2025). Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes – 2025. *Diabetes Care*, 48(1).
16. Dai Y. et al. (2025). Impact of parity on gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), Article 520. doi: 10.1186/s12884-025-07620-1.
17. Wang L. et al. (2025). The impact of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), Article 659. DOI: 10.1186/s12884-025-07719-5.
18. Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R. et al. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP): classification, diagnosis and management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE Guideline NG133. London: NICE, 2023.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. NICE Guideline NG25. London: NICE, 2022.
21. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: WHO.
22. Jauniaux, E., Bhide, A. (2017). Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 27–36.

23. Jauniaux, E., Collins, S. L., Burton, G. J. (2018). Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Placenta accreta spectrum. Obstetric Care Consensus No. 7. *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), e259–e275.
25. Sentilhes, L. et al. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: conservative management. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), 291–298.
26. Allen, L. et al. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: nonconservative surgical management. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), 281–290.
27. Miyoshi, Y., Tanaka, K., Yoshida, M. et al. (2020). Optimal parity cut-off values for predicting postpartum hemorrhage in vaginal deliveries and cesarean sections. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, Article 723. doi: 10.1186/s12884-020-03415-8.
28. Alkwai, H., Khan, F., Alshammari, R., Alharbi, A., Almutairi, N., Alanazi, M. (2023). The association between grand multiparity and adverse neonatal outcomes: a retrospective cohort study from Ha'il, Saudi Arabia. *Children*, 10(9), Article 1541. doi: 10.3390/children10091541.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). Macrosomia. ACOG Practice Bulletin No. 216. *Obstetrics & Gynecology*, 135(1), e18–e35. doi: 10.1097/AOG.0000000000003606.
30. Beta, J., Khan, N., Khalil, A., Fiolna, M., Ramadan, G., Akolekar, R. (2019). Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 54(3), 308–318. doi: 10.1002/uog.20279.
31. Boulet, S. L., Alexander, G. R., Salihu, H. M., Pass, M. (2018). Macrosomic births in the United States: determinants, outcomes and proposed grades of risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188, 1372–1378.
32. Le Ray, C., Carayol, M., Zeitlin, J., Briart, G., Goffinet, F. (2017). Level of increased risk for cesarean delivery in relation to maternal obesity and fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*, 110, 1050–1056.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). Operative Vaginal Birth. Practice Bulletin No. 219. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e149–e159.
34. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
35. Boholtea, R. E., Turcan, N., Ducu, I. et al. (2023). Pregnancy and labor outcomes in grand multiparous women. *Journal of Clinical Medicine*, 12, Article 5486.
36. Attali, E., Rottenstreich, A., Levin, G. et al. (2024). Is grand multiparity an independent risk factor for blood transfusion following delivery? *Journal of Clinical Medicine*, 13, Article 4128. doi: 10.3390/jcm13144128.
37. Lee, K. E., Eom, J. M., Kim, Y. H. (2022). Delivery risks and outcomes associated with grand multiparity in contemporary obstetric practice. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35, 6542–6548. Gao Q. et al. (2024). Pelvic floor dysfunction in postpartum women: risk factors and clinical characteristics. *BMC Women's Health*, 24, Article 112.
38. Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., et al. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157 (Suppl. 1), 3–50. doi: 10.1002/ijgo.14116.
39. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization, 2025.
40. Demissie, D. B., Chilot, D., Getie, A., et al. (2025). Global burden, disparities and determinants of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
41. Voillequin, S., Deneux-Tharaux, C., Dupont, C., et al. (2025). Duration of the second and third stages of labor and risk of postpartum hemorrhage: a cohort study stratified by parity. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

42. Milman, N. (2011). Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of Hematology*, 90, 1247–1253. doi: 10.1007/s00277-011-1279-z.
43. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization, 2022.
44. Nutaitis, A. C., Dieter, A. A., Balk, E. M. (2026). Peripartum pelvic floor disorders. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*.
45. González-Timoneda, A., Cano, A., Peris, M., et al. (2025). Prevalence and impact of pelvic floor dysfunctions on quality of life after childbirth. *Heliyon*.
46. Alzahrani, R. E., Alqahtani, M. A., et al. (2024). Pelvic floor complications during childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pakistan Medical Students*, 13(2), 86–92.
47. Barth, E., Althaus, J., Möller, M., et al. (2025). Postpartum hemorrhage: risk factors for severe blood loss after birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168–e186.
49. International Federation of Gynecology and Obstetrics (2023). FIGO postpartum hemorrhage protocol and care bundle implementation guide. London: FIGO.

Vereshchahin A. V., Kulyk S. V. High Parity as a Risk Factor for Obstetric and Perinatal Complications: Current State of the Problem (Literature Review)

Grand multiparity (GMP), commonly defined as having five or more deliveries beyond the threshold of fetal viability, continues to attract considerable attention due to its potential impact on pregnancy outcomes. Despite declining fertility rates in many countries and significant improvements in obstetric care, grand multiparity remains an important issue in modern obstetrics. The aim of this review was to summarize current evidence regarding the course of pregnancy, childbirth, and the postpartum period in women with grand multiparity, as well as to assess its role in the development of maternal and perinatal complications. A review of scientific publications, systematic reviews, meta-analyses, and international clinical guidelines published predominantly over the last decade was conducted. The available evidence indicates that grand multiparity may be associated with an increased incidence of maternal anemia, gestational diabetes mellitus, preterm birth, placental disorders, fetal macrosomia, postpartum hemorrhage, and adverse perinatal outcomes. However, most contemporary studies suggest that unfavorable pregnancy outcomes are not determined solely by the number of previous births. Maternal age, body mass index, interpregnancy interval, coexisting medical conditions, and obstetric history also play a substantial role. Particular attention has been drawn to the long-term consequences of multiple vaginal deliveries, including an increased risk of pelvic floor dysfunction. Therefore, grand multiparity should be considered an important component of comprehensive obstetric risk assessment. Management of these women requires an individualized approach during preconception counseling, antenatal care, delivery, and postpartum follow-up.

Key words: *grand multiparity, pregnancy outcomes, maternal outcomes, perinatal outcomes, obstetric complications, postpartum hemorrhage.*

Дата надходження статті до редакції: 14.07.2026

Дата прийняття статті до друку: 17.08.2026

Дата публікації: 06.10.2026