

# Обильные Менструальные Кровотечения И Анемия: Осведомлённость, Подходы И Влияние На Репродуктивное Здоровье

*Насирова З. А.<sup>1</sup>, Ахматова Г.<sup>2</sup>*

**Аннотация:** В статье исследуются знания, отношение и практики женщин репродуктивного возраста в отношении обильных менструальных кровотечений (ОМК) и железодефицитной анемии (ЖДА). Онлайн-опрос, проведённый среди 1000 женщин, выявил недостаточную осведомлённость о значении микроэлементов (50,9%) и низкую частоту обращений за медицинской помощью (36%). Среди осложнений отмечены выкидыши (46,3%) и трудности с зачатием (75,1%). Выявлены ключевые области для улучшения, включая образовательные программы, индивидуализированные подходы к диагностике и лечению, а также меры по улучшению образа жизни для сохранения репродуктивного здоровья.

**Ключевые слова:** Обильные менструальные кровотечения (ОМК), железодефицитная анемия (ЖДА), репродуктивное здоровье, осведомлённость женщин, гинекологический анамнез, физическая активность, гормональная терапия, трудности с зачатием, выкидыши и анемия, диагностика и скрининг, здоровый образ жизни.

## Ввод

Для оценки уровня знаний и отношения женщин репродуктивного возраста к значению обильных менструальных кровотечений (ОМК) и анемии в контексте благоприятного течения беременности и успешного исхода родов, нами был разработан и проведен онлайн-опрос. Опрос включал 36 тщательно сформулированных вопросов, охватывающих ключевые аспекты репродуктивного и общего здоровья.

Сбор данных осуществлялся с использованием социальных сетей, что позволило привлечь широкую и разнородную аудиторию женщин. Полученные ответы отражают состояние осведомленности, наличие симптомов, образ жизни и медицинские практики участниц, а также их отношение к профилактическим и лечебным мероприятиям.

Данное исследование преследует цель выявить проблемные зоны в понимании и управлении состояниями, связанными с ОКМ и анемией, а также разработать научно обоснованные рекомендации для их улучшения.

В опросе приняли участие 1000 женщин репродуктивного возраста, привлеченных через социальные сети. Это обеспечило широкий охват и разнообразие участников по возрасту, социальному положению и образу жизни.

**Анкета** включала несколько тематических блоков:

Демографические характеристики: возраст, образование, род занятий, семейное положение и количество детей.

Гинекологический и акушерский анамнез: информация о менструальном цикле, акушерских осложнениях и связанных с ними проблемах.

<sup>1,2</sup> Самаркандский государственный медицинский университет



Знания и отношение к ОМК, и анемии: уровень осведомленности женщин о влиянии этих состояний на здоровье матери и ребенка.

### Метод

Методы лечения и профилактики: использование гормональных препаратов, железосодержащих средств, а также данные о взаимодействии участниц с медицинскими специалистами.

Особенности образа жизни: привычки, такие как физическая активность, курение, употребление алкоголя и питание.

Методология опроса позволила собрать разносторонние данные о состоянии здоровья женщин, их знаниях, симптомах и подходах к лечению. Эти данные стали основой для дальнейшего анализа с целью разработки научно обоснованных рекомендаций.

Для оценки возрастного профиля участниц исследования был проведен анализ распределения ответов по возрастным категориям. Данные включали пять основных возрастных групп:

1. **18–25 лет** (средний возраст 21.5 года),
2. **26–30 лет** (средний возраст 28 лет),
3. **31–35 лет** (средний возраст 33 года),
4. **36–40 лет** (средний возраст 38 лет),
5. **Старше 40 лет** (средний возраст условно принят как 45 лет).

Согласно данным, наиболее многочисленными возрастными группами среди участниц исследования являлись:

1. **26–30 лет** — 21.8% всех участниц.
2. **31–35 лет** — 19.0% всех участниц.

Эти две возрастные группы составили совокупно около **40.8%** всех респондентов, что делает их преобладающими в выборке.

А средний возраст участниц исследования составил **33.3±1,3 года**. Средний возраст на уровне 33 лет позволяет охарактеризовать группу как преимущественно состоящую из женщин среднего репродуктивного возраста, что важно для анализа менструальных и репродуктивных показателей. Как видно, из данных для каждой возрастной категории необходимо разрабатывать индивидуализированные подходы к диагностике и лечению ОМК, учитывающие возрастные особенности организма, репродуктивный статус и факторы риска.

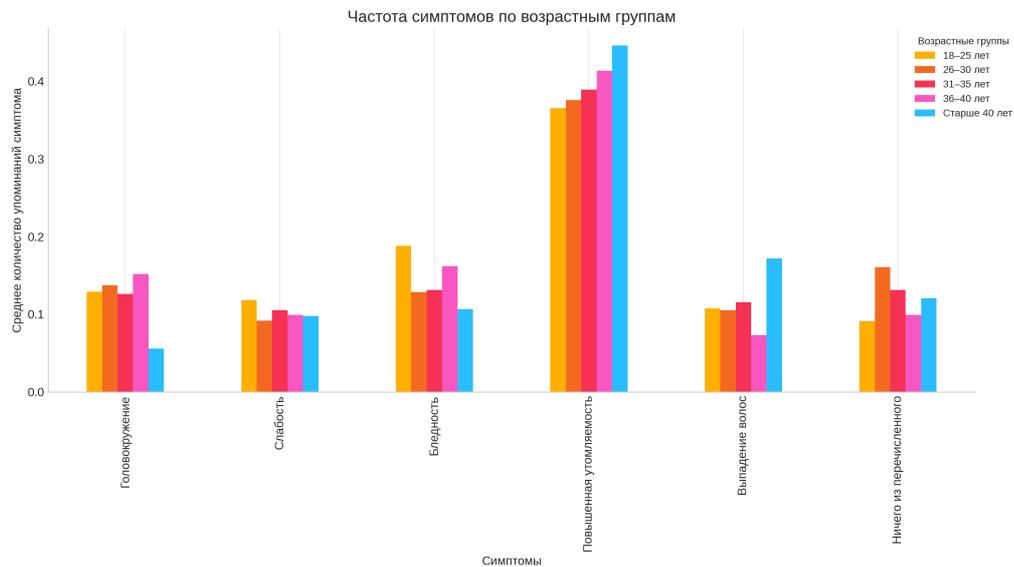
Нами был проведен анализ связи возраста с симптомами и получили следующее:

- **Младшие возрастные группы (18–25 лет)** чаще сообщали о бледности кожных покровов и слабости, что может быть связано с начальной адаптацией организма к менструациям.
- **Средние возрастные группы (31–40 лет)** демонстрировали повышенные уровни утомляемости и головокружения, что может быть связано с репродуктивной нагрузкой (роды, выкидыши).
- **Старшие возрастные группы (старше 40 лет)** имели наибольшую частоту симптомов, таких как выпадение волос и повышенная утомляемость, что связано с возрастными изменениями и хроническими состояниями.

Эти данные еще раз подчеркивают необходимость возрастного подхода к диагностике и лечению ОМК:



- Молодым женщинам стоит уделять внимание профилактике анемии.
- Женщины среднего возраста нуждаются в поддержке восстановления после акушерских нагрузок.
- Для женщин старше 40 лет рекомендуется углубленный контроль хронических состояний.



**Рис.1. Частота симптомов по возрастным группам**

Кроме этого, участницы разных возрастных групп предоставили информацию о своем ИМТ, образовании и роде занятий. Это позволило анализировать данные с учетом возрастной специфики и социально-экономических факторов.



**Рис. 2. Распределение ИМТ среди участниц**

На рисунке представлено распределение индекса массы тела (ИМТ) среди участниц исследования. График отображает данные по четырем основным категориям: недостаточный вес (ИМТ ~17.5), нормальный вес (ИМТ ~21.7), избыточный вес (ИМТ ~27.5) и ожирение (ИМТ



~35.0). Гистограмма сопровождается сглаженной кривой плотности, иллюстрирующей общую тенденцию в распределении значений.

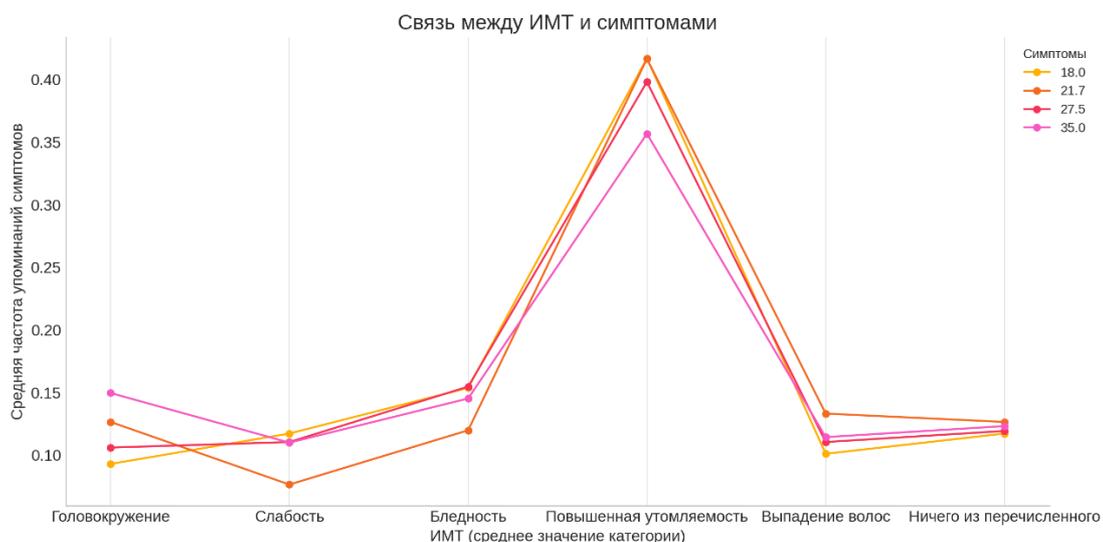
Наиболее многочисленной группой являются женщины с нормальным ИМТ (~21.7), которых насчитывается **300 человек (30%)**. Это говорит о том, что значительная часть выборки соответствует показателям здорового веса, что делает данные репрезентативными для общей популяции женщин репродуктивного возраста.

Женщины с избыточным весом (ИМТ ~27.5) составляют вторую по численности группу — **250 участниц (25%)**. Избыточный вес является важным фактором риска, так как он может быть связан с нарушениями гормонального фона, увеличивающими вероятность развития обильных менструальных кровотечений (ОМК) и анемии.

Группа с ожирением (ИМТ ~35.0) насчитывает **200 человек (20%)**. Эти участницы представляют особую клиническую категорию, так как ожирение часто сопровождается хроническими воспалительными процессами и метаболическими нарушениями, которые могут усугублять течение ОКМ.

Примерно **250 участниц (25%)** имеют недостаточный вес (ИМТ ~17.5). Данная категория также требует внимания, поскольку низкий вес может быть связан с дефицитом питательных веществ, включая железо, что увеличивает риск анемии и ухудшает регенеративные способности организма после кровопотери.

Таким образом, распределение ИМТ среди участниц исследования демонстрирует значительную долю женщин с нормальным весом, но также подчеркивает необходимость медицинского наблюдения за группами с избыточным, низким весом и ожирением. Эти результаты подчеркивают важность индивидуализированного подхода в профилактике и лечении ОКМ.



**Рис.3. Связь между ИМТ и симптомами**

Нами была изучена связь между ИМТ и симптомами и получили следующие **результаты**:

частота головокружения возрастает с увеличением ИМТ, достигая максимума у категории с ИМТ 35 (14.98%);

слабость также наиболее часто встречается у категорий с ИМТ выше нормы (10-11%);

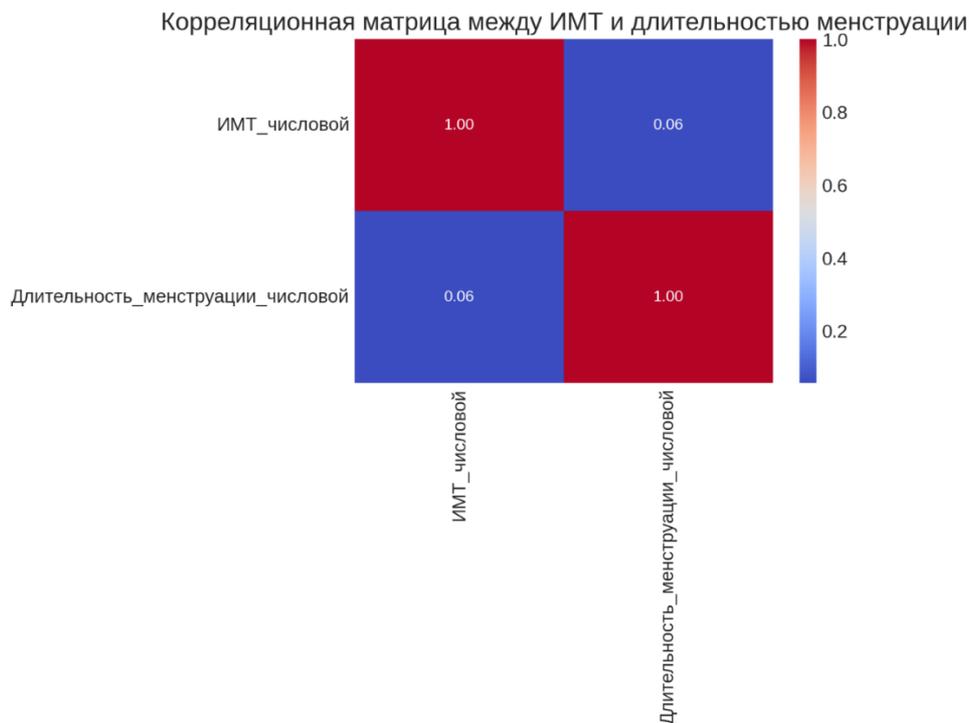
бледность кожных покровов наиболее выражена у женщин с ИМТ 27.5 (15.48%) и снижается в группе с ИМТ 35;

повышенная утомляемость выше всего у женщин с низким и нормальным ИМТ (41.7%), но снижается в группе с ИМТ 35 (35.68%);



частота выпадения волос варьируется между 10% и 13%, достигая пика у женщин с ИМТ 21.7 (13.33%), а женщины с нормальным и избыточным ИМТ (21.7 и 27.5) чаще указывают на отсутствие симптомов (12-13%).

Эти результаты подчеркивают важность учета ИМТ при диагностике и лечении симптомов ОМК.



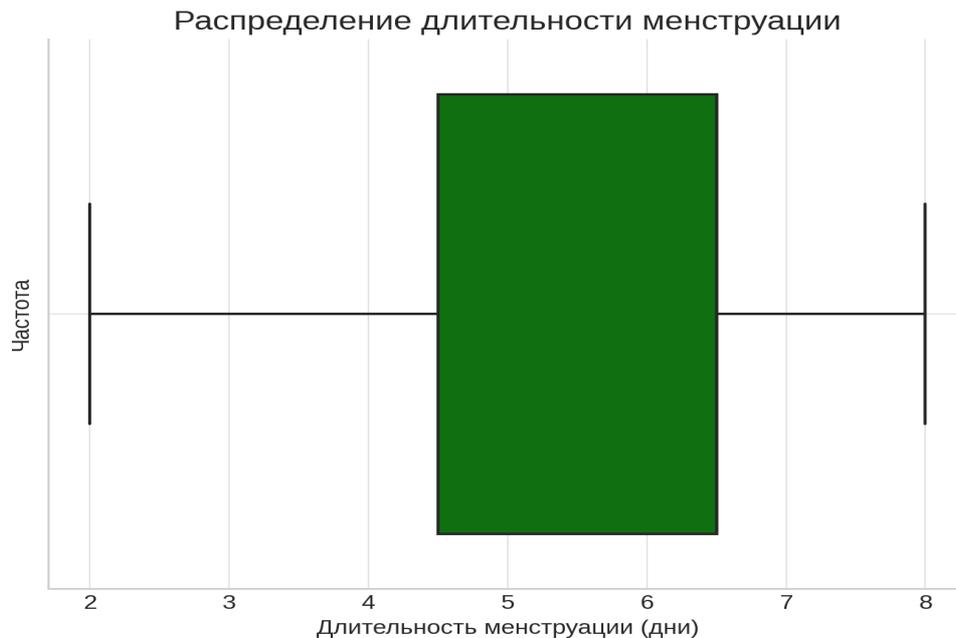
**Рис.4. Корреляционная матрица между ИМТ и длительностью менструации"**

Мы провели корреляционную связь между индексом массы тела (ИМТ) и длительностью менструации. Коэффициент корреляции составил 0.06, что указывает на очень слабую положительную связь. Это говорит о том, что изменение ИМТ практически не влияет на длительность менструации. Данные показывают, что между ИМТ и длительностью менструации нет значимой взаимосвязи. Подавляющее большинство участниц (65%) имели высшее образование, что может указывать на высокий уровень осведомленности о симптомах ОМК и доступность информации о лечении. Женщины со средним специальным образованием (25%) представляли следующую значимую группу, указывая на разнообразие социального состава. Женщины со средним образованием составили наименьшую долю (10%), что связано с возрастным составом выборки, поскольку молодые женщины чаще продолжают обучение. Более половины (55%) участниц оказались работающими, что указывает на значимость стресса и режима труда в формировании симптомов ОМК. Эта группа может иметь ограниченное время для обращения к врачу. Домохозяйки составили 20%, и их симптомы были связаны с низкой физической активностью или хронической усталостью. Студентки (15%) представили собой более молодую часть выборки, они в основном сталкивались последствиями стресса от учебной нагрузки. Группа с "иными" занятиями (10%) включали женщин, не вписывающихся в традиционные социальные категории, что требует индивидуального анализа. На вопрос, сколько у вас детей, мы получили следующие ответы: женщины без детей (30%) представили значительную долю, и отсутствие детей было связано с молодым возрастом или репродуктивными проблемами, включая ОМК. Женщины с одним ребенком составили самую большую группу (35%), это было связано с гормональными изменениями, вызванными первой беременностью. У 25% респонденток были по 2 детей, женщины с тремя и более детьми среди опрошенных составили 10%. Репродуктивная история показала, что значительная часть участниц сталкивалась с изменениями, связанными с беременностью и родами, что важно учитывать при анализе симптомов ОМК.



Данные о наличии выкидышей или абортов дают представление о распространенности осложнений у женщин, участвующих в исследовании. Выкидыши указывают на скрытые патологии, такие как анемия, гормональные нарушения или другие проблемы с репродуктивной системой. Этот вопрос важен для выявления группы риска среди женщин с обильными менструальными кровотечениями (ОМК), поскольку частота выкидышей может быть связана с недостаточностью железа и другими акушерскими осложнениями. Учет этих данных поможет разработать рекомендации для профилактики и лечения таких состояний. Почти половина опрошенных женщин (46,3%) сталкивались с выкидышами или абортами. Это значительное число указывает на необходимость дальнейшего изучения возможных причин, таких как железодефицитные состояния, гормональные нарушения, недостаточная медицинская профилактика. Эти данные подчеркивают важность своевременного обследования женщин с обильными менструальными кровотечениями и анемией для предотвращения подобных осложнений. На вопрос, длительность вашего менструального цикла, мы получили следующие ответы: более **38 дней** указали **352 участницы**, что составляет **35,2%** от общего числа респондентов; менее **24 дней** отметили **327 участниц (32,7%)**; цикл длительностью **24–38 дней**, считающийся нормой, наблюдался у **321 участницы (32,1%)**. Полученные данные показывают, что значительное число женщин имеют отклонения в длительности менструального цикла от нормальных значений (24–38 дней). Среди опрошенных наиболее распространены циклы длительностью более 38 дней (35,2%), что может свидетельствовать о наличии гормональных нарушений, таких как СПКЯ или недостаточность лютеиновой фазы. Эти состояния могут быть связаны с развитием обильных менструальных кровотечений (ОМК). Укороченные циклы (менее 24 дней), указанные у 32,7% женщин, также могут быть признаком патологий, такие изменения в цикле способны усугублять анемию и влиять на репродуктивное здоровье. Для женщин с длительностью цикла менее 24 или более 38 дней важно пройти дополнительное обследование, включая гормональный профиль и УЗИ органов малого таза. Обучение женщин мониторингу менструального цикла (например, с помощью календаря или мобильных приложений) поможет выявить аномалии и вовремя обратиться за медицинской помощью. 6–7 дней длительность менструации указали 279 участниц, что составил 27,9%; более 7 дней отметили 247 участниц (24,7%); 4–5 дней, которые считаются нормальной продолжительностью, наблюдалось у 246 участниц (24,6%); менее 3 дней длительность менструации встречался у 228 участниц (22,8%). Данные показывают, что значительное число женщин (более 52%) имели длительность менструации, превышающую 5 дней, что является признаком гиперменореи или меноррагии. Особенно важно обратить внимание на 24,7% женщин с длительностью менструации более 7 дней, так как это состояние связано с: обильными менструальными кровотечениями (ОМК), увеличением риска железодефицитной анемии, гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, миома матки). С другой стороны, 22,8% женщин с длительностью менее 3 дней могут сталкиваться с гипоменореей, что свидетельствует о гормональных нарушениях, стрессовых состояниях или функциональных проблемах яичников. Удлиненные менструации значительно увеличивают кровопотерю, и приводят к слабости, головокружению и снижению уровня гемоглобина. Короткие менструации также требуют медицинского внимания, особенно если они сопровождаются другими симптомами, такими как нерегулярный цикл или боль. Женщинам с длительностью менструации более 7 дней рекомендуется обратиться к врачу для исключения органической патологии и назначения необходимого лечения (гормональная терапия, препараты железа). Для тех, у кого длительность менструации менее 3 дней, важно оценить гормональный статус и исключить хронические заболевания.





**Рис. 5. Распределение длительности менструации у респондентов**

Обильные выделения (кровь покрывает прокладку за 1 час или менее) отметили 419 участниц, что составляет 41,9%. Скудные выделения (пятно крови диаметром менее 2,5 см) указали 231 участница (23,1%). Небольшие выделения (пятно крови диаметром до 10 см) характерны для 190 участниц (19,0%). Умеренные выделения (пятно крови диаметром до 15 см) наблюдаются у 160 участниц (16,0%). Результаты показывают, что значительное число женщин (41,9%) сталкиваются с обильными менструальными выделениями. Это состояние может быть связано с: увеличенной кровопотерей, которая является основной причиной железодефицитной анемии, гинекологическими заболеваниями, такими как миома матки, эндометриоз или гиперплазия эндометрия, осложнениями, связанными с репродуктивным здоровьем, включая риск выкидышей. С другой стороны, скудные выделения (23,1%) также требуют внимания, так как могут свидетельствовать о гормональных сбоях, нарушении овуляции или даже патологических состояниях, таких как синдром Ашермана. Умеренные и небольшие выделения (35%) чаще соответствуют норме, если не сопровождаются жалобами или другими патологическими симптомами. Из числа женщин, у которых отмечались ОМК, 39,9% указали на повышенную утомляемость как основной симптом. Это ожидаемо, так как обильные кровотечения могут приводить к значительной потере железа, вызывая анемию, которая сопровождается слабостью, утомляемостью и снижением работоспособности. Другие симптомы, такие как бледность кожных покровов (14,2%) и головокружение (11,9%), также подтверждают анемические состояния у значительной части опрошенных. Выпадение волос (11,6%) может быть дополнительным проявлением дефицита железа и общего истощения организма. Интересно, что 12,2% участниц указали, что у них нет вышеперечисленных симптомов. Это может говорить о том, что не все женщины с обильными кровотечениями испытывают ярко выраженные клинические проявления, либо они находятся на начальных стадиях развития анемии. На вопрос о приёме препаратов железа, мы получили следующие ответы: да, длительно (более 3 месяцев) указали 498 участниц, что составило 49,8%. Да, кратковременно (менее 3 месяцев) отметили 253 участницы (25,3%). Нет — препаратов железа не принимали 249 участниц (24,9%). Почти половина опрошенных (49,8%) длительно принимает препараты железа, что свидетельствует о высокой распространённости железодефицитных состояний среди женщин, участвующих в исследовании. Это может быть связано с обильными менструальными кровотечениями (ОМК), приводящими к хроническим потерям железа. Однако, 24,9% женщин вовсе не принимали препараты железа, несмотря на высокую распространённость симптомов, это свидетельствует о: низкой осведомлённости о необходимости лечения анемии, отсутствии диагностики или обращений к врачам, неверном восприятии значимости железодефицитных



состояний. Результаты показывают, что большинство респонденток (63,6%) осознают важность медицинской помощи при обильных менструальных кровотечениях. Однако, почти 36,4% женщин не обращались к врачу, несмотря на возможные риски для здоровья. Это связано с: недостаточной осведомлённостью о последствиях ОМК (например, анемии и её осложнений), социальными или экономическими барьерами, ограничивающими доступ к медицинской помощи, недооценкой серьёзности симптомов. Среди женщин, обратившихся к врачу, важно отметить, что не всегда корректно диагностируются причины ОМК или, подбирается адекватное лечение. Это требует улучшения взаимодействия пациентов и врачей, а также повышения качества медицинской помощи. Для женщин, не обращавшихся за помощью: проводить образовательные программы о возможных осложнениях ОМК и значении ранней диагностики; обеспечить доступ к консультативным услугам (например, онлайн-консультации). Наши результаты демонстрируют, что у женщин с ОМК гормональная терапия являлась наиболее часто используемым методом лечения (46,9%). Пероральные препараты железа (18,8%) чаще использовались для лечения сопутствующей анемии, вызванной значительной кровопотерей. У 16,2% женщин проводились хирургические вмешательства, такие как, удаление миоматозных узлов, абляция эндометрия, другие оперативные методы, направленные на устранение причин кровотечений. Тревожным является тот факт, что 18,1% участниц не получали никакого лечения, несмотря на наличие симптомов ОМК. Это свидетельствует о недостаточной доступности медицинской помощи или недооценке серьёзности состояния.

При анализе данных из вопроса о приёме препаратов железа, выяснилось, что, почти половина респондентов (49,8%) проходила длительное лечение препаратами железа, что свидетельствует о высокой приверженности терапии в этой группе. 25,3% принимали препараты кратковременно, что может быть связано с недостаточной диагностикой анемии, низкой переносимостью препаратов или отсутствием системного подхода в лечении. 24,9% никогда не принимали препараты железа, что указывает на возможные пробелы в диагностике и осведомлённости женщин о необходимости лечения железодефицитной анемии, особенно на фоне ОМК. На вопрос, используете ли вы методы контрацепции, выявлено, что, более половины респондентов (52,9%) не используют контрацепцию, что может быть связано с недостаточной осведомлённостью или отсутствием необходимости. Среди тех, кто использует контрацепцию, наиболее популярными являются барьерные методы (26,4%) и естественные методы (26,1%). Только 48,4% обсуждают выбор контрацепции с врачом, что подчёркивает необходимость повышения информированности и врачебного сопровождения при выборе метода контрацепции. Почти половина опрошенных (50,9%) не знают о влиянии гормональных контрацептивов на менструальные кровотечения, что подчёркивает необходимость информационных кампаний и консультаций со специалистами для повышения осведомлённости.

Следующая часть нашего анализа касалась вопросов, связанных с осведомлённостью о последствиях и подготовкой к беременности. 513 респондентов (51,3%) планируют беременность, что подчёркивает необходимость качественной прекоцепционной подготовки и информирования о влиянии ОМК, анемии и других факторов на репродуктивное здоровье. 509 респондентов (50,9%) недостаточно осведомлены о значимости микроэлементов, таких как железо, в подготовке к беременности. Это подчёркивает необходимость образовательных мероприятий для улучшения знаний женщин о влиянии дефицитов на здоровье матери и будущего ребенка. 463 респондента (46,3%) сталкивалась с выкидышами, связанными с анемией. Эти данные подчёркивают важность своевременной диагностики и лечения железодефицита для снижения риска неблагоприятных исходов беременности. Большая часть женщин (75,1%) отмечает сложности с зачатием, связанные с анемией, что указывает на значительное влияние этого состояния на репродуктивное здоровье. Это подчёркивает необходимость лечения анемии для улучшения фертильности. Среди тех, кто планирует беременность, 264 респондента (52%) не знают о рисках железодефицитной анемии. Это указывает на необходимость повышения информированности женщин репродуктивного возраста. Сочетание незнания рисков и отсутствия предгравидарной подготовки у 245



респондентов показывает, что осведомленность о значении анемии для здоровья женщины и её потомства требует активной образовательной работы. Лишь четверть респондентов (24,4%) занимаются спортом ежедневно, в то время как 26,3% не занимаются физической активностью вообще. Эти данные подчеркивают необходимость работы с вредными привычками и стимуляции здорового образа жизни среди женщин. Было выявлено, что, у женщин с нормальным ИМТ, занимающихся спортом 2–3 раза в неделю, чаще встречается регулярный цикл (24–38 дней) – 28 случаев. У тех, кто не занимается спортом, преобладает удлинённый цикл (более 38 дней) – 31 случай. У женщин, занимающихся спортом ежедневно, равномерно распределены все варианты длительности цикла, без явного доминирования какого-либо из них. Эти данные подчеркивают, что умеренная физическая активность (2–3 раза в неделю) связана с более частым наличием регулярного цикла. Отсутствие физической активности, напротив, ассоциируется с нарушениями в длительности менструального цикла.

Проведённое исследование подтвердило, что обильные менструальные кровотечения (ОМК) и связанные с ними состояния, такие как железодефицитная анемия (ЖДА), оказывают значительное влияние на репродуктивное и общее здоровье женщин репродуктивного возраста. Анализ данных позволил выделить ключевые аспекты проблемы и определить пути её решения.

### **Заключение.**

Результаты показали, что более половины респонденток (50,9%) не обладают достаточной информацией о роли железа и микроэлементов в поддержании репродуктивного здоровья. Это коррелирует с низким уровнем обращаемости за медицинской помощью: 36% женщин с симптомами ОКМ не консультировались с врачом. Недостаточная диагностика и несвоевременное лечение приводят к усугублению ЖДА, что подтверждается высокой частотой осложнений, таких как выкидыши (46,3%). ОКМ у 41,9% женщин сопровождаются значительными потерями железа, что способствует развитию ЖДА. Хроническая анемия, в свою очередь, связана с выкидышами, задержкой развития эндометрия и снижением фертильности. 75,1% респонденток отмечали сложности с зачатием, связанные с анемией, что подчеркивает роль ЖДА в патогенезе репродуктивных нарушений. Образ жизни респонденток выявил значимые факторы риска: отсутствие физической активности у 26,3% женщин, регулярное курение (49,2%) и употребление алкоголя (33,7%). Эти факторы могут способствовать ухудшению гормонального фона, микроциркуляции в эндометрии и общему снижению репродуктивного потенциала. Основным методом лечения ОКМ у респонденток была гормональная терапия (46,9%), а препараты железа назначались лишь 18,8% женщин. Отсутствие лечения при наличии симптомов отмечено у 18,1% респонденток, что указывает на разрыв между необходимостью лечения и его фактическим выполнением. Осведомлённость о профилактических мерах, направленных на предотвращение ОКМ и ЖДА, остаётся низкой, что требует разработки образовательных программ. Внедрение скрининговых программ для женщин с риском развития ОКМ и ЖДА, включая регулярное определение уровня гемоглобина и ферритина.

ОМК и связанные с ними состояния требуют комплексного подхода, включающего раннюю диагностику, индивидуализированное лечение и профилактику. Осведомлённость женщин, доступность медицинской помощи и внедрение образовательных программ играют ключевую роль в снижении заболеваемости и улучшении качества жизни женщин репродуктивного возраста.



**ЛИТЕРАТУРА**

1. National Institute of Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline. 2018. Last updated: 24 May 2021. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-andmanagement-pdf1837701412549>.
2. Агабабян , Л., Ахмедова, А., Султонова , М., & Омонова, М. (2024). СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 4(1 Part 2), 60–67. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/26291>  
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10567890>
3. Боровкова Людмила Васильевна, Волкова Светлана Александровна, Воронина Ирина Дмитриевна Роль железодефицитной анемии в генезе плацентарной недостаточности (обзор) // Медицинский альманах. 2010. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-zhelezodefitsitnoy-anemii-v-geneze-platsentarnoy-nedostatochnosti-obzor>
4. Короткова Н.А., Прилепская В.Н. Анемия беременных. Принципы современной терапии // МС. 2015. №XX. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anemiya-beremennyh-printsipy-sovremennoy-terapii> (дата обращения: 15.03.2024).
5. Сорокина А. Анемия у беременных // Врач. 2015. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anemiya-u-beremennyh> (дата обращения: 16.02.2024)
6. Ланцет.2019год;393  
[https://www.healthdata.org/results/gbd\\_summaries/2019/anemia-level-1-impairment](https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/anemia-level-1-impairment)
7. Анемия (who.int)
8. Электронный абонемент ЦНМБ (emll.ru)
9. Дворецкий Л.И., Заспа Е.А. Железодефицитные анемии в практике акушера-гинеколога // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 29. – С. 1898. [Dvoreckij LI, Zaspа EA. Zhelezodeficitnyye anemii v praktike akushera-ginekologa. Russkij medicinskij zhurnal. 2008 ;(29):1898. (In Russ.)]
10. Johnson-Wimbley TD, Graham DY. Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. Therap Adv Gastroenterol. 2011;4(3):177-84. doi: 10.1177/1756283X11398736.
11. UNICEF/UNU/WHO. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva: WHO/NHD; 2001. 4. Серов В.Н., Шаповаленко С.А.,
12. National Institute of Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline. 2018. Last updated: 24 May 2021. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-andmanagement-pdf1837701412549>. Accessed: 01.07.2024;
13. Munro MG. Abnormal uterine bleeding: A well-travelled path to iron deficiency and anemia. Int J Gynecol Obstet. 2020; 150(3):275-7. DOI: 10.1002/ijgo. 13180.
14. Da Silva Filho AL, Caetano C, Lahav A, et al. The difficult journey to treatment for women suffering from heavy menstrual bleeding: a multinational survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2021;26(5):390-8. DOI:10.1080/13625187.2021.1925881

