

УДК 616.155-008.6-079.4-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/86/26>

## АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

©Глебова Т. М., Пензенская областная детская клиническая больница  
им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза, Россия, [prozorova-any@mail.ru](mailto:prozorova-any@mail.ru)

### ANEMIC SYNDROME IN CHILDREN IN THE CHILDREN'S REGIONAL HOSPITAL

©Glebova T., Filatov Penza Regional Children's Clinical Hospital,  
Penza, Russia, [prozorova-any@mail.ru](mailto:prozorova-any@mail.ru)

**Аннотация.** Проведено изучение общего анализа крови, определяющего характер анемического синдрома у детей раннего возраста (0–12 лет) и детей (3–6 лет) с инфекционными процессами в инфекционном отделении Пензенской областной детской больницы. В исследовании были выделены 4 группы по показателям крови в возрастной группе 0–12 лет. Изучение показателей общего анализа крови показало, что первую группу нельзя отнести к проявлениям выраженного анемического синдрома. Во второй — нормохромный, нормоцитарный анемический синдром. Третья группа имела проявление анемического нормохромного, нормоцитарного синдрома. У детей в четвертой группе в мазках крови определялся микроцитоз эритроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз и гипохромия. Данные общего анализа крови свидетельствовали о наличии у детей сопутствующего анемического микроцитарного, гипохромного синдрома. А у детей в возрастной группе 3–6 лет, только в 25,8% случаев было установлено проявление анемического синдрома в анализах из 1010 детей. У детей выявленный анемический синдром соответствовал нормохромному, нормоцитарному процессу. На основании полученных данных можно сделать вывод, что дети раннего возраста (0–12 лет) и возраста 3–6 лет, находящиеся на лечении основного заболевания имеют сопутствующие анемические синдромы в большинстве случаев нормохромного, нормоцитарного и в меньшинстве случаев гипохромного, микроцитарного характера.

**Abstract.** The study of a general blood test determining the nature of anemic syndrome in young children (0-12 years old) and children (3-6 years old) with infectious processes in the infectious department of the Penza Regional Children's Hospital was carried out. In the study, 4 groups were identified according to blood parameters in the age group 0-12 years. The study of the indicators of the general blood test showed that the first group cannot be attributed to the manifestations of severe anemia syndrome. In the second – normochromic, normocytic anemia syndrome. The third group had a manifestation of anemic normochromic, normocytic syndrome. In children in the fourth group, microcytosis of erythrocytes, anisocytosis, poikilocytosis and hypochromia were detected in blood smears. The data of the general blood test indicated the presence of concomitant anemia microcytic, hypochromic syndrome in children. And in children in the age group of 3-6 years, only in 25.8% of cases, the manifestation of anemic syndrome was found in the test's of 1010 children. In children, the revealed anemic syndrome corresponded to the normochromic, normocytic process. Based on the data obtained, it can be concluded that young children (0-12 years old) and aged 3-6 years who are being treated for the underlying disease have concomitant anemia syndromes in most cases of normochromic, normocytic and in a minority of cases of hypochromic, microcytic nature.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, дети, анализ крови, гемоглобин, эритроциты.

**Keywords:** iron deficiency anemia, children, blood test, hemoglobin, erythrocytes.

Железодефицитная анемия в детском возрасте часто встречающееся в наше время заболевание. В то же время анемия в большинстве случаев имеет приобретенный характер и протекает в виде клинико-гематологического синдрома, характеризующегося снижением содержания гемоглобина, количества эритроцитов и гематокрита в единице объема крови. [2, 3]. Это наиболее распространенный синдром, 70-80% всех диагностируемых случаев анемии, среди взрослого и детского населения [1].

Цель исследования: проведение ретроспективного изучения общего анализа крови, определяющего характер анемического синдрома у детей раннего возраста и детей с инфекционными процессами в отделении ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова».

Были проанализированы 1682 общих анализов периферической крови из них 672 — это анализ крови детей раннего возраста (0-12 мес.), которые находились на лечении по поводу ЗВУР, заболеваний гемолитической болезнью новорожденных, церебральной ишемией, синдромом дыхательных расстройств, внутриутробных инфекций, пневмонии. И 1010 анализов периферической крови, детей в возрасте 3-6 лет находившихся в стационаре по поводу заболеваний бронхолегочной системы (пневмонии, бронхиты, ларинготрахеиты, ларингиты). Из детей раннего возраста (0-12 лет) по показателям общего анализа крови можно выделить четыре группы.

*Первая группа* состояла из 297 детей, содержание гемоглобина у них было 120-145 г/л., количество эритроцитов  $3,9-4,5 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель 0,92-0,96. По показателям общего анализа крови эту группу нельзя отнести к проявлениям выраженного анемического синдрома. Клиническое состояние у детей продиктовано основным заболеванием.

*Вторая группа* состояла из 291 ребенка (43,3%), содержание гемоглобина у них было 120-160 г/л., количество эритроцитов  $4,0-5,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель — 0,82-0,90.

По общему анализу крови картина соответствует проявлению нормохромного нормоцитарного анемического синдрома, связанного с легкой формой гемолитической болезни новорожденных, когда непрямого билирубин у детей был высоким и не превышал 40 мкмоль/л. В 5 случаях за 2021 г определена тяжелая форма гематологической болезни, требующая заменного переливания крови. Показатели непрямого билирубина у детей было 160-280 мкмоль/л.

*Третья группа* состояла из 378 (56,2%) детей. Содержание гемоглобина у них колебалось от 100 г/л до 125 г/л, количество эритроцитов  $3,2-3,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель 0,93-0,98. Это самая многочисленная группа больных детей по общему анализу крови имела проявление анемического нормохромного, нормоцитарного синдрома. У этих детей отмечался повышенный лейкоцитоз (от 15,0 до 20,0 тыс.) и повышенное СОЭ (20-34 мм/час). Клиническое состояние определялось основным заболеванием ребенка.

Четвертую группу составило 3 (0,4%) ребенка из общего количества обследованных детей, у которых гемоглобин был 86-70 г/л, количество эритроцитов  $3,5-4,2 \times 10^{12}$  /л, а цветовой показатель 0,73-0,52.

В мазках крови этих детей определялся микроцитоз эритроцитов (4,5-6 микрон), анизацитоз, пойкилоцитоз и гипохромия. Данные общего анализа крови свидетельствовали о наличии у детей сопутствующего анемического микроцитарного, гипохромного синдрома.

Из 1010 анализов детей инфекционных отделений в возрасте 3–6 лет, было установлено проявление анемического синдрома в анализах 261 ребенка (25,8%). У этих детей содержание гемоглобина составляло 100–110 г/л, количество эритроцитов  $3,4\text{--}3,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель 0,88–0,86, что соответствовало нормохромному, нормоцитарному анемическому процессу. Это подтверждалось изучением мазков периферической крови, в которых определялись нормоцитоз и нормохромия эритроцитов.

Только у 2 детей в этой группе исследований содержание гемоглобина составляло 68–75 г/л, количество эритроцитов  $3,2\text{--}3,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель 0,63–0,6. Кривая Прайса-Джонса отмечала микроцитоз (4,5 микрон), в мазках анизоцитоз, гипохромия. Это соответствовало анемическому микроцитарному, гипохромному синдрому, проявляющемуся при железодефицитных состояниях.

Таким образом, можно сделать вывод, что дети раннего возраста (0–12 лет) и возраста 3–6 лет, находящиеся на лечении основного заболевания имеют сопутствующие анемические синдромы в большинстве случаев нормохромного, нормоцитарного и в меньшинстве случаев гипохромного, микроцитарного характера.

#### *Список литературы:*

1. Гуцуляк С. А. Железодефицитная анемия у детей. Иркутск: ИГМУ, 2020. 55 с.
2. Захарова И. Н., Горайнова А. Н., Мачнева Е. Б., Дмитриева Ю. А., Мозжухина М. В. Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12. №2. С. 52–58.
3. Малова Н. Е. Клинико-патогенетические основы дифференцированной терапии и профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста: автореф. ... канд. мед. наук. М., 2003. 25 с.

#### *References:*

1. Gutsulyak, S. A. (2020). Zhelezodefitsitnaya anemiya u detei. Irkutsk. (in Russian).
2. Zakharova, I. N., Goryainova, A. N., Machneva, E. B., Dmitrieva, Yu. A., & Mozhukhina, M. V. (2013). Defitsit zheleza u detei rannego vozrasta i sposoby ego korrektsii. *Voprosy sovremennoi pediatrii*, 12(2), 52–58. (in Russian).
3. Malova, N. E. (2003). Kliniko-patogeneticheskie osnovy differentsirovannoi terapii i profilaktiki zhelezodefitsitnoi anemii u detei rannego vozrasta: avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow. (in Russian).

*Работа поступила  
в редакцию 18.12.2022 г.*

*Принята к публикации  
24.12.2022 г.*

#### *Ссылка для цитирования:*

Глебова Т. М. Анемический синдром у детей в условиях детской областной больницы // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 9. №1. С. 197–199. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/86/26>

#### *Cite as (APA):*

Glebova, T. (2022). Anemic Syndrome in Children in the Children's Regional Hospital. *Bulletin of Science and Practice*, 9(1), 197–199. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/86/26>