

колебаться от 20-30 до 110 г/л в зависимости от дефицита железа. Содержание эритроцитов может быть нормальным или сниженным до  $(1,5-2) \times 10^{12}/л$ . Снижается цветовой показатель, что свидетельствует об уменьшении средней концентрации гемоглобина в эритроците.

Часто лаборатория неверно определяет цветовой показатель, что связано, прежде всего, с неправильным подсчетом эритроцитов. Для определения гемоглобина, особенно у больных с анемией, нужно использовать цианметгемоглобиновый метод, для определения содержания эритроцитов - камерный подсчет или определение эритроцитов на приборах, регистрирующих прохождение через пункт подсчета одного эритроцита (целлоскоп или подобный ему прибор).

Кроме гипохромий, железодефицитная анемия вызывает анизоцитоз эритроцитов (со склонностью к микроцитозу) и пойкилоцитоз. При железодефицитной анемии уменьшено содержание не только гемоглобина, но и эритроцитов вследствие снижения пролиферативной активности ядерных эритроидных элементов и усиления неэффективного эритропоэза. Кроме того, имеются данные о некотором укорочении продолжительности жизни эритроцитов. Тем не менее, главным в патогенезе анемии остается нарушение образования гемоглобина.

Содержание ретикулоцитов может быть в пределах нормы (до 2%), но иногда несколько повышено (когда больные получали до исследования, препараты железа или при значительном кровотечении). Содержание лейкоцитов имеет тенденцию к снижению, чаще всего в результате умеренного снижения количества нейтрофилов.

В *костном мозге* существенных патологических признаков выявить не удается. Клеточность костного мозга, как правило, нормальная. В гистологическом препарате соотношение кровяного костного мозга и жира не изменено. Характерной особенностью является снижение количества сидеробластов - *эритрокариоцитов*, содержащих гранулы железа, поэтому исследование сидеробластов костного мозга помогает в диагностически трудных случаях.

Среди *биохимических маркеров* железодефицитных анемий наиболее широко используется определение *сывороточного железа*. Нормальное содержание железа в сыворотке крови колеблется от 12,5 до 30,4 мкмоль/л, а при выраженной железодефицитной анемии снижается до 1,8-5,4 мкмоль/л.

Кроме исследования сывороточного железа, для изучения запасов железа принято определять *железосвязывающую способность сыворотки крови* (количество железа, которое может связываться с трансферрином). В норме общая железосвязывающая способность сыворотки колеблется от 30,6 до