

кровотечения используют все средства патогенетической терапии. Кровопотеря в пределах 10-15% исходного объема циркулирующей крови не требует трансфузионной терапии, а потеря даже 25% объема циркулирующей крови требует лишь небольшой коррекции. Инфузионно-трансфузионная терапия показана в основном больным с кровопотерей более 25% ОЦК. Для заместительной терапии используют полиглюкин, а для улучшения микроциркуляции вводят реополиглюкин, желатиноль, альбумин. Только после восстановления кровообращения посредством гемодилюции следует использовать эритроцитную массу. Необходимо помнить также о коррекции белков плазмы, для чего используют альбумин или протеин. Переливание цельной крови, как правило, нецелесообразно; не следует также прибегать к прямым переливаниям крови.

4. Железодефицитные анемии

Железодефицитные анемии - широко распространенная патология, при которой снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате этого нарушается образование гемоглобина, а в дальнейшем и эритроцитов, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства. До развития малокровия у больных наблюдаются признаки тканевого дефицита железа - латентный дефицит железа.

Этиология. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии являются длительные, постоянные незначительные кровопотери, при которых организм теряет больше железа, чем получает его из пищи. Физиологическое всасывание железа из пищи ограничено. Обычно человек получает с пищей в течение суток 12-18 мг железа, из которых может всасываться лишь 1-1,5 мг. При повышенной потребности организма в железе из пищи может всосаться максимум 2-2,5 мг. Следовательно, дефицит железа развивается тогда, когда организм теряет его более 2 мг/сут.

Физиологические потери железа у мужчин с мочой, калом, потом, слущивающимся эпителием кожи не превышают 1 мг, поэтому при нормальном содержании железа в пище, обычном питании и нормальном кишечном всасывании и без кровопотерь у мужчин не должен развиваться дефицит железа. У женщин к тем расходам, что и у мужчин, прибавляются потери железа с кровью во время менструаций, беременности, родов, лактации. В связи с этим у женщин очень часто потребности в железе превышают его всасывание из пищи. Это и становится наиболее частой причиной железодефицитных анемий.

Большое значение в патогенезе железодефицитных анемий у женщин имеют беременности. Одна беременность и лактация без предшествующего