

RAUAVAEGUS- ANEEMIA

Raud on hemoglobiini tähtis koostisosa. Hemoglobiin transpordib organismis hapnikku. Raua allikateks on toit ja vereringes olev raud, mis vabaneb punavererakkude lagunemisel. Aneemia areneb aeglaselt, kuna esmalt kasutatakse luuüdis hemoglobiini tootmiseks ära organismi enda rauavarud.

Rauavaegusaneemia on raua puudusest tingitud aneemia ning kõige sagedasem aneemia liik, mille all kannatavad ligikaudu 20% naistest, 50% rasedatest ja 3% meestest. Rauavaegusaneemia esinemissagedus maailmas on 2 juhtu 1000 elaniku kohta aastas.

Aneemia peamiseks tekkepõhjusteks peetakse raua puudust toidus, raua puudulikku imendumist seedetraktist ja raua kadu verejooksude korral. Reeglina on naiste rauavarud väiksemad kui meestel, lisaks on naistel suureks riskifaktoriks raua kadu menstruaalverejooksudega. Meestel ja postmenopausis olevatel naistel on sagedasemaks rauapuuduse põhjuseks seedetrakti verejooks nt seedetrakti haavandi tõttu, mittesteroidsete põletikuvastaste preparaatide (aspiriin) kasutamine, jämesoole kasvaja, emakakasvaja, doonorlus.

Riskifaktorid

Haigestumise risk on suurem:

- fertiilses eas naistel raua kadu seoses menstruaalverejooksudega;
- rasedatel ja imetavatel naistel suurenenud rauavajaduse tõttu;
- kiires kasvueas olevatel imikutel, lastel ja noorukitel;
- lihatoitude vähesuse korral igapäevases menüüs. Taimetoitlastel areneb rauavaegusaneemia välja aeglaselt aastate jooksul.

Sümptomid:

- kahvatus;
- väsimus, kergesti ärrituvus;
- õhupuudustunne;
- madal vererõhk;
- valulik keel, lõhed suunurkades;
- söögiisu vähenemine või puudumine;
- peavalu otsmiku piirkonnas;
- haprad murduvad küüned;
- isu ebatavaliste asjade järele (kriit, tsement, jää, ajaleht, tikud jmt).

Rauavaegusaneemia vältimine

Soovitav on tasakaalustatud toitumine ning piisav liha, munade ja maksa tarbimine. Rauarikkad toidained on rosinad, maks, sea- ja veiseliha, linnuliha, kala, munad, oad, teraviljaleib jmt. Mõningad teraviljatooted, jahu ja leib on juba eelnevalt rikastatud rauaga. Raseduse ja imetamisperioodil on suurenenud rauavajaduse tõttu soovitat kasutada suukaudseid rauapreparaate.

Uuringud

Vereanalüüsiga tehakse kindlaks ohutegurid:

- madal hemoglobiin ja hematokrit;
- madalad punavereindeksid;
- madal ferritiini sisaldus seerumis;
- madal transferriini saturatsioon;
- suurenenud rauasidumisvõime;
- suurenenud transferriini lahustuvate retseptorite kontsentratsioon seerumis;
- peitveri väljaheites.

Ravi

Rauavaegusaneemia ravi esimeseks etapiks on raua defitsiidi tekkimise põhjuse likvideerimine. Enamasti ainult dieedi korrigeerimisest ei piisa, vajalik on rauaasendusravi suukaudsete rauapreparaatidega.

Rauapreparaate võtke enne sööki tühja kõhuga, kuigi see on sageli võimatu, kuna rauapreparaatide sagedasemaks kõrvaltoimeks on seedetrakti ärritusnähud.

Piima ja/ või maosisalduse happesust vähendavate ravimite ehk antatsiidide kasutamine samaaegselt rauapreparaatidega vähendab raua imendumist. C-vitamiin soodustab raua imendumist.

Raseduse ja imetamisperioodil on rauaasendus näidustatud, kuna toidust saadava raua hulk ei kata organismi rauavajadust.

Hematokriti näitaja peaks raviga normaliseeruma kahe kuuga, kuid ravi peab jätkuma 4–6 kuud, et täita peamiselt luuüdis asuvad organismi rauavarud.

Veenisisene raua manustamine on näidustatud vaid suukaudse raua talumatuse korral.

Tüsistused

Tüsistused on peamiselt seotud rauapreparaatide tarvitamisest põhjustatud seedetrakti ärritusnähtudega.

Koostanud:
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
J. Sütiste tee 19
13419 Tallinn
infotelefon 617 1300
www.regionaalhaigla.ee

Patsiendiõpetuse on kooskõlastanud Põhja-Eesti Regionaalhaigla
verekeskuse vanemarst Gulara Khanirzayeva (2020)



Железо – важная составная часть гемоглобина. Гемоглобин осуществляет транспорт кислорода в организме. Источниками железа являются пища и имеющееся в кровообращении железо, которое высвобождается при разрушении красных клеток крови (эритроцитов). Железодефицитная анемия развивается медленно, поскольку для выработки в костном мозге гемоглобина организм сначала использует свои запасы железа.

Железодефицитная анемия – это анемия, обусловленная дефицитом железа, которая является наиболее часто встречающимся видом анемии, которым страдают около 20% женщин, 50% беременных и 3% мужчин.

Главной причиной анемии считается недостаток железа в пище, недостаточность всасывания железа в желудочно-кишечном тракте и потери железа при кровотечениях. Как правило, у женщин запасы железа меньше, чем у мужчин, вдобавок у женщин существенным фактором риска является потеря железа во время менструальных кровотечений. У мужчин и у женщин в менопаузе наиболее частой причиной дефицита железа являются желудочно-кишечные кровотечения, например, при язвах в пищеварительном тракте, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин), опухоль в толстом кишечнике, опухоль матки, донорство крови.

Факторы риска

Риск заболевания повышен:

- у женщин детородного возраста в связи с потерей железа с менструальными кровотечениями;
- у беременных и кормящих грудью женщин в связи с повышенной потребностью в железе;

- у быстро растущих младенцев, детей и подростков;
- при недостатке в повседневном меню мясных продуктов; у вегетарианцев с годами медленно развивается железодефицитная анемия.

Симптомы:

- бледность;
- усталость, раздражительность;
- ощущение нехватки воздуха;
- низкое артериальное давление;
- болезненность языка, трещины в уголках рта;
- снижение или отсутствие аппетита;
- головная боль в области лба;
- хрупкие волосы;
- хрупкие и ломкие ногти;
- появление необычных гастрономических пристрастий (поедание мела, цемента, льда и пр.).

Профилактика железодефицитной анемии

Рекомендуется сбалансированное питание и употребление в достаточных количествах мяса, яиц и печени. Богатые железом продукты: изюм, печень, свинина и говядина, мясо птицы, рыба, яйца, фасоль, цельнозерновой хлеб и т.д. Некоторые цельнозерновые продукты, мука и хлеб уже заранее обогащены железом. В период беременности и кормления грудью в связи с повышенной потребностью в железе рекомендуется принимать пероральные препараты железа.

Исследования

С помощью анализа крови выявляются факторы риска:

- низкий гемоглобин и гематокрит;
- низкие индексы красной крови;
- низкое содержание ферритина в сыворотке;
- низкая сатурация трансферрина;
- повышенная железо-связывающая способность;
- повышенная концентрация растворимых рецепторов трансферрина в сыворотке;
- скрытая кровь в кале.

Лечение

Первым этапом лечения железодефицитной анемии является ликвидация причины возникновения дефицита железа. В большинстве случаев одной коррекции диеты не достаточно, необходима заместительная терапия пероральными препаратами железа.

Препараты железа следует принимать до еды натощак, хотя зачастую это невозможно, поскольку наиболее частым побочным действием препаратов железа являются признаки раздражения желудочно-кишечного тракта.

Одновременный с препаратами железа прием молока, кофе, чая и/или антацидов (лекарств, снижающих желудочную кислотность) уменьшает всасывание железа. Витамин С способствует всасыванию железа.

В период беременности и кормления грудью заместительная терапия железом показана, поскольку количество железа, получаемого с пищей, не покрывает потребности организма в железе.

Показатель железа при лечении должен нормализоваться в течение двух месяцев, однако лечение следует продолжать 4–6 месяцев, чтобы пополнить запасы железа организма, которые преимущественно находятся в костном мозге.

Внутривенное введение препаратов железа показано лишь в случае непереносимости пероральных препаратов железа.

Осложнения

Осложнения, в основном, связаны с обусловленными приемом препаратов железа признаками раздражения желудочно-кишечного тракта.

Составлено:
Северо-Эстонская региональная больница
ул. Ю. Сютисте теэ, 19
13419 Таллинн
www.regionaalhaigla.ee

Информационный лист согласован со старшим врачом центра крови Северо-Эстонской Региональной больницы доктором Гуларой Кханирзаевой (2020).