

Tytuł: Żelazo: co każdy praktykujący lekarz powinien wiedzieć w 2013 r. / Iron - the latest 2013 update for the practitioner.

Słowa kluczowe: CIĄŻA NIEDOKRWISTOŚĆ NIEDOKRWISTOŚĆ ZWIĄZANA Z NIEDOBOREM ŻELAZA NIEMOWLĘTA ŻELAZO ŻELAZA

Keywords: ANEMIA ANEMIA ASSOCIATED WITH IRON DEFICIENCY INFANTS IRON PREGNANCY IRON DEFICIENCY

Autorzy:

dr Carlos Lifschitz - Pediatric Gastroenterologist, Former Associate Prof. at Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA. Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentyna

Streszczenie:

Niedobór żelaza jest jednym z najczęściej spotykanych problemów żywieniowych w krajach rozwiniętych. Chociaż suplementacja żelaza koryguje poziom tego pierwiastka w organizmie i znosi związane z jego niedoborem objawy, najnowsze dane wskazują, że skutki zbyt niskiej podaży żelaza w dzieciństwie wydają się o wiele trwalsze i poważniejsze, niż do tej pory sądzono. Jak wiadomo, pierwiastek ten występuje w wielu produktach żywnościowych, jednak zrozumienie jego metabolizmu w ostatnim czasie wyraźnie wzrosło. Pomimo dobrej biodostępności żelaza w mleku matki, niemowlęta karmione piersią wymagają suplementacji żelaza po osiągnięciu wieku 6 miesięcy. Podobnie jest z niemowlętami karmionymi mieszankami mlekozastępczymi po zaprzestaniu ich podawania. Chociaż żelazo występuje w wielu produktach spożywczych, jego biodostępność nie jest wystarczająca. Jednakże po wniknięciu dotkanek pierwiastek ten jest trudny do wydalenia z organizmu. W przypadku braku utraty żelaza podczas krwawień, homeostaza żelaza pozostaje zależna od stopnia jego absorpcji, która regulowana jest dzięki aktywności hepcydyny. Nadmiar żelaza może również prowadzić do problemów, w szczególności w krajach rozwijających się. W stanach zapalnych poziom żelaza w surowicy krwi może być zbyt niski, podczas gdy jego ogólna obecność w organizmie pozostaje na normalnym poziomie. W przypadku stwierdzenia potrzeby suplementacji żelaza należy brać pod uwagę kilka kluczowych aspektów, które charakteryzują dostępne preparaty, a w szczególności biodostępność i występowanie działań niepożądanych. Skutki uboczne, takie jak przebarwienia zębów, ból brzucha, ciemne stolce są częstym powodem przerywania dodatkowej podaży żelaza. Z uwagi na powyższe, najodpowiedniejszą formą suplementacji żelaza jest stosowanie preparatów o dobrej biodostępności i tolerancji przez układ pokarmowy.

Abstract:

Iron deficiency is the most common nutritional deficiency in the developed world. Although iron supplementation corrects iron levels and evidence of anemia in iron deficiency anemia, recent information indicates that the consequences of iron deficiency in infancy seem to be much more long lasting and profound than previously thought. Although iron is present in many food items,

our understanding of iron metabolism has increased tremendously. Despite good bioavailability of iron present in breast milk, breastfed infants require iron supplementation after 6 months of age. So does the formula fed infant after formula is discontinued. Although iron is present in many food items, its bioavailability is not good. However, once that iron enters the body, there is no way for it to be excreted. Therefore, in the absence of iron loss through bleeding, iron homeostasis depends on absorption that is regulated by hepcidin. Iron excess can also lead to problems, particularly in developing countries. In inflammatory stages serum iron may be low but body stores may be appropriate. Whenever iron supplements are needed, several aspects need to be considered but mainly, bioavailability and side effects. Side effects such as coloration of teeth, abdominal discomfort, dark stools are a common reason why people discontinue iron therapy. An appropriate form of iron supplementation with good bioavailability and at the same time being well tolerated by the gastrointestinal tract is ideal.