



Niniejszy dokument stanowi nieautoryzowane tłumaczenie niewielkiego fragmentu oryginalnego dokumentu

UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy, British Committee for Standards
in Haematology, 2011

Wytyczne brytyjskie dotyczące zapobiegania niedoborom żelaza w ciąży, 2011

[British Committee for Standards in Haematology: UK guidelines on
the management of iron deficiency in pregnancy, 2011](#)

S. Pavord, B. Myers, S. Robinson, S. Allard, J. Strong, C.
Oppenheimer

Niedobór żelaza dotyczy około 2 miliardów ludzi na całym świecie. Chociaż jest to zjawisko szczególnie rozpowszechnione w krajach mniej rozwiniętych, pozostaje także znaczącym problemem w krajach rozwiniętych, nawet jeśli inne formy niedożywienia zostały uprzednio wyeliminowane. Efektywne postępowanie z niedoborem żelaza u matek jest potrzebne, by zapobiec niekorzystnym objawom i powikłaniom w czasie ciąży.

Główne zalecenia dotyczące suplementacji żelaza:

- Niedokrwistość (anemia) jest definiowana w pierwszym trymestrze ciąży, gdy $Hb < 110$ g/l, w drugim trymestrze ciąży, gdy $Hb < 105$ g/l oraz w okresie poporodowym, gdy $Hb < 100$ g/l.
- Wszystkie kobiety powinny być poinformowane o odpowiedniej diecie, która pozwala zmaksymalizować spożycie i wchłanianie żelaza.
- Kobiety ze stwierdzoną hemoglobinopatią powinny dokonywać pomiaru stężenia ferrytyny w surowicy krwi oraz przyjmować doustną suplementację, jeśli ich poziom ferrytyny jest < 30 μ g/l.
- Kobiety narażone na zwiększone ryzyko niedoboru żelaza powinny dokonywać pomiaru stężenia ferrytyny w surowicy krwi na początku ciąży oraz stosować doustną suplementację jeśli stężenie ferrytyny jest < 30 μ g/l.
- Kobietom ze stwierdzoną niedokrwistością z niedoboru żelaza należy podawać 100-200 mg żelaza dziennie. Dodatkowo, powinny być poinformowane o konieczności prawidłowego sposobu podawania tego pierwiastka w celu zoptymalizowania jego wchłaniania. Żelazo powinno być podawane na czczo, 1 godzinę przed posiłkiem, razem ze źródłem witaminy C (kwasem askorbinowym), przykładowo z sokiem pomarańczowym w celu zmaksymalizowania absorpcji. Nie należy jednocześnie stosować innych leków, w tym leków zobojętniających treść żołądkową.
- Skierowanie do specjalistycznej opieki należy rozważyć, gdy istnieją znaczące objawy i/lub ciężka niedokrwistość ($Hb < 70$ g/l) lub późna ciąża (> 34 tygodni) lub w przypadku braku odpowiedzi na doustną suplementację żelaza.
- W momencie odczuwania dyskomfortu i bólu w nadbrzuszu należy rozważyć stosowanie preparatów o niskiej zawartości żelaza. Należy także unikać dojelitowej formy podawania żelaza.



Niniejszy dokument stanowi nieautoryzowane tłumaczenie niewielkiego fragmentu oryginalnego dokumentu

UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy, British Committee for Standards in Haematology, 2011

- Po uzyskaniu normalnej wartości stężenia Hb w organizmie należy kontynuować suplementację żelaza przez 3 miesiące oraz co najmniej do 6 tygodni po porodzie w celu uzupełnienia zapasów żelaza.
- Kobiety z niedoborem żelaza, ale z brakiem potwierdzonej anemii powinny otrzymywać 65 mg żelaza pierwiastkowego dziennie z koniecznością wykonania pomiaru stężenia Hb oraz stężenia ferrytyny po 8 tygodniach.
- Kobietom z Hb<100 g/l w okresie poporodowym należy podawać 100-200 mg żelaza przez 3 miesiące.
- Suplementacja pozajelitowa żelaza powinna być rozważana od drugiego trymestru ciąży oraz w okresie poporodowym u kobiet z potwierdzonym niedoborem żelaza, u których wykazano brak tolerancji na doustną suplementację żelaza.