

obecně nedoporučuje pro nízkou účinnost a častější gastrointestinální nežádoucí účinky (7).

Chronické onemocnění ledvin

Anémie je častou komplikací chronického onemocnění ledvin (CKD – chronic kidney disease), zejména při poklesu GFR pod 30 ml/min/1,73 m². Deficit železa se podílí přibližně na polovině případů a často se kombinuje se sníženou produkcí erythropoetinu a chronickým zánětem. Absolutní deficit je definován TSAT ≤ 20 % při feritinu ≤ 100 µg/l u predialyzačních a peritoneálně dialyzovaných pacientů, resp. ≤ 200 µg/l u hemodialyzovaných nemocných. U predialyzačních pacientů lze zahájit perorální substituci, avšak při nedostatečné odpovědi nebo u dialyzovaných nemocných je preferována intravenózní léčba, často v kombinaci s erythropoézu stimulujícími látkami (7).

Idiopatické střevní záněty

Deficit železa se vyskytuje přibližně u třetiny pacientů s aktivním IBD (irritable bowel disease). Při zánětu mohou hodnoty feritinu až do 100 µg/l odpovídat deficitu železa, proto je nutné hodnotit i saturaci transferinu. Perorální substituce by neměla překročit 100 mg

elementárního železa denně a její účinnost může být snížena aktivním zánětem nebo poškozením tenkého střeva. Intravenózní léčba je indikována při intoleranci perorální terapie a u středně těžké až těžké anémii (Hb < 100 g/l). Zásadní je současná optimalizace léčby základního onemocnění (7).

Závěr

Anémie z nedostatku železa představuje nejčastější formu anémie a její úspěšná léčba vyžaduje nejen substituci železa, ale především identifikaci a odstranění vyvolávající příčiny. Perorální preparáty zůstávají léčbou první volby u většiny klinicky stabilních pacientů a při adekvátní odpovědi umožňují bezpečné doplnění zásob železa. Klíčovým momentem je zhodnocení laboratorní odpovědi během prvních týdnů terapie a posouzení tolerance léčby. Intravenózní substituce je indikována při intoleranci perorálních preparátů, poruše absorpce, nedostatečné odpovědi nebo potřebě rychlé korekce anémie. Transfuzní léčba má své místo pouze u hemodynamicky nestabilních nebo výrazně symptomatických pacientů a nenahrazuje následnou suplementaci železem. Individualizovaný přístup s pravidelnou monitorací umožňuje optimalizovat terapii a minimalizovat riziko recidivy sideropenie.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Česká hematologická společnost ČLS JEP. Anémie z nedostatku železa – doporučený postup [Internet]. Česká hematologická společnost ČLS JEP; 2023 [cited 2026 Feb 21]. Available from: https://www.hematology.cz/wp-content/uploads/2023/03/25-Anemie_z_nedostatku_zeleza-verze-01-2023.pdf
2. Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med*. 2015;372(19):1832-1843.
3. Jelínková I. Léčba sideropenické anémie v ordinaci praktického lékaře. *Med Praxi*. 2021;18(4):274-276.
4. Sobotková M. Anémie z nedostatku železa v klinické praxi. *Practicus*. 2025;4:13-17.
5. Vašátko M, Pešinová V, Malíčková K, et al. Hemové železo v substituci sideropenie a sideropenní anémie u pacientů s IBD. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;74(4):361-365.
6. Auerbach M, DeLoughery TG. Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia in adults [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://www.uptodate.com>
7. Snook J, Bhala N, Beales ILP, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. *Gut*. 2021;70(11):2030-2051.
8. Fletcher A, Forbes A, Svenson N, et al. Guideline for the laboratory diagnosis of iron deficiency in adults, excluding pregnancy, and children. *Br J Haematol*. 2022;196(3):457-588.
9. Punnonen K, Irlja K, Rajamäki A. Serum transferrin receptor and its ratio to serum ferritin in the diagnosis of iron deficiency. *Blood*. 1997;89(3):1052-1057.
10. Thomas C, Thomas L. Biochemical markers and hematologic indices in the diagnosis of functional iron deficiency. *Clin Chem*. 2002;48(7):1066-1076.
11. Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease. *N Engl J Med*. 2005;352(10):1011-1023.
12. Thomas DW, Hincliffe RF, Briggs C, et al. Guideline for the laboratory diagnosis of functional iron deficiency. *Br J Haematol*. 2013;161(5):639-648.
13. Maňák J, Bureš J. Karboxymaltóza železa – vysoce efektivní a bezpečná léčba nedostatku železa. *Čes Slov Gastroenterol Hepatol*. 2014;68(1):32-36.
14. Langstaff RJ, Geisser P, Heil WG, et al. Treatment of iron-deficiency anaemia: a lower incidence of adverse effects with Ferrum Hausmann than ferrous sulphate. *Br J Clin Res*. 1993;4:191-198.
15. Santiago P. Ferrous versus ferric oral iron formulations for the treatment of iron deficiency: a clinical overview. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:846824.
16. Zajícová M. Farmaceutická péče u pacientů se substitucí železa při anémii. *Farm Praxi*. 2012;8(5):225-226.
17. Malesza JJ, Bartkowiak-Wieczorek J, Winkler-Galicki J, et al. The dark side of iron: the relationship between iron, inflammation and gut microbiota in selected diseases associated with iron deficiency anaemia – a narrative review. *Nutrients*. 2022;14(17):3478.
18. Stoffel NU, Cercamondi CI, Brittenham G, et al. Iron absorption from oral iron supplements given on consecutive versus alternate days and as single morning doses versus twice-daily split dosing in iron-depleted women: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet Haematol*. 2017;4(11):e524-e533.
19. Auerbach M, Adamson JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. *Am J Hematol*. 2016;91(1):31-38.
20. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. *J Intern Med*. 2020;287(2):153-170.
21. Pantopoulos K. Oral iron supplementation: new formulations, old questions. *Hematologica*. 2024;109(9):2790-2801.
22. Lo JO, Benson AE, Martens KL, et al. The role of oral iron in the treatment of adults with iron deficiency. *Eur J Haematol*. 2023;110(2):123-130.
23. Dignass AU, Gasche C, Bettenworth D, et al. European consensus on the diagnosis and management of iron deficiency and anaemia in inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*. 2015;9(3):211-222.
24. Zafarová Z. Klinické výhody suplementace hemovým železem. *Med Praxi*. 2025;22(2):147-150.
25. Havlová E. Deficit železa v ambulanci praktického lékaře [Internet]. EUNi; 2025 [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://www.euni.cz/lecture/9712-deficit-zeleza-v-ambulanci-praktickeho-lekare>