

# תוספי תזונה והרגלים בהיריון

## נכתב על ידי:

ד"ר מאיה פרנק וולף  
פרופ' אריאל מני  
פרופ' טל בירון-שנטל  
פרופ' יואב יינן  
פרופ' משנה קליני זהר נחום  
ד"ר חן סלע  
פרופ' משנה קליני עדו שולט  
פרופ' אייל שיינר

## בשם:

החברה לרפואת האם והעובר  
החברה לרפואת נשים בקהילה  
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

נייר עמדה מספר 29  
מהדורה שניה

יולי 2019

המכון לאיכות  
ברפואה



### **צוות עדכון נייר העמדה (2018):**

ד"ר מאיה פרנק וולף, פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב יינן, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר. החברה לרפואת האם והעובר

### **מהדורה ראשונה מ-2012**

בשיתוף החברה לרפואת האם והעובר והחברה לרפואת נשים בקהילה. חברי הוועד לרפואת האם והעובר: פרופ' יריב יוגב - יו"ר, ד"ר מיכל קובו, ד"ר סורינה גריסרו, ד"ר יואב יינן, פרופ' אייל שיינר, פרופ' משנה עדו שולט, ד"ר זהר נחום. חברי ועד החברה לרפואת נשים בקהילה: ד"ר נגה פורת - יו"ר ד"ר רובי אמסטר, ד"ר אידה אמודאי, פרופ' שמואל לוריא, ד"ר משה רויבורט, ד"ר אדוארדו שכטר, ד"ר יוחנן שמעוני.

**במקום שהוא קיים, דירוג ה-EBM יופיע בצבע ירוק**

### **אושר במועצת האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה ב- 4.7.2018**

## ברזל בהיריון

### [Level II]

במהלך ההיריון וההנקה נדרשת צריכת ברזל מוגברת. מרבית הנשים, אינן יכולות למלא צורך זה ע"י תזונה בלבד. חסר בברזל עלול להוביל לאנמיה אימהית העלולה לגרום לסיבוכי היריון כמו לידות מוקדמות והאטה בצמיחה התוך-רחמית.

מומלץ על מתן יומי של Elemental Iron במינון יומי של 30 מ"ג לכל הרה החל מהשליש הראשון להיריון כדי למנוע אנמיה [3].

30 mg of elemental iron שווה ערך ל-

- 150 mg ferrous sulfate heptahydrate
- 90 mg ferrous fumarate,
- 250 mg ferrous gluconate [3].

ניתן להמליץ על תוספת ברזל על פי רמת הפריטין. כאשר רמות הפריטין מעל 70 מיקרוגרם לליטר, אין צורך בתוספת ברזל. כאשר הרמות בין 30 ל-70 מיקרוגרם לליטר מומלץ ליטול 30-40 מ"ג ברזל ליום וכשהפריטין נמוך מ-30 מיקרוגרם לליטר, מומלץ ליטול מינון יומי של 80-100 מ"ג ברזל ליום [4].

מומלץ ליטול את תכשירי הברזל עם כוס מים מלאה, שעה לפני או אחרי מוצרי חלב, קפאין או ביצים. מומלץ ליטול עם מיץ הדורים או עם ויטמין C כדי להגביר את הספיגה.

לתזונה האימהית במהלך ההיריון יש השפעה קצרת טווח וארוכת טווח על מצבי בריאות וחולי בהרה עצמה וגם אצל העובר היילוד והבוגר. למרות מחקרים רבים בתחום זה, עדיין קיימות שאלות שאינן פתורות. מרבית המחקרים בתחום, הינם מחקרי עוצבה רטרוספקטיביים עם ערפלנים רבים המשפיעים על איכות המידע ועל טיב ההמלצות הנגזרות ממנו.

המטרה של נייר העמדה, להבהיר את עמדת האיגוד באשר לחלק מהמרכיבים בנושא התזונה וההרגלים בהיריון.

## עליה במשקל בהיריון

### [Level II]

משקל תקין לפני הכניסה להיריון ועליה מותאמת במשקל במהלך ההיריון, מפחיתים את הסיכון לסיבוכי היריון כמו יתר לחץ-דם, סוכרת ולידה מוקדמת וכן מפחיתים את הסיכון ללידה בניתוח קיסרי.

תוספת המשקל המומלצת במהלך השליש הראשון להיריון: 0.5-2 ק"ג.

## ויטמינים לנשים בהיריון

תוספת ויטמינים לנשים בהיריון (Multivitamin) מומלצת ע"י מרבית ארגוני הבריאות, בעיקר לנשים בסיכון מוגבר: הריונות מרובי עוברים, צמחונית, מעשנות כבדות, הרות בגיל ההתבגרות, הרות עם אי-סבילות ללקטוז. [Level III]

תוספת המשקל המומלצת בהיריון עם עובר יחיד בהתאם ל-BMI בתחילת ההיריון: [1,2]

תוספת המשקל לשבוע בשליש שני ושלישי להיריון	תוספת משקל בכל ההיריון בק"ג	BMI בתחילת ההיריון
0.51	12.5-18	תת משקל $BMI < 18.5$
0.42	11.5-16	משקל תקין $18.5 \leq BMI < 24.9$
0.3	7-11.5	משקל עודף $25 \leq BMI < 29.9$
0.22	5-9	השמנה $BMI \geq 30$

תוספת המשקל המומלצת בהיריון עם תאומים בהתאם ל-BMI בתחילת ההיריון: [1,2]

תוספת משקל בכל ההיריון בק"ג	BMI בתחילת ההיריון
אין מספיק מידע	$BMI < 18.5$
17-25	$18.5 \leq BMI < 24.9$
14-23	$25 \leq BMI < 29.9$
11-19	$BMI \geq 30$

## צריכת סידן בהיריון

להתפתחות תקינה של שלד העובר נדרשים 30 גרם סידן במהלך ההיריון. ספיגת הסידן עולה במהלך ההיריון כדי לספק את צורכי העובר המתפתח.

צריכת הסידן המומלצת לנשים במהלך ההיריון וההנקה הינה 1000 מ"ג ליום [8]. **[Level II]** יתכן, יתרון במתן תוספת סידן למניעה של רעלת היריון לנשים בקבוצת סיכון. נדרשים מחקרים נוספים על מנת לקבוע זאת בוודאות.

## ויטמין D [10-11]

לויטמין D יש תפקיד חשוב בספיגה של סידן ובבניית השלד והשיניים של העובר. כמו כן, הוא משפר את הפעילות של המערכת החיסונית ולכן, חיוני להתפתחות תקינה של העובר וכנראה שגם למניעה של זיהומים. בחלק מהעבודות התצפיתיות נמצא קשר בין חסר של ויטמין D לבין התפתחות של סוכרת בהיריון, הפרעה בגדילת העובר ברחם וסיכון מוגבר ללידה מוקדמת וללידה בנייתו קיסרי.

המקור העיקרי לויטמין D הינו בספיגה דרך העור מקרני השמש ובמינונים נמוכים יותר, מתזונה. רמות החציון של ויטמין D באוכלוסייה, מושפעות מאזורים גאוגרפיים שונים, מעונות השנה ומצבע העור.

אין הגדרות ברורות מה הן הרמות התקינות של ויטמין D בדם האם בהיריון ומה הערך התחתון אשר רמות הנמוכות ממנו, כרוכות בעלייה בסיכון לסיבוכי היריון.

מקובל להגדיר חסר בויטמין D כאשר הרמות של 25-hydroxy-vitamin D בסרום נמוכות מ-20 ננוגרם למיליליטר (שווה ערך ל-50 ננומול לליטר).

אין מספיק מידע כדי לתמוך בביצוע סקר לרמות ויטמין D בכל ההרות אלא, רק לאוכלוסיית הנשים שבסיכון לחסר ויטמין D: צמחוניות, חשיפה מועטה לשמש, כהות עור, סובלות מהפרעות ספיגה, נשים עם סינדרום נפרוטי, אי-ספיקת כליות, נשים הנטלות תרופות אנטיאפילפטיות או נשים הסובלות מהיפופרתירואידיזם.

אם מאובחן חסר בויטמין D יש לתת תוספת במינון של: 1000-2000 IU/d.

אמנם ידוע, כי נטילה של ויטמין D מעלה את רמתו בדם, אבל המינון הנדרש אינו ברור, הרמה המיטבית בדם לא ודאית וכמו כן, לא הוכח שיפור בתוצאות ההיריון עם העלייה ברמות ויטמין D בדם.

ה-FDA ממליץ על צריכה יומית של 600 IU/d במרבית הויטמינים להרות יש 400 IU/tablet.

**[Level II]**

כאשר יש בעיית ספיגה, או במקרים בהם רמות הפריטין אינן עולות למרות טיפול פומי וההמוגלובין נמוך מ-9 גרם %, יש לשקול טיפול בברזל תוך-וריד, המועדף מבחינת פרופיל תופעות הלוואי הינו Ferric Gluconate.

במקרים של אנמיה סימפטומטית יש צורך במתן D.

## חומצה פולית [8-5]

חומצה פולית הינה ויטמין מקבוצה B. היא חיונית לבניה תקינה של DNA. מזונות עשירים בחומצה פולית כוללים: ירקות עם עלים ירוקים, קטניות ופירות הדר.

נטילה של חומצה פולית החל משלושה חודשים טרם ההתעברות ובמשך שלושת החודשים הראשונים של ההיריון, מקטינה את הסיכון למומים מולדים ובפרט מום מולד בתעלה העצבית (Neural tube defect) ב-50%-70% **[Level I]**.

משרד הבריאות קבע כי יש להמליץ לכל הנשים בגיל הפוריות לטיפול חומצה פולית במינון של 0.4 מ"ג ליום.

יש להמליץ על נטילה של חומצה פולית במינון של 4-5 מ"ג ליום לנשים מקבוצות הסיכון הבאות: **[Level II]**

- נשים שהיה להן בעבר עובר או יילוד עם מום פתוח בתעלה העצבית (Neural tube defect).
- זוגות אשר להם קרוב משפחה אח, אחות, אחיין או אחיינית עם מום מולד בתעלה העצבית.
- נשים המטופלות בתרופות אנטי-אפילפטיות.
- נשים המטופלות ב-methotrexate או בליתיום.
- נשים עם סוכרת טרום-היריונית.
- נשים עם BMI מעל 30.
- נשים הצורכות אלכוהול.
- נשים עם מחלה הפוגעת בספיגה במעי לדוגמה crohn's disease, celiac.
- נשים עם מוטציות של MTHFR או עם רמות הומוציסטאטין גבוהות.

קיים מידע המראה, כי טיפול בחומצה פולית במינון של 4-5 מ"ג לכל הנשים יעיל יותר בהפחתה של סיכון למומים עובריים בהשוואה למינון של 0.4 מ"ג ליום. מינון זה עלול למסך אנמיה מחסר ויטמין B12 ולכן, לנשים המטופלות במינון של 4-5 מ"ג ליום יש לשקול מעקב אחר רמות B12 בדם. **[Level II]**

צריכה מספקת של יוד בהיריון חיונית לייצור הורמוני התריס ולתפקוד בלוטת התריס של האם והעובר. חסר בIOD עלול לגרום לתת-פעילות של בלוטת התריס ועקב כך, לפגוע בהתפתחות הקוגניטיבית של העובר. צריכת היוד בהיריון עולה בשל עלייה בייצור הורמוני התריס ובשל פינוי מוגבר של יוד ע"י הכליות. העשרה של מזונות ומלח בתרכובות של יוד מקובלת בעולם ובישראל למניעת הפרעות ממחסור בIOD. הצריכה המומלצת של יוד בהיריון ובהנקה בדיאטה ובתוספי מזון הינה 250 מיקרוגרם ליממה. מרבית התכשירים של מולטייטמינים להרות כוללים יוד. מומלץ לוודא צריכה מספקת של יוד בהיריון. [Level II]

## הרגלים

### צריכת אלכוהול בהיריון [17,16]

צריכת אלכוהול ע"י האם במהלך ההיריון, מעלה סיכון לפגיעה בהתפתחות המוח של העובר, להפרעות גדילה, לדיסמורפיזם של הפנים, להפרעות קוגניטיביות ולעלייה בתמותה של עוברים ושל תינוקות. ככל שצריכת האלכוהול גבוהה יותר, כך עולה הסיכון. אלכוהול חוצה שליה ורמתו בדם העובר משתווה לרמתו בדם האם כשעתיים לאחר שתיית אלכוהול. חומרת הנזק הנגרם לעובר, משתנה בהתאם לפינוי אלכוהול ע"י האם [65]. אין די מידע המאפשר לקבוע מה כמות האלכוהול הבטוחה לשתייה בהיריון (סוג המשקה, מינון, תזמון ותדירות השתייה) ולכן, מומלץ להימנע מצריכת אלכוהול לאורך כל ההיריון [Level I]. במסגרת מעקב היריון רצוי לתחקר כל אישה אודות צריכת אלכוהול וליידע אותה לגבי הסיכון לעובר.

### עישון בהיריון

שיעור העישון באוכלוסיית הנשים היהודיות והערביות בישראל בשנת 2016 עמד על 18.1% ו-9.6% בהתאמה [18].

לעישון ולצריכת טבק בהיריון, השפעה שלילית על סיבוכים מיילודותיים ובנוסף, השלכות על התינוק הנולד. מכאן, החשיבות לאתר את הנשים ההרות המעשנות. עישון קשור לאי-פריון, ליתר לחץ-דם, לאסטמה, ולסרטן ריאות. עישון בהיריון גורם לעלייה בסיבוכי היריון: הפלות ספונטניות, היריון חוץ-רחמי וכן, הפרדות שליה, שלית פתח, פקיעת מי שפיר מוקדמת, לידות מוקדמות ומשקלי לידה נמוכים. בנוסף, עישון נמצא קשור

חומצת שומן אלפא לינולאית (ALA - alfa linoleic acid) הינה חומצת שומן חיונית שאינה יכולה להיווצר בגוף ומקורה חייב להיות מתזונה (שמן קנולה, שמן זרעי פשתן, אגוזי מלך, קטניות וירקות עליים ירוקים). החומצה האלפא לינולאית מהווה את המקור ליצירה של שתי החומצות הארוכות בקבוצת האומגה 3 - איקוזפנטנאית (EPA - eicosapentanoic acid) ודוקוזהקסנאית (DHA - docosahexanoic acid).

המקורות התזונתיים ל-2 חומצות השומן EPA ו-DHA, הינם דגי מים עמוקים (בעיקר דגים שמנים) וכן אצות ימיות.

לחומצות השומן הארוכות מסדרת אומגה 3 תפקיד חיוני בפעילות דלקתית וחיסונית בגוף והן בעלות השפעה על פעילות מערכת הקרישה. חומצת השומן הארוכה DHA נפוצה במוח ומשפיעה על תהליכי הזכרון וקוגניציה, על למידה ועל התפתחות הראיה.

מחקרים תצפיתיים קושרים בין חסר באומגה 3 לפגיעה בהתפתחות נוירולוגית וקוגניטיבית של היילוד והתינוק ולעלייה בסיכון לתחלואה אימהית ועוברית. כמו כן, מחקרים תצפיתיים מצאו כי תזונה עשירה בדגים במהלך ההיריון, הפחיתה לידות מוקדמות ולידות של תינוקות בעלי משקל נמוך [Level II-III].

שני מחקרים אקראיים מצאו שצריכה מוגברת של שמן דגים הפחיתה לידה מוקדמת ושיעורי לידות של תינוקות במשקלים נמוכים בנשים עם היסטוריה של לידה מוקדמת. לא נמצאה ירידה בשכיחות דכאון שלאחר לידה לאימהות שצרכו כמות מספקת של אומגה 3 [Level II].

ילידים של אימהות אשר נטלו שמן דגים במהלך ההיריון וההנקה נמצאו מדדי אינטליגנציה ועיבוד מנטאלי גבוהים יותר בגיל 4 שנים [Level III].

על סמך המידע הקיים כיום, מסתמן כי צריכת אומגה 3 במהלך ההיריון וההנקה עשויה להוות יתרון בהתפתחות המנטאלית של הילדים ובהארכה מסויימת של משך ההיריון [Level II-III].

בהיריון ובהנקה מומלץ לצרוך 200-300 מ"ג DHA+EPA ליום. במדינות רבות בעולם ובכללן ישראל, מרבית הנשים, אינן מגיעות לרמות המומלצות ע"י תזונה בלבד. ההמלצה המקובלת כיום, הינה לצרוך שתי מנות דג לשבוע או תוסף הכולל אומגה 3.

למומים ספציפיים ביילוד כגון מומי-לב, חיך שסוע והיפופלזיה כלייתית. מאידך, נמצאה הפחתה בשיעורי רעלת היריון בנשים מעשנות.

נמצאה עלייה בשיעור המקרים של תסמונת מוות בעריסה (sudden infant death syndrome) ביילודים לאימהות מעשנות וכן עלייה בשיעור זיהומים בדרכי הנשימה, אסטמה, דלקת אוזן תיכונה, קומה נמוכה, השמנת-יתר בילדות, פגיעה במיומנויות למידה והפחתה באינטליגנציה.

עישון בהיריון נמצא קשור בהפחתת נפח החלב, שיעור שומן נמוך בחלב אם וקיצור משך ההנקה.

מומלץ להעריך את מידת החשיפה לעישון בפגישה לפני או בעת ההיריון, כולל חשיפה לעישון פסיבי ולהדריך להשלכות של עישון בהיריון על סיבוכי היריון ומצב העובר והיילוד<sup>[19]</sup>. התערבות פסיכולוגית לתמיכה בהפסקת עישון בהיריון, מעלה שיעור הנשים המפסיקות לעשן. קיימות תכניות פרטניות לגמילה מעישון בקופות החולים.

טיפול בתחליפי ניקוטין הוכח כיעיל להפסקת העישון בהיריון. יש להתחיל טיפול בתחליפי ניקוטין לאחר שיקול קליני מקדים ודיון עם המטופלת תוך כדי הסבר על סיכוני עישון מחד וסיכונים אפשריים של הטיפול בתחליף הניקוטין מאידך<sup>[19]</sup>.

## מקורות

1. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 584. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;121:210-2.
2. [www.iodm.edu/CMS/3788/48191/68004/68230.aspx](http://www.iodm.edu/CMS/3788/48191/68004/68230.aspx). (Accessed May 29, 2009).
3. WHO. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva, World Health Organization, 2012.
4. Milman N. Iron prophylaxis in pregnancy—general or individual and in which dose? *Ann Hematol* 2006; 85:821-828.
5. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: result of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet*, 1991;338:131-7.
6. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med*, 1992;327:1832-5.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for prevention of neural tube defects: U.S. Preventive services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;150:626.
8. טיפול בחומצה פולית למניעת מומים מולדים בתעלה העצבית, חוזר משרד הבריאות 28/2012.
9. [http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium\\_pf.asp](http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium_pf.asp).
10. Vitamin D supplementation for women during pregnancy (Review) 2012 The cochrane collaboration.
11. Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE, Tough SC, O'Beirne M, Rabi DM. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2013;346:1169.
12. Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P. DOMInO Investigative Team Effect of DHA Supplementation During Pregnancy on Maternal Depression and Neurodevelopment of Young Children: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2010; 304(15):1675-1683.
13. Makrides M, Duley L, Olsen SF. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 19;3:CD003402.
14. Imhoff-Kunsch B, Briggs V, Goldenberg T, Ramakrishnan U. Effect of n-3 long chain polyunsaturated fatty acid intake during pregnancy on maternal, infant and child health outcomes: a systematic review. *Pediatric & Perinatal Epidemiology*. 2012;26(1):91-107.
15. Bath SC, Steer CD, Golding J, Emmet P, Rayman MP. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet*, 2013;27:382(9889):331-7.
16. Sanctis L, Memo L, Pichini S, Tarani L, Vagnarelli F. Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problem. *MFNM*, 2011;24(S(1)):34-37.
17. O'leary CM, Bower C. Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug & Alcohol Review*, 2012;31:170-183.
18. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2016. הוכן ע"י המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות 5/2017.
19. Smoking: stopping in pregnancy and after childbirth. NICE guidelines, June 2010.

## נספח - תקציר נייר העמדה: תוספי תזונה והרגלים בהיריון

לתזונה האימהית במהלך ההיריון יש השפעה קצרת טווח וארוכת טווח על מצבי בריאות וחולי בהרה עצמה ובעובר, היילוד והבוגר. למרות מחקרים רבים בתחום זה, עדיין קיימות שאלות שאינן פתורות. מרבית המחקרים בתחום, הינם מחקרי עוצבה רטרוספקטיביים עם ערפלנים רבים המשפיעים על איכות המידע ועל טיב ההמלצות הנגזרות ממנו.

עלייה במשקל בהיריון - משקל תקין לפני הכניסה להיריון ועלייה מותאמת במשקל במהלך ההיריון, מפחיתים את הסיכון לסיבוכי היריון וללידה בניתוח קיסרי. תוספת המשקל המומלצת בהיריון הינה בהתאם ל-BMI בתחילת ההיריון ונעה בין 12 ק"ג לנשים עם BMI קטן מ-18 ועד 5 ק"ג לנשים עם BMI מעל 30.

טבלה המסכמת את המלצות האיגוד:

תוסף	מינון יומי	חשיבות
<b>ויטמינים לנשים בהיריון Multivitamin</b>	כדור אחד	מפחיתים סיבוכי היריון.
<b>ברזל</b>	30 mg of elemental Iron 150 mg of ferrous sulfate 90 mg of ferrous fumarate 250 mg of ferrous gluconate	אנמיה עלולה לגרום ללידות מוקדמות ולהאטה בצמיחה התוך-רחמית. ניטור מינוני הברזל על פי רמות פריטין בדם.
<b>אלכוהול</b>	הימנעות מוחלטת	מעלה סיכון לפגיעה מוחית, להפרעות גדילה, לדיסמורפיזם של הפנים, להפרעות קוגניטיביות ולעליה בתמותה של עוברים ושל תינוקות.
<b>חומצה פולית</b>	0.4 מ"ג ליום. 4-5 מ"ג ליום לנשים עם סיכון מוגבר (סיפור משפחתי קודם, לנטולות תרופות אנטיאפילפטיות, BMI>30, מחלות מעי, מוטציות ב-MTHFR)	מקטינה את הסיכון למומים מולדים ובפרט מום מולד בתעלה העצבית (Neural tube defect).
<b>סידן</b>	1,000 מ"ג ליום	התפתחות שלד.
<b>ויטמין D</b>	צריכה יומית של 600 IU/d. אם מאובחן חסר בויטמין D יש לתת תוספת במינון של: 1,000-2,000 IU/d. במרבית הויטמינים להרות יש 400 IU בכל טבליה.	ספיגת סידן, בניית שלד ושיניים של העובר. בדיקת רמות לנשים בסיכון: צמחוניות, חשיפה מועטה לשמש, כהות עור, מהפרעות ספיגה, סינדרום נפרוטי, א"ס כליות, לנטולות תרופות אנטיאפילפטיות, היפותרירואידיזם.
<b>אומגה 3</b>	200-300 מ"ג DHA+EPA ליום. שתי מנות דגים לשבוע, או תוסף הכולל אומגה 3.	כנראה משפר התפתחות קוגניטיבית.
<b>יוד</b>	250 מיקרוגרם ליממה. רוב תכשירי הויטמינים להרות כוללים יוד.	חיוני לייצור הורמוני התריס ולתפקוד בלוטת התריס של האם והעובר.



**האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה**  
*Israel Society of Obstetrics and Gynecology*



החברה הישראלית לרפואת האם והעובר  
*Israeli Society of Maternal-Fetal Medicine*



המכון לאיכות  
ברפואה



**ההסתדרות הרפואית בישראל**  
**המכון לאיכות ברפואה**