

Питание беременных: развенчиваем мифы!

С. В. Орлова¹, Е. А. Никитина¹, Е. В. Прокопенко², Л. Ю. Волкова³, А. Н. Водолазкая⁴

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

²ООО «МС Групп», Москва

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва

⁴ООО «Эль-Клиник», Москва

РЕЗЮМЕ

Основой нормального течения беременности является здоровый образ жизни, включая питание как главное составляющее. Необходимо, чтобы рацион питания беременной был сбалансирован и содержал оптимальное количество не только макро-, но и микронутриентов. Витамины и минералы, получаемые с пищей, играют важную роль в течении множества метаболических процессов, которые обеспечивают рост и развитие тканей плода, предупреждают внутриутробные пороки развития. Они имеют основополагающее значение для обеспечения нормального течения и исходов беременности. Дополнительный прием микронутриентов направлен на обеспечение повышенных физиологических потребностей организма беременной женщины, связанных с ростом плода, формированием плаценты, перестройкой организма матери. В последние годы возникло множество мифов о питании беременных женщин, в нашей статье мы обсудим наиболее распространенные.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нутритивный статус, полигиповитаминозы, микроэлементозы, микронутриентная недостаточность, витамины, минералы, беременность, внутриутробные пороки развития.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Публикация выполнена при поддержке Программы стратегического академического лидерства РУДН.

Nutrition for pregnant women: debunking the myths!

S. V. Orlova¹, E. A. Nikitina¹, E. V. Prokopenko², L. Yu. Volkova³, A. N. Vodolazkaya⁴

¹Peoples' Friendship University of Russia Moscow, Russia

²MS Group, Moscow, Russia

³National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

⁴El-Clinic, Moscow, Russia

SUMMARY

The basis of the normal course of pregnancy is a healthy lifestyle, including nutrition as the main component. It is necessary that the diet of a pregnant woman is balanced and contains the optimal amount of not only macro-, but also micronutrients. Vitamins and minerals obtained from food play an important role in the course of many metabolic processes that ensure the growth and development of fetal tissues, and, prevent intrauterine malformations. They are fundamental to ensuring the normal course and outcome of pregnancy. Additional intake of micronutrients is aimed at ensuring the increased physiological needs of a pregnant woman's body associated with fetal growth, placenta formation, and restructuring of the mother's body. In recent years, many myths have arisen about the nutrition of pregnant women, in our article we will discuss the most common.

KEY WORDS: nutritional status, polyhypovitaminosis, microelementosis, micronutrient deficiency, vitamins, minerals, pregnancy, intrauterine malformations.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflicts of interest.

This publication was supported by Peoples' Friendship University of Russia Strategic Academic Leadership Program.

Введение

Беременность – это важнейший этап жизни, во время которого образ жизни матери влияет на здоровье как самой беременной, так и ее ребенка. Беременных женщин обычно информируют о рисках, связанных с нездоровыми привычками, такими как курение [1], употребление алкоголя [2], рисках, связанных с выбором ряда специфических продуктов питания, например, паштет, мягкий сыр или непастеризованное молоко, которые связаны с риском заражения листериями [3].

Во время беременности пищевое поведение женщины может существенно меняться. Это обусловлено как базовыми внутренними механизмами обратной связи, предоставляющими информацию о голоде и сытости, так и внешней социальной средой, которая регламентирует определенное «нормальное» питание во время беременности [4]. Однако большое количество источников информации, существующих в широком доступе благодаря Интернету, порождает мифы, которые зачастую дезориентируют как будущих мам, так и медицинское сообщество.

Что на самом деле верно в отношении лучших подходов к здоровому питанию во время беременности? Обсудим наиболее популярные мифы.

Миф 1. Беременная женщина может получить все необходимые питательные вещества из пищи

Несмотря на большое количество доказательств, подтверждающих важность адекватного питания во время беременности, в среднем 20–30 % беременных женщин во всем мире не получают отдельные витамины и минералы в необходимом количестве [5]. Чрезвычайно широко распространен дефицит железа и витамина D: железодефицитная анемия наблюдается у 42 % беременных женщин в мире [6], дефицит витамина D выявляется у 57 % беременных в европейских странах, у 64 % на Американском континенте и у 87 % в Юго-Восточной Азии [7]. Связано это не только с повышенными потребностями в макро- и микронутриентах во время беременности для поддержания материнского гомеостаза

и обеспечения роста и развития плода, но и с несбалансированностью рациона питания матери и наличием в рационе будущей матери «скомпрометированных» продуктов:

- растительных продуктов, обедненных по витаминам и минералам;
- неполноценных по составу продуктов животного происхождения;
- «загрязненных продуктов», содержащих ксенобиотики – пестициды, тяжелые металлы, гормоны, микробные организмы и токсины, др.;
- продуктов со скрытыми угрозами: насыщенные жиры, соль, сахар;
- продуктов с низкой усвояемостью и низкого качества.

Миф 2. Избегать патологической прибавки массы тела во время беременности можно, заменив молочные продукты обычной жирности на низкожировые

К распространенным заблуждениям относится также мнение о том, что молочные продукты, как источник насыщенных жиров, вредны для здоровья и могут способствовать возникновению рака, атеросклероза и диабета. В настоящее время доказано, что нет убедительных клинических данных, подтверждающих эти теории [8].

Цельножировые молочные продукты не провоцируют увеличение массы тела, напротив, есть много исследований, доказывающих, что употребление молочных продуктов с естественным содержанием жира снижает риск развития общего и абдоминального ожирения как у взрослых [9–12], так и у детей [13–15].

Рекомендации по питанию для населения традиционно обращают внимание на необходимость уменьшения потребления насыщенных жиров, чтобы попытаться снизить риск развития хронических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. Эти рекомендации основаны на упрощенном предположении, что все насыщенные жиры одинаковые и что потребление любых насыщенных жиров, включая молочные, будет приводить к повышению холестерина и увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

За последние годы отношение к молочным жирам претерпело значительные изменения. Необходимо учитывать, что наряду с насыщенными молочный жир содержит 25–45 % ненасыщенных жирных кислот [16], включая трансжирные кислоты (конъюгированная линолевая кислота), оказывающие благотворное влияние на липидный обмен. Метаанализы многочисленных исследований показали, что потребление молочных продуктов с нормальной жирностью, в первую очередь кисломолочных, не увеличивает риск кардиологических заболеваний [17, 18], сахарного диабета [19] или онкологических заболеваний [20, 21] и даже может оказывать положительное влияние на сердечно-сосудистую систему [22, 23].

При выборе обезжиренных молока и молочных продуктов есть риск не получить из них необходимые пищевые вещества. Молочные продукты являются основным источником кальция для человека, из них поступает до 75 % этого элемента. При этом в 100 г 9%-го творога содержится 164 мг кальция, а в 1%-м – всего 120 мг. Кальций, магний,

фосфор содержатся в молочных продуктах в оптимальном соотношении и усваиваются лучше всего при условии достаточной (обычной) жирности продукта.

Нужно иметь в виду, что понятие «низкожировые продукты» неравнозначно «низкокалорийным продуктам». Основной вклад в калорийность обезжиренных молочных продуктов зачастую вносят добавленные углеводы (сахар и модифицированные крахмалы с калорийностью 160–400 ккал/100 г), вносимые в продукт для придания определенной консистенции и приятного вкуса. Однако обезжиренный йогурт с ягодным сиропом и злаками обладает более высокой энергетической ценностью, чем йогурт с натуральным содержанием жиров.

Очень важно обращать внимание на форму молочных продуктов и на состав рациона в целом. Сыр в овощном салате и сыр в составе гамбургера будут оказывать разное влияние на обмен веществ. Натуральный йогурт с естественным содержанием жиров более полезен, чем творожный пудинг с шоколадной крошкой и кусочками печенья. Натуральные молочные продукты обязательно должны присутствовать в рационе питания беременной женщины как хорошие источники белка и основной источник кальция. При непереносимости лактозы следует отдавать предпочтение кисломолочным продуктам, сыру, творогу или низколактозным молочным продуктам.

Миф 3. Если хочется сладкого, надо заменить обычный десерт на «низкокалорийный»

Готовые кондитерские изделия априори не могут быть низкокалорийными, в них просто заменяют натуральные жиры животного происхождения (сливочное масло, сливки) на более дешевые растительные заменители. Особенно часто используются пальмовое масло, растительные гидрогенизированные жиры (маргарины, спреды). Вместо яиц применяется меланж. Низкокалорийные сладости содержат большое количество простых углеводов, которые, расщепляясь, быстро повышают уровень глюкозы в крови. И бесконтрольный прием будет способствовать патологической прибавке массы тела и развитию гестационного сахарного диабета во время беременности.

Миф 4. Газированные напитки «лайт» лучше обычных

Газированные напитки «лайт» не лучше обычных, в их состав входят:

- диоксид углерода, который вызывает повышенное газообразование в кишечнике и жжение в желудке;
- ортофосфорная кислота, чаще всего используемая в качестве консерванта, которая может разрушать эмаль зубов;
- усилители вкуса и искусственные красители, которые могут спровоцировать аллергические реакции;
- вместо натурального сахара используются химические заменители, которые могут стимулировать жажду и аппетит.

Ряд исследований сообщают о более высоком риске ожирения, связанном с использованием низкокалорийных подсластителей [24, 25]. Продолжительное употребление

низкокалорийных подсластителей может снизить чувство сытости и повысить как аппетит, так и потребление сахара [26].

В большинстве рекомендаций советуют отдавать предпочтение простой питьевой воде, а не напиткам с низким содержанием сахара или напиткам с сахарозаменителями [27].

Употребление беременными газированных напитков, содержащих сахарозаменители, ассоциировано с повышением на 11 % риска преждевременных родов и на 30 % риска развития астмы у детей в возрасте 7 лет [28].

Миф 5. Дополнительный прием витаминов и минералов не влияет на состояние матери, течение и исход беременности, здоровье плода и будущего ребенка

Витамины и минералы, вместе именуемые микронутриентами, оказывают важное влияние на здоровье беременных женщин и растущего плода. Дефицит витаминов и минералов на критических стадиях развития плода имеет долгосрочные последствия для здоровья потомства.

Дефицит железа приводит к анемии, которая может увеличить риск смерти матери от кровотечения во время родов, способствовать сохранению дефицита железа у ребенка в течение первых трех лет жизни.

Дефицит железа или цинка может снизить активность инсулиноподобного фактора роста-1 и его рецепторов, тем самым подавляя рост плода. Установлена связь между малым весом при рождении и риском хронических заболеваний у потомства во взрослом и пожилом возрасте. Вес при рождении имеет обратную связь с высоким артериальным давлением и сахарным диабетом 2 типа во взрослом возрасте. Дефицит железа или цинка у матери приводит к увеличению относительной массы почек и снижению количества нефронов у потомства.

Дефицит цинка во время беременности может быть связан с гипертоническими расстройствами во время беременности, особенно в группах женщин, предрасположенных к дефициту цинка [29]. В некоторых исследованиях показано, что дефицит цинка был связан с врожденными аномалиями и задержкой нейроразвития и иммунологического развития плода. Тяжелый дефицит цинка может вызвать нарушение развития сердца плода.

Дефицит фолиевой кислоты может привести к гематологическим последствиям, осложнениям беременности и врожденным порокам развития. Дефицит йода во время беременности приводит к кретинизму, возможной гибели плода и преждевременным родам.

Биологически активная форма витамина А является важной сигнальной молекулой во время развития сердечно-сосудистой системы плода. Состояние как дефицита, так и избытка витамина А может быть связано с врожденными пороками развития.

Потребление кальция матерью во время беременности также может влиять на состояние сердечно-сосудистой системы. Добавки кальция снижают риск преэклампсии и других гипертензивных расстройств во время беременности. Известно, что преэклампсия у матери является фактором риска повышенного САД у детей-подростков [30].

Дефицит других минералов, таких как магний, селен, медь, также может быть связан с осложнениями во время беременности, родов или развития плода.

Использование микронутриентных добавок оправдано, когда потребности организма не удовлетворяются только за счет питания. Дополнительный прием микронутриентов направлен на обеспечение повышенной физиологической потребности в них во время беременности вследствие роста плода, формирования плаценты и перестройки организма женщины. Пограничная недостаточность микронутриентов на ранних сроках беременности может привести к тяжелому дефициту на более поздних сроках беременности из-за повышенных метаболических требований со стороны быстро растущей плаценты и плода.

Дефицит витаминов, выявляемый по их содержанию в крови, имеет место у значительной части обследованных беременных женщин. В Российской Федерации дефицит витаминов группы В выявляется у 20–50 % обследованных людей, в т. ч. витамина В6 – у подавляющего большинства обследованных, С – у 13–21 %, В2, D и каротина – у 49–66 % при относительно хорошей обеспеченности витаминами А и Е (4,3–13 %). Всеми витаминами обеспечены лишь 8–10 % женщин. У подавляющего большинства беременных (70–80 %) наблюдается сочетанный дефицит трех и более витаминов независимо от возраста, времени года, места проживания и профессиональной деятельности. Отмечается сочетание поливитаминового дефицита с недостаточным поступлением в организм йода, магния, кальция, фтора, других макро- и микроэлементов [31, 32].

Миф 6. Полноценное питание достаточно для восполнения дефицита фолиевой кислоты и предупреждения врожденных пороков развития (ВПР)

Если женщина получает достаточно фолиевой кислоты до и на ранних сроках беременности, это может предотвратить развитие ВПР – дефектов нервной трубки и др. Дефект нервной трубки плода – серьезные врожденные дефекты мозга (анэнцефалия) и позвоночника (расщелина позвоночника). Они развиваются на очень ранних сроках беременности, когда нервная трубка, которая в последующем становится головным мозгом и позвоночником, не закрывается должным образом.

Фолиевая кислота показала свою эффективность в предотвращении дефектов нервной трубки во многих научных исследованиях и в странах по всему миру [33–37]. Для достижения концентрации фолиевой кислоты в крови, необходимой для предотвращения дефектов нервной трубки, может потребоваться несколько месяцев ежедневного приема фолиевой кислоты в дозе 400 мкг. Начало приема фолиевой кислоты после стадии закрытия нервной трубки уже неэффективно. Именно поэтому прием фолиевой кислоты необходимо начинать в прекоцепционный период и проводить периодическую профилактику всем женщинам репродуктивного возраста.

Беременным женщинам необходим ежедневный прием 400–600 мкг фолиевой кислоты. Получить эту дозу они могут, принимая фолиевую кислоту в виде биодобавки или лекарственного препарата и/или употребляя пищу, обогащенную фолиевой кислотой (например, некоторые сухие завтраки, обогащенные витаминами).

Когортное исследование назначения препарата ЭЛЕВИТ® при беременности



Дизайн:

Когортное исследование, включавшее 2 группы пациенток:
1 – группа Элевит (1 таб/сут в течение более 1 мес., N=3929)
2 – группа контроля (монопрепараты ФК, N=4357)



Цель:

Оценка влияния приема ВМК Элевит и монопрепаратов фолиевой кислоты на здоровье матери и ребенка



Lin B, et al., 2020. Retrospective cohort study of supplemental multivitamins during pregnancy and pregnancy outcome. *Chin J Pract Gyn Obst*, February 2020, Volume 36, No. 2

Рисунок 1.

Фолиевая кислота содержится в таких продуктах, как листовые зеленые овощи, цитрусовые и бобовые. Женщинам следует придерживаться сбалансированной диеты, состоящей из продуктов, богатых естественным фолатом. Однако почти невозможно получить необходимое количество фолиевой кислоты только из натуральных продуктов [38].

Количество фолиевой кислоты и/или фолиевой кислоты в пище и время, в течение которого она потребляется до беременности, являются наиболее важными факторами в достижении концентрации фолиевой кислоты в крови, достаточно высокой для предотвращения дефектов нервной трубки.

Метаанализ 41 клинического исследования подтверждает важность применения фолиевой кислоты в комплексе с другими витаминами для предупреждения врожденных пороков развития. Использование поливитаминных препаратов в перигравидарном периоде снижает частоту возникновения врожденных аномалий, включая дефекты нервной трубки, сердечно-сосудистые аномалии, расщелину полости рта, аномалии мочевыводящих путей, врожденные гидроцефалии и дефекты конечностей [36].

Представляет интерес одна из недавно опубликованных работ, оценившая пользу применения ВМК сравнительно с отсутствием применения или использованием только фолиевой кислоты. Это крупное ретроспективное когортное исследование включило 8286 женщин, из которых 5301 (64%) принимали ВМК Элевит®, а 2985 (36%) беременных не использовали ВМК или принимали только фолиевую кислоту. Авторы исследования показали, что прием сбалансированного комплекса витаминов и минералов существенно улучшал течение и исходы беременности как для матери, так и для ребенка. Снижался риск таких осложнений, потенциально связанных с микронутриентным дефицитом, как ЖДА, преэклампсия, внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ), гестационный диа-

бет, преждевременные роды, послеродовое кровотечение, макросомия плода и низкая масса тела (маловесность) новорожденных (рис. 1).

Наблюдалось значительное снижение частоты ЖДА у беременных, принимавших ВМК Элевит®, – 1,2% по сравнению с 25,3% в группе не принимавших ВМК ($p < 0,01$). Раннее начало приема ВМК также было связано со значимой редукцией частоты ЖДА (1,3 по сравнению с 17,6%; $p < 0,01$). Наличие в анамнезе женщин анемии, заболеваний иммунной системы и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта не мешало эффективному снижению риска ЖДА. Исходя из полученных данных, авторы делают вывод, что ВМК, содержащий железо, позволяет удовлетворить потребность в микроэлементе у большинства беременных женщин.

Миф 7. Нет разницы в биохимической форме фолиевой кислоты

Термины «фолиевая кислота» и «фолат» часто используются как синонимы. Однако правильный термин «фолат», объединяющий комплекс водорастворимых витаминов, к которым относятся фолиевая кислота, дигидрофолат (ДГФ), тетрагидрофолат (ТГФ), 5'-метилтетрагидрофолат (5'-МТГФ) и 5-метилтетрагидрофолат (5-МТГФ) [39, 40].

Фолиевая кислота – это синтетическая форма, которая практически не встречается в природе или не проявляет активности в организме человека. Активной формой является 5-метилтетрагидрофолат, который образуется в несколько этапов с участием нескольких микронутриентов (С, В6, В12 и магний). Образование 5-МТГФ зависит от активности фермента метилтетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), которая регулируется генетически. У женщин, носительниц генотипа МТГФР ТТ, более высокий риск развития дефицита активной формы фолата и соответственно развития дефектов нервной трубки плода.

Всем женщинам, включая тех, у кого генотип МТГФР ТТ или СТ, полезен прием фолиевой кислоты до и во время беременности. Исследования показали, что в популяциях с высокими уровнями генотипа МТГФР ТТ или СТ ежедневный прием 400 мкг фолиевой кислоты до и во время беременности может снизить риск дефектов нервной трубки на 85 % [41, 42]. После трех месяцев приема концентрация фолиевой кислоты в крови увеличилась более чем на 250 % даже у женщин с генотипом МТГФР ТТ [43]. Однако этот процесс нуждается в высокой обеспеченности витаминами С, группы В, цинком, магнием и бетаином, что часто не представляется возможным во время беременности. В связи с этим была разработана более легкоусвояемая форма витамина В9, которая метаболически активна и уже готова к использованию [43, 44]. Она получила название метафолин (рис. 2).

Миф 8. Поскольку в головном мозге содержатся невысокие уровни эйкозапентаеновой кислоты (ЭПК), то она не важна для неврологической функции плода. Поэтому нужны БАД к пище с одной омега-3 ПНЖК – докозагексаеновая кислота (ДГК)

Наиболее биологически активными омега-3 жирными кислотами являются ЭПК и ДГК. Было показано, что оба препарата обладают множеством полезных эффектов, включая улучшение детского развития при приеме внутрь во время беременности [45]. Рост мозга плода ускоряется во второй половине беременности, и скорость роста остается высокой в течение первого года жизни с продолжением роста в течение следующих нескольких лет. Во время беременности потребность в омега-3 увеличивается. Исследования подтвердили, что добавление ЭПК и ДГК в рацион беременных женщин положительно влияет на зрительное и когнитивное развитие ребенка. И также показали, что более высокое потребление омега-3 может снизить риск аллергии у младенцев [46].

ЭПК не обнаруживается в большом количестве в головном мозге; однако исследования на животных показывают, что скорость поглоще-

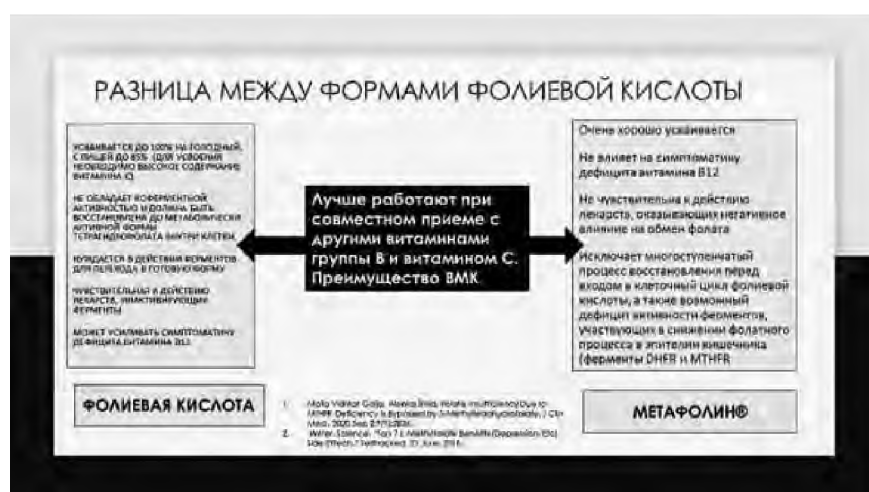


Рисунок 2.

ния ЭПК и ДГК в головном мозге схожа, но ЭПК быстро метаболизируется мозгом несколькими путями, включая производство энергии и превращение в предшественника ДГК [47, 48].

ЭПК и ДГК в природе встречаются вместе и работают вместе в организме, каждая жирная кислота имеет свои уникальные преимущества. ЭПК поддерживает сердце, иммунную систему, обладает противовоспалительными эффектами. Во время беременности, снижая синтез тромбосана А2, снижает риск преэклампсии [49]. ДГК поддерживает мозг, глаза и центральную нервную систему, поэтому он особенно важен для беременных и кормящих женщин. Однако именно вместе они покрывают различные потребности организма как матери, так и плода.

Многие клинические исследования показали, что потребление ЭПК и ДГК матерью из биодобавок к пище увеличивает количество этих нутриентов в крови матери и младенца, а также в грудном молоке [50]. Это значит, что биодобавки могут быть эффективным дополнением к продуктам питания, помогая улучшить статус питания матери и потомства.

Миф 9. Качество витаминов лекарств выше, чем витаминов БАДов

Разницы в качестве нет. Сырье для производства используется одинаковое и поставляется практически всегда от одного и того же производителя сырьевой основы и субстанций. Технологические процессы используются также практически аналогичные, как при производстве лекарственных средств, так и при изготовлении биологически активных добавок к пище.

Отличие лекарственных препаратов и биодобавок заключается в количественном содержании ингредиентов: в лекарственных формах витаминно-минеральных комплексов (ВМК) содержатся терапевтические дозы веществ; в биодобавках к пище содержатся количества, не превышающие верхние допустимые уровни потребления микронутриентов в составе специализированных пищевых продуктов.

Заключение

Без сомнения, полноценный, хорошо сбалансированный план питания может стать одним из величайших подарков, которые мама может подарить своему будущему ребенку. В идеале лучше всего принять план здорового питания до беременности. Но независимо от того, сколько недель осталось в календаре обратного отсчета, начать управлять здоровьем никогда не поздно! Мы рассмотрели наиболее частые мифы в питании беременных. Запутанной информации все еще много, и другие мифы могут быть опровергнуты в следующих наших публикациях.

Список литературы / References

1. Lumley J, Chamberlain C, Dowsell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul; 8(3): CD001055. doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;10: CD001055. PMID: 19588322; PMCID: PMC4090746.
2. Nilen P, Holmquist M, Hultgren E, Bendtsen P, Cedergren M. Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(7):768-74. doi: 10.1080/00016340802179830. PMID: 18607824.
3. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol. 2008 Fall;1(4):179-85. PMID: 19173022; PMCID: PMC2621056.

4. Whaley K, Gillson F.B., Smith P.C. 'Are you still on that stupid diet?': women's experiences of societal pressure and support regarding weight loss, and attitudes towards health policy intervention. *J Health Psychol.* 2014 Dec; 19(12):1536-46. doi: 10.1177/1359105313495072. Epub 2013 Aug 8. PMID: 23928985.
5. Mousa A., Naqash A., Lim S. Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. *Nutrients.* 2019 Feb; 11(2):443. doi: 10.3390/nu11020443. PMID: 30791647; PMCID: PMC6413112.
6. Garzon S., Cacciatto P. M., Cerelli C., Salvaggio C., Magliarditi M., Rizzo G. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: Novel Approaches for an Old Problem. *Oman Med J.* 2020 Sep; 1(35):e166. doi: 10.5001/omj.2020.108. PMID: 32953141; PMCID: PMC7477519.
7. Saraf R., Morton S.M., Camargo C.A. Jr., Grant C.C. Global summary of maternal and newborn vitamin D status – a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016 Oct; 12(4):647-68. doi: 10.1111/mcn.12210. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26373311; PMCID: PMC6860156.
8. Patton S., McNamara J.P. Milk in Human Health and Nutrition. Reference Module in Food Science, Elsevier, 2021.
9. Kratz M., Baars T., Guyenet S. The relationship between high-fat dairy consumption and obesity, cardiovascular, and metabolic disease. *Eur J Nutr.* 2013 Feb; 52(1):1-24. doi: 10.1007/s00394-012-0418-1. Epub 2012 Jul 19. PMID: 22810464.
10. Crichton G.E., Alkerwi A. Whole-fat dairy food intake is inversely associated with obesity prevalence: findings from the Observation of Cardiovascular Risk Factors in Luxembourg study. *Nutr Res.* 2014 Nov; 34(11):936-43. doi: 10.1016/j.nutres.2014.07.014. Epub 2014 Jul 30. PMID: 25159495.
11. Zemel M.B. The role of dairy foods in weight management. *J Am Coll Nutr.* 2005 Dec; 24(6 Suppl):S373-46S. doi: 10.1080/07315724.2005.10719502. PMID: 16373953.
12. Holmberg S., Thelin A. High dairy fat intake related to less central obesity: a male cohort study with 12 years' follow-up. *Scand J Prim Health Care.* 2013 Jun; 31(2):89-94. doi: 10.3109/02813432.2012.757070. Epub 2013 Jan 15. PMID: 23302090; PMCID: PMC3656401.
13. Beck A.L., Heyman M., Chao C., Wojcicki J. Full fat milk consumption protects against severe childhood obesity in Latinos. *Prev Med Rep.* 2017 Jul; 23:81-5. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.07.005. PMID: 28856083; PMCID: PMC5552381.
14. Huh S.Y., Rifas-Shiman S.L., Rich-Edwards J.W., Taveras E.M., Gillman M.W. Prospective association between milk intake and adiposity in preschool-aged children. *J Am Diet Assoc.* 2010 Apr; 110(4):365-70. doi: 10.1016/j.jada.2009.12.025. PMID: 20338282; PMCID: PMC3229928.
15. Vanderhout S.M., Birken C.S., Parkin P.C., Lebovic G., Chen Y., O'Connor D.L., Maguire J.L. TARGel Kids! Collaboration. Relation between milk-fat percentage, vitamin D, and BMI z score in early childhood. *Am J Clin Nutr.* 2016 Dec; 104(6):1657-1664. doi: 10.3945/ajcn.116.139675. Epub 2016 Nov 16. PMID: 27852618.
16. Тугеева В. А. Химический состав и калорийность российских продуктов питания. ДеЛи плюс, 2012.
17. Tuteyan V. A. Chemical composition and caloric content of Russian food products: Handbook Moscow: DeLi plus, 2012: 284 p. (in Russian).
18. Huth P.J., Park K.M. Influence of dairy product and milk-fat consumption on cardiovascular disease risk: a review of the evidence. *Adv Nutr.* 2012 May; 1(3):326-85. doi: 10.3945/an.112.002030. PMID: 22585901; PMCID: PMC3649459.
19. Guo J., Astrup A., Lovegrove J.A., Gislbers L., Givens D. L., Soedamah-Muthu S.S. Milk and dairy consumption and risk of cardiovascular diseases and all-cause mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Epidemiol.* 2017 Apr; 32(4):269-287. doi: 10.1007/s10654-017-0243-1. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28374228; PMCID: PMC5437143.
20. Gislbers L., Ding E. L., Malik V. S., de Goede J., Geleijnse JM, Soedamah-Muthu S.S. Consumption of dairy foods and diabetes incidence: a dose-response meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr.* 2016 Apr; 103(4):1111-24. doi: 10.3945/ajcn.115.123216. Epub 2016 Feb 24. PMID: 26912494.
21. Zhang K., Dai H., Liang W., Zhang L., Deng Z. Fermented dairy foods intake and risk of cancer. *Int J Cancer.* 2019 May; 144(9):2099-2108. doi: 10.1002/ijc.31959. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30374967.
22. Nilsson L.M., Winkvist A., Esberg A., Jansson J. H., Wennberg P., van Guelpen B., Johansson I. Dairy Products and Cancer Risk in a Northern Swedish Population. *Nutr Cancer.* 2020; 72(3):409-420. doi: 10.1080/01635581.2019.1637441. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31298944.
23. Sendra E. Dairy Fat and Cardiovascular Health. *Foods.* 2020 Jun; 26(9):638. doi: 10.3390/foods906038. PMID: 32604766; PMCID: PMC7353644.
24. Lü Y., Poon S., Seeman E., Hare D. L., Buti M., Iuliano S. Fat from dairy foods and 'meat' consumed within recommended levels is associated with favourable serum cholesterol levels in institutionalized older adults. *J Nutr Sci.* 2019 Mar; 21(8):e10. doi: 10.1017/jns.2019.5. PMID: 30918631; PMCID: PMC6432167.
25. Duffey K. J., Steffen L. M., Van Horn L., Jacobs D. R. Jr., Popkin B. M. Dietary patterns matter: diet beverages and cardiometabolic risks in the longitudinal Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Clin Nutr.* 2012 Apr; 95(4):909-15. doi: 10.3945/ajcn.111.026682. Epub 2012 Feb 29. PMID: 22378729; PMCID: PMC3302365.
26. Nettleton J. A., Lutsey P. L., Wang Y., Lima J. A., Michos E. D., Jacobs D. R. Jr. Diet soda intake and risk of incident metabolic syndrome and type 2 diabetes in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Diabetes Care.* 2009 Apr; 32(4):688-94. doi: 10.2337/dc08-1799. Epub 2009 Jan 16. PMID: 19151203; PMCID: PMC2660468.
27. Swithers S. E. Artificial sweeteners produce the counterintuitive effect of inducing metabolic derangements. *Trends Endocrinol Metab.* 2013 Sep; 24(9):431-41. doi: 10.1016/j.tem.2013.05.005. Epub 2013 Jul 10. PMID: 23850261; PMCID: PMC372345.
28. Borges M. C., Louzada M. L., de Sá T. H., Lavery A. A., Parra D. C., Garzillo J. M., Monteiro C. A., Millett C. Artificially Sweetened Beverages and the Response to the Global Obesity Crisis. *PLoS Med.* 2017 Jan; 14(1):e1002195. doi: 10.1371/journal.pmed.1002195. PMID: 28045913; PMCID: PMC5207632.
29. Bernardo W. M., Simões R. S., Buzzini R. F., Nunes V. M., Gilna F. Adverse effects of the consumption of artificial sweeteners – systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2016 Apr; 62(2):120-2. doi: 10.1590/1806-9282.62.02.120. PMID: 27167540.
30. Wilson R. L., Grigler J. A., Blanco-Moffat T., Roberts C. T. Association between Maternal Zinc Status, Dietary Zinc Intake and Pregnancy Complications: A Systematic Review. *Nutrients.* 2016 Oct 15; 8(10):641. doi: 10.3390/nu8100641. PMID: 27754451; PMCID: PMC5084028.
31. Christian P., Stewart CP. Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic disease. *J Nutr.* 2010 Mar; 140(3):437-45. doi: 10.3945/jn.109.116327. Epub 2010 Jan 13. PMID: 20071652.
32. Вржесинская О. А., Переврзева О. Г., Гмошинская М. В., Коденцова В. М., Сафронова А. И., Коростелева М. М. и др. Обеспеченность водорастворимыми витаминами и состояние костной ткани у беременных женщин. *Вопросы питания.* 2015, 84(3): 70-76.
33. Vrzhesinskaya O. A., Pereverzeva O. G., Gmoshinskaya M. V., Kodentsova V. M., Safranov A. I., Korosteleva M. M., Aleshina I. V., Fandeeva T. A. [Sufficiency with water-soluble vitamins and state of bone in pregnant women]. *Vopr Pitani.* 2015; 84(3):70-6. Russian. PMID: 26863809.
34. Вржесинская О. А., Гмошинская М. В., Переврзева О. Г., Коденцова В. М., Тоболева М. А., Фандеева Т. А. Оценка обеспеченности витаминами беременных женщин неинвазивными методами. *Фарматека. Репродуктивное здоровье.* 2015, 3(296): 48-50.
35. Vrzhesinskaya O. A., Gmoshinskaya M. V., Pereverzeva O. G., Kodentsova V. M., Toboleva M. A., Fandeeva T. A. Evaluation of vitamin supply in pregnant women by non-invasive methods. *Pharmateca. Reproductive Health.* 2015, 3(296): 48-50.
36. Czeizel A.E., Dudds L. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med.* 1992 Dec 24; 327(26):1832-5. doi: 10.1056/NEJM199212243272602. PMID: 1307234.
37. De Wals P., Tairou F., Van Allen M. I., Lowry R. B., Evans J. A., Van den Hof MC, Crowley M., Uh S. H., Zimmer P., Sibbald B., Fernandez B., Lee N. S., Nyonsenga T. Spina bifida before and after folic acid fortification in Canada. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2008 Sep; 82(9):622-6. doi: 10.1002/bdra.20485. PMID: 18655127.
38. De Wals P., Tairou F., Van Allen M. I., Uh S. H., Lowry R. B., Sibbald B., Evans J. A., Van den Hof M. C., Zimmer P., Crowley M., Fernandez B., Lee N. S., Nyonsenga T. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med.* 2007 Jul 12; 357(2):135-42. doi: 10.1056/NEJMoa067103. PMID: 17625125.
39. Berry R. J., Li Z., Erickson J. D. U.S., Moore C. A., Wang H., Mulhearn J., Zhao P., Wong L. Y., Gindler J., Hong S. X., Correa A. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. China-US Collaborative Project for Neural Tube Defect Prevention. *N Engl J Med.* 1999 Nov 11; 341(20):1485-90. doi: 10.1056/NEJM199911113412001. Erratum in: *N Engl J Med.* 1999 Dec 9; 341(24):1854. PMID: 10559448.
40. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *Lancet.* 1991 Jul 20; 338(8760):131-7. PMID: 1677062.
41. Tinker S. C., Cogswell M. E., Hamner H. C., Berry R. J. Usual folic acid intakes: a modelling exercise assessing changes in the amount of folic acid in foods and supplements. *National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2008.* *Public Health Nutr.* 2012 Jul; 15(7):1216-27. doi: 10.1017/S136898012000638. Epub 2012 Mar 29. PMID: 22535758.
42. Ingrid Goh Y., Bollano E., Einarson T. R., Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006 Aug; 28(8):680-689. doi: 10.1016/S1701-2163(1)32227-7. PMID: 17022907.
43. Crider K. S., Bailey L. B., Berry R. J. Folic acid food fortification-its history, effect, concerns, and future directions. *Nutrients.* 2011 Mar; 3(3):370-84. doi: 10.3390/nu3030370. Epub 2011 Mar 15. PMID: 22254102; PMCID: PMC3257747.
44. Crider K. S., Devine O., Hao L., Dowling N. F., Li S., Molloy A. M., Li Z., Zhu J., Berry R. J. Population red blood cell folate concentrations for prevention of neural tube defects: Bayesian model. *BMJ.* 2014 Jul 29; 349: g4554. doi: 10.1136/bmj.g4554. PMID: 25073783; PMCID: PMC4115151.
45. Crider K. S., Zhu J. H., Hao L., Yang Q. H., Yang T. P., Gindler J., Maneval D. R., Quinlivan E. P., Li Z., Bailey L. B., Berry R. J. MTHFR 677C>T genotype is associated with folate and homocysteine concentrations in a large, population-based, double-blind trial of folic acid supplementation. *Am J Clin Nutr.* 2011 Jun; 93(6):1365-72. doi: 10.3945/ajcn.110.004671. Epub 2011 Apr 20. PMID: 21506090.
46. Shelnutt K. P., Kautwell G. P., Gregory J. F. 3rd, Maneval DR, Quinlivan EP, Theriaque DW, Henderson GN, Bailey LB. Methylene tetrahydrofolate reductase 677C>T polymorphism affects DNA methylation in response to controlled folate intake in young women. *J Nutr Biochem.* 2004 Sep; 15(9):554-60. doi: 10.1016/j.jnutbio.2004.04.003. PMID: 15350988.
47. Jensen C. L. Effects of n-3 fatty acids during pregnancy and lactation. *Am J Clin Nutr.* 2006 Jun; 63(6 Suppl):1452S-1457S. doi: 10.1093/ajcn/63.6.1452S. PMID: 16841854.
48. <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/omega-3-fish-oil-and-pregnancy/>. www.isfal.org
49. Ouellet M., Emond V., Chen C. T., Julien C., Bourasse F., Oddo S., LaFerla F., Bazinet R. P., Calon F. Diffusion of docosahexaenoic and eicosapentaenoic acids through the blood-brain barrier: An in situ cerebral perfusion study. *Neurochem Int.* 2009 Dec; 55(7):476-82. doi: 10.1016/j.neuint.2009.04.018. Epub 2009 May 13. PMID: 19442696.
50. Chen C. T., Domenichello A. F., Trépanier M. O., Liu Z., Masoodi M., Bazinet R. P. The low levels of eicosapentaenoic acid in rat brain phospholipids are maintained via multiple redundant mechanisms. *J Lipid Res.* 2013 Sep; 54(9):2410-22. doi: 10.1194/jlr.M338505. Epub 2013 Jul 8. PMID: 23836105; PMCID: PMC3735939.
51. Middleton P., Gomersall J. C., Gould J. F., Shepherd E., Olsen S. F., Makrides M. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 15; 1(11): CD003402. doi: 10.1002/14651858.CD003402.pub3. PMID: 30480773; PMCID: PMC6516961.
52. Zhang Z., Fulgoni V. L., Kris-Etherton P. M., Mittleman S. H. Dietary Intakes of EPA and DHA Omega-3 Fatty Acids among US Childbearing-Age and Pregnant Women: An Analysis of NHANES 2001-2014. *Nutrients.* 2018 Mar 28; 10(4):416. doi: 10.3390/nu10040416. PMID: 29597261; PMCID: PMC5946201.

Статья поступила / Received 01.09.2021
Получена после рецензирования / Revised 06.09.2021
Принята в печать / Accepted 07.09.2021

Сведения об авторах

Орлова Светлана Владимировна, д.м.н., проф., зав. кафедрой диетологии и клинической нутрициологии¹. E-mail: rudn_nutr@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4689-3591

Никитина Елена Александровна, к.м.н., доцент кафедры диетологии и клинической нутрициологии¹. E-mail: nikitina-ea1@rudn.ru. ORCID: 0000-0003-3220-0333

Прокопенко Елена Валерьевна, врач-эндокринолог, диетолог, врач-методолог медицинского департамента². E-mail: elvprokopenko@gmail.com

Волкова Людмила Юрьевна, к.м.н., ст. преподаватель отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи³. E-mail: lvolkova2912@yandex.ru

Водолазкая Ангелина Николаевна, врач-диетолог-эндокринолог медицинского центра⁴. E-mail: drvodolazkaya@gmail.com

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

² ООО «МС Групп», Москва

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии

и профилактической медицины» Минздрава России, Москва

⁴ ООО «Эль-Клиника», Москва

Автор для переписки: Орлова Светлана Владимировна. E-mail: rudn_nutr@mail.ru

About authors

Orlova Svetlana V., DM Sci, prof., head of Dept of Dietetics and Clinical Nutritionology¹. E-mail: rudn_nutr@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4689-3591

Nikitina Elena A., PhD Med, assistant professor at Dept of Dietetics and Clinical Nutritionology¹. E-mail: nikitina-ea1@rudn.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3220-0333>

Prokopenko Elena V., endocrinologist, nutritionist, methodologist of Medical Dep². E-mail: elvprokopenko@gmail.com

Volkova Lyudmila Y., PhD Med, senior lecturer at Dept of Organizational and Methodological Management and Analysis of Quality of Medical Care³. E-mail: lvolkova2912@yandex.ru

Vodolazkaya Angelina N., nutritionist-endocrinologist⁴. E-mail: drvodolazkaya@gmail.com

¹ Peoples' Friendship University of Russia Moscow, Russia

² MS Group, Moscow, Russia

³ National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine,

Moscow, Russia

⁴ Et-Clinic, Moscow, Russia

Corresponding author: Orlova Svetlana V. E-mail: rudn_nutr@mail.ru

Для цитирования: Орлова С.В., Никитина Е.А., Прокопенко Е.В., Волкова Л.Ю., Водолазкая А.Н. Питание беременных: развенчиваем мифы! Медицинский алфавит. 2021; (23): 13–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-23-13-18>

For citation: Orlova S. V., Nikitina E. A., Prokopenko E. V., Volkova L. Yu., Vodolazkaya A. N. Nutrition for pregnant women: debunking the myths! Medical alphabet. 2021; (23): 13–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-23-13-18>



ЭЛЕВИТ® 2¹

ПОЛНОЦЕННОЕ РАЗВИТИЕ ВСЕХ ОРГАНОВ МАЛЫША



Две самые полезные² омега-3
кислоты для строительства
всех тканей организма ребенка,
включая нервную
и сердечно-сосудистую системы



L.RU.MKT.CC.06.2020.3236

1. Биологически активная добавка к пище «Второй и Третий Триместр» товарного знака «Элевит»®. Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.003192.09.19 от 05.09.2019 г.

2. Докозагексаеновая (ДГК) и эйкозапентаеновая (ЭПК), по данным Американской ассоциации беременности, <https://americanpregnancy.org/pregnancy-health/omega-3-fish-oil/>

АО «БАЙЕР», 107113, Россия, г. Москва, ул. 3-я Рыбинская, д. 18, стр. 2. Тел.: +7 (495) 231-12-00, www.bayer.ru

БАД, ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Индивидуальный подход

к каждой женщине
и забота о рождении
здорового ребенка

Для женщин без сопутствующих заболеваний,
С НИЗКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГИПОВИТАМИНОЗОВ¹

ИМТ менее 30 кг/м² / гемоглобин ≥ 120 г/л
Возраст до 35 лет



ПЛАНИРОВАНИЕ И 1 ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ

Именно Элевит[®] 1²

содержит Метафолин[®] для 100 % усвоения
фолатов, железо и витамин D;



поддерживает нормальное течение
беременности и способствует
снижению риска ВПР³.



2-3 ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ

Именно Элевит[®] 2⁴

содержит 2 самые полезные омега-3
кислоты⁵: ЭПК и ДГК для строительства
всех тканей организма ребенка;



1 таблетка в день.

КОРМЛЕНИЕ

Именно Элевит[®] 3 Кормление⁶

это полноценная формула
с высокоочищенной
омегой-3;



уникальные витамины
для улучшения качества
грудного молока⁷;



поддерживает развитие
головного мозга, зрения
и иммунитета ребенка.



ПЛАНИРОВАНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Именно Элевит[®] Пронаталь⁸

обеспечивает усиленную витаминную
поддержку;



единственный ВМК с собственной
доказательной базой в отношении
профилактики ВПР и осложнений
беременности^{9,10};



в отличие от других ВМК содержит 800 мкг
фолиевой кислоты, оптимальную дозу
витамина D и 60 мг железа¹¹.



Элевит[®] Пронаталь. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: профилактика и лечение гиповитаминоза, дефицита минеральных веществ и микроэлементов на этапе планирования беременности, в период беременности, после родов и в период грудного вскармливания. Способ применения и дозы: принимать внутрь по 1 таблетке в сутки во время еды, запивая небольшим количеством воды. Рекомендуемая продолжительность приема составляет 1 месяц до наступления беременности (в случае планирования беременности), в течение всего периода беременности и грудного вскармливания. Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата, гипервитаминоз витаминов A, D, E, гиперкальциемия, гиперкальциурия, период лечения ретиноидами, тяжелая форма почечной недостаточности, мочекаменная болезнь, нарушение обмена железа, нарушение обмена меди (болезнь Вильсона), непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция, аллергические реакции на арахис или сою. С осторожностью: заболевания печени и почек. Побочные действия: возможны аллергические реакции на компоненты препарата (крапивница, отек лица, гиперемия кожи, сыпь, анафилактический шок), расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, гиперкальциурия. Могут наблюдаться головная боль, головокружение, бессонница, повышенная возбудимость. Особые указания: необходимо учитывать дополнительные поступления витаминов A и D во избежание гипервитаминоза. Рег. номер: П N015935/01, инструкция по применению от 16.06.2020. Полную информацию смотрите в инструкции по применению. ¹ Барков И.И. Индивидуальный подход и микронутриентной поддержке беременности // Акушерство и гинекология. 2020; № 6 (приложение): 14-16. ² Элевит[®] 1. Планирование и Первый Триместр биологически активной добавки к пище. № RU.77.99.88.003.E.001560.04.17 от 03.04.2017. Далее - «Элевит[®] 1». ³ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. ⁴ Элевит[®] 2 Второй и Третий Триместр товарного знака «Элевит[®]». Биологически активная добавка к пище. № RU.77.99.11.003.E.003192.09.19 от 05.09.2019. Далее - «Элевит[®] 2». ⁵ По данным American Pregnancy Association, <http://americanpregnancy.org/pregnancy-health/omega-3-fish-oil/>. ⁶ Элевит[®] 3 Кормление биологически активная добавка к пище. № RU.77.99.11.003.E.001548.03.17 от 31.03.2017. Далее - «Элевит[®] 3 Кормление». ⁷ ООД «ИЙКОБИВА Соловьев», «Формичный аудит» ПС и БАД в РФ, по итогам декабря 2019 года торговое наименование «Элевит[®] 3 Кормление» является единственной биологически активной добавкой к пище, содержащей в своем составе комбинацию омега-3, витаминов A и D, среди безрецептурных лекарственных препаратов и биологически активных добавок группы ОАА4 «Мультивитамины + минералы для беременных и кормящих» (классификация consumer healthcare). ⁸ Согласно инструкции «Элевит[®] Пронаталь» может применяться на этапе планирования беременности, в период беременности, после родов и в период грудного вскармливания. ⁹ Czeizel A.E. Primary prevention of neural tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. Paediatr Drugs. 2000 Nov-Dec; 2(6):437-49. ¹⁰ Мозговая Е.В., Прокопенко В.М. с соавт. Оценка клинической эффективности витаминно-минерального комплекса «Элевит[®] Пронаталь» для профилактики железодефицитной анемии и гестоза при беременности // РМЖ. 2011; 19(1):34-39. ¹¹ По данным ежеквартального рейтингового аудита фармацевтического рынка России, проводимого ЗАО «Группа ДСМ» (DSM Group), по состоянию на август 2020 года препарат «Элевит[®] Пронаталь» содержит дозировку фолиевой кислоты, превосходящую 400 мкг, в сочетании с железом и витамином D, при том что таким свойством не обладает 75 % рынка витаминов для беременных (ВМ) и БАД.



АО «БАЙЕР», 107113, Россия, г. Москва, ул. 3-я Рыбинская, д. 18, стр. 2
Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02

реклама

«ЭЛЕВИТ[®] ПРОНАТАЛЬ» — ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО
«ЭЛЕВИТ[®] 1»², «ЭЛЕВИТ[®] 2»⁴, «ЭЛЕВИТ[®] 3 КОРМЛЕНИЕ»⁶ — БАДы, не являются лекарственным средством
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ