**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .04 Профилактическая деятельность**

**МДК 04.01 Профилактика заболеваний и санитарно- гигиеническое образование населения**

**Раздел № 5 Организация и проведение профилактики акушерской и гинекологической патологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №5.1 «Профилактика акушерской патологии»**

**Лекция №1**

**Выявление факторов риска развития акушерской патологии.**

**Цель занятия**: освоить понятия "факторы риска", ознакомить студентов с возможными осложнениями плода и новорожденного при несоблюдении рекомендации фельдшера, изучить методы профилактики развития акушерской патологии до беременности и при беременности.

**Место занятия**: учебная комната, женская консультация.

**Наглядные пособия**: таблицы, рисунки и слайды.

**Основные вопросы темы**:

1.Дать понятие Нарушения детородной функции

## 2. Факторы риска, приводящие к акушерским патологиям

3. Определение риска перинатальной патологии

4.Ведение беременности и подготовка беременной к родам

**Содержание занятия**.

**Слайд 2**

Опыт практической работы и результаты научных исследований указывают на возможность предвидения, а следовательно, и [профилактики акушерской патологии](http://ginekolog.my1.ru/publ/akusherstvo/akusherskie_patologii/obshhie_svedenija_o_profilaktike_akusherskoj_patologii/21-1-0-144).

Нарушения детородной функции возникают под влиянием патогенных факторов, действующих на организм в разные периоды его развития. Существенное значение имеет неблагоприятное влияние на репродуктивную систему в периоды антенатальной жизни, детства, полового созревания и в зрелом возрасте. Различные по характеру патогенные агенты могут вызывать аналогичные или сходные последствия:

**Слайд 3**

* задержку или замедление развития половых органов;
* несовершенство функций нейроэндокринных структур, регулирующих деятельность репродуктивной системы;
* пороки развития половых органов (реже).

В связи с этим во время беременности не возникают или бывают несовершенными многочисленные физиологические приспособительные изменения, необходимые для ее благополучного течения. Это является причиной невынашивания беременности, токсикозов, гипохромной анемии и других осложнений беременности, имеющих различную клиническую картину. Недостаточность механизмов адаптации способствует также проявлению диабета, сосудистой патологии, нарушений деятельности щитовидной железы, надпочечников, а также других заболеваний и функциональных расстройств, имевших скрытое течение до наступления беременности.

## Основные факторы риска, приводящие к акушерским патологиям

**Слайд 4**

**Риск возникновения разных видов акушерской патологии возможен при следующих особенностях анамнеза и данных объективного исследования:**

1. Малая масса тела женщины при рождении, недоношенность, [асфиксия](http://ginekolog.my1.ru/publ/akusherstvo/bolezni_i_ukhod_za_novorozhdennymi/asfiksija_novorozhdennykh/31-1-0-596), родовые травмы, инфекционные и другие заболевания, перенесенные ею в периоде новорожденности.

**Слайд 5**

2. Острые, хронические и инфекционно-аллергические заболевания (респираторные вирусные заболевания, ангины, тонзиллит, инфекционный паротит, болезнь Боткина, [туберкулез](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vidy_vospalitelnykh_zabolevanij_v_ginekologii/tuberkulez/24-1-0-313) и др.) в детском возрасте и в периоде полового созревания. Особое значение имеют большое число (высокий индекс) перенесенных заболеваний, повторность их (ангина и др.), длительность и тяжесть течения. Указанные заболевания нередко тормозят анатомическое и функциональное развитие половой системы, а следовательно, и нормальное развитие беременности, если она возникает.

3. Особенности становления и характер менструальной функции. Осложнения беременности нередко возникают у женщин с запоздалым (в возрасте старше 15 лет) или преждевременным (в 11 лет и ранее) началом менструаций, с неустановившимся ритмом или поздним (более 6–7 мес) установлением менструальных циклов, а также у женщин с нарушениями [менструальной функции](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/menstrualnaja_funkcija/menstrualnaja_funkcija_i_ee_reguljacija/5-1-0-3) в зрелом возрасте.

4. Риск возникновения акушерской патологии при беременности, возникшей после продолжительного бесплодия, в результате стимуляции овуляции, после резекции яичников ([склерокистоз](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/bolezni_v_ginekologii/sindrom_sklerokistoznykh_jaichnikov/7-1-0-213" \t "_blank)), а также у женщин с признаками угрожающего выкидыша при данной беременности. Следует учитывать возможность аномалий развития плода (гипотрофия, функциональная незрелость, пороки развития).

**Слайд 6**

5. Ранние и поздние токсикозы, гипохромная анемия и другие осложнения часто развиваются при беременности, возникшей на фоне существующих заболеваний: пиелонефрита, гепатобилиарной патологии, пороков сердца, гипертонической болезни, артериальной гипотонии, диабета, нарушения функции надпочечников и щитовидной железы, туберкулеза и других заболеваний. Беременные с указанными заболеваниями относятся к группе высокого риска акушерской патологии.

**Слайд 7**

6. Осложнения беременности, возникающие при ожирении, а также упадке питания (несбалансированное или недостаточное питание, заболевания и нарушение функций пищеварительных органов). Особенно неблагоприятна высокая степень ожирения.

7. Проявления общего и генитального [инфантилизма](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/metody_lechenija_v_ginekologii/lechenie_genitalnogo_infantilizma/9-1-0-713). Следует отметить известную акушерам-гинекологам частоту несоответствия проявлений генитального инфантилизма общему физическому развитию женщин.   Недоразвитие матки (инфантильная матка, гипоплазия ее, характеризующаяся обычным соотношением длины тела и шейки) и гипофункция яичников могут наблюдаться у физически развитых (нормальный рост и телосложение) женщин, а не только у женщин с проявлениями универсального инфантилизма. О недоразвитии половой системы можно судить на основании анамнеза, сведений о менструальной и генеративной функциях (частые заболевания, в том числе инфекционные в детстве и в периоде полового созревания, запоздалое начало и неправильность в становлении менструальной функции, первичное бесплодие, самопроизвольное прерывание первой беременности и др.), а также данных общего и гинекологического исследований до наступления данной беременности.

В течение 12–14 нед беременности, возникшей на фоне недоразвития половых органов, могут отмечаться отставание матки в росте (примерно на 2 нед), плотноватая ее консистенция, недостаточно выраженный признак Горвица – Гегара. Если беременность сохраняется, то при дальнейшем развитии ее все указанные признаки недоразвития матки исчезают.

Известно, что инфантилизм представляет риск в отношении преждевременного прерывания беременности. При этом угроза выкидыша соответствует степени анатомического и функционального недоразвития половых органов. Однако функциональная недостаточность эндокринной, сосудистой и других систем, нередко сопутствующая инфантилизму, является фоном, предрасполагающим к развитию ранних и поздних токсикозов, гипохромной анемии и осложнений родов (слабость и дискоординация родовых сил, гипотонические кровотечения и др.).

**Слайд 8**

8. Аномалии развития половых органов (двурогая, однородная, седловидная, удвоенная матка, перегородки в матке и во влагалище и др.), которым часто сопутствует гипофункция яичников, нарушающая нормальное течение беременности.

9. Искусственные аборты, предшествующие настоящей беременности. Искусственные аборты, особенно прерывание первой беременности, относятся к числу частых причин привычных выкидышей. Если самопроизвольное прерывание первой беременности чаще всего связано с инфантилизмом и сопутствующей гипофункцией яичников, то привычные выкидыши после искусственного аборта являются следствием вторично возникшей недостаточности функций яичников, эндометрия и истмического   отдела.

**Слайд 9**

10. Истмико-цервикальная недостаточность. Возникает чаще всего вследствие повреждений перешейка и круговой мускулатуры, окружающей внутренний зев (сфинктер) при искусственном прерывании беременности (реже при диагностическом выскабливании, родах крупным плодом, родоразрешающих операциях).

При искусственном аборте происходит резкое раздражение и даже повреждение нервных окончаний, возникает патологическая импульсация в область солнечного сплетения и вегетативных центров гипоталамуса, лимбическую систему и кору головного мозга. На деятельность гипоталамо-гипофизарной системы влияет также внезапное, насильственное прекращение эндокринной функции желтого тела беременности и хориона. При повторных абортах изменения в гипоталамо-гипофизарной системе могут приобрести более или менее стабильный характер, что тормозит развитие приспособительных реакций при вновь возникшей, желанной беременности. Эти условия предрасполагают не только к выкидышу, но также к развитию токсикозов в первой и второй половине беременности.

**Слайд 10**

Изменения, связанные с искусственным абортом, являются причиной осложнений в родах и послеродовом периоде (аномалии родовых сил, кровотечения, послеродовые заболевания, гипогалактия и др.).

**Слайд 11**

10. Воспалительные заболевания внутренних половых органов, в том числе возникшие после родов и абортов. Беременность может возникнуть при остаточных явлениях и (реже) в хронической стадии воспалительных заболеваний. Она может протекать нормально и способствовать устранению остаточных явлений воспалительного процесса (восстановление сосудистой сети, исчезновение или уменьшение спаек и др.). С другой стороны, нередко наблюдаются осложнения беременности, причинами которых служат: 1) морфологические и функциональные изменения в маточных трубах, нарушающие транспорт и имплантацию оплодотворенной яйцеклетки ([эктопическая беременность](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vse_o_beremennosti/vnematochnaja_ehktopicheskaja_beremennost/20-1-0-701), несвоевременная и несвоеместная имплантация, заканчивающаяся гибелью зародыша);

**Слайд 12**

2) морфологические и функциональные изменения в эндометрии, тормозящие трансформацию эндометрия, необходимую для нормальной имплантации и последующего развития зародыша (риск выкидыша, неразвивающаяся беременность); имплантация в нижнем отделе матки (угроза предлежания плаценты), глубокое врастание ворсин; 3) возможность неадекватной импульсации в вегетативные центры гипоталамуса в связи с изменениями в нервных окончаниях эндометрия при воспалительных заболеваниях. При этом не формируются совершенные механизмы адаптации к беременности (доминанта беременности), что может обусловить возникновение осложнений беременности, в частности выкидыша и токсикозов.

**Слайд 13**

Таким образом, воспалительные заболевания, особенно сочетающиеся с нейроэндокринными нарушениями, могут представлять риск преждевременного прерывания беременности, токсикозов, аномалий и родовой деятельности (следовательно, и кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах), предлежания и преждевременной отслойки плаценты.

**Слайд 14**

При воспалительных процессах в области шейки матки и влагалища возможно инфицирование плаценты, оболочек и плода. Инфицирование плодного яйца нередко возникает при истмико-цервикальной недостаточности.

**Слайд 15**

11. Узкий таз. Эта патология имеет неблагоприятное значение не только для родов, но также для течения беременности. Кроме отсутствия фиксации головки в конце беременности (при этом матка оттесняет диафрагму кверху), сравнительной частоты тазовых предлежаний, косых положений, одышки и сердцебиения, нередко наблюдаются поздние токсикозы.

**Слайд 16** К возникновению токсикозов предрасполагают последствия тех заболеваний и функциональных нарушений, которые послужили причиной неправильного развития таза.

**Слайд 17**

12. Кесарево сечение, консервативная миомэктомия и другие операции на матке в анамнезе. Такие беременные заслуживают особого внимания в связи с угрозой спонтанных разрывов не только в родах, но и во время беременности.

Разрыв оперированной матки во время беременности – явление редкое, но его необходимо учитывать, особенно в тех случаях, когда наблюдалось осложненное течение послеоперационного периода. В соответствии с этим должен решаться вопрос о досрочной госпитализации указанного контингента беременных женщин. К этой же группе относятся беременные, оперированные по поводу мочеполовых свищей и полного разрыва промежности (III степень), а также перенесшие тяжелые послеродовые заболевания (септический эндометрит, метротромбофлебит и др.), которые предрасполагают к несостоятельности матки (дистрофические процессы, фиброз и др.).

**Слайд 18**

13. Повторяемость акушерской патологии. Эта проблема очень мало освещена в литературе. Однако практический опыт показывает возможность повторения осложнений, имевших место при прежних беременностях и родах (рвота беременных, угроза выкидыша, неправильное положение плода, нефропатия, несвоевременное отхождение вод и др.). Женщины с осложнениями беременности и родов, а также перенесшие акушерские операции и пособия должны быть выделены в группу, требующую особого внимания врача консультации.

14. Небольшой интервал между родами (особенно у многорожавших женщин). Опасность осложнений существует не только во время родов (аномалии родовых сил, кровотечения и др.), но также во время беременности (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, варикозное расширение вен нижних конечностей и половых органов и др.).

15. Несовместимость организма матери и плода по резус-фактору и системе АВО, особенно при наличии антител, при повторной беременности и рождении детей с признаками гемолитической болезни. В соответствии с существующими установками каждую беременную обследуют на наличие резус-фактора, а резус-отрицательных – на содержание антител и их динамику.

**Слайд 19** 16. Курение и злоупотребление алкоголем. Опубликовано много исследований, результаты которых указывают на частоту аномалий развития плода, преждевременного прерывания беременности и других осложнений у курящих и употребляющих алкоголь женщин.

17. Нарушение санитарно-гигиенических условий труда (несоблюдение законодательства по охране труда), в частности воздействие химических соединений, вибрации и др. Такие факторы могут вызвать осложнение беременности (самопроизвольный выкидыш и др.), особенно при недоразвитии половых органов, воспалительных заболеваниях, искусственных и самопроизвольных выкидышах в анамнезе. Фактором, способствующим развитию осложнений, является неправильное питание. Отрицательное влияние оказывают не только недостаточное, несбалансированное питание (недостаток белков, углеводов, липидов, электролитов, микроэлементов, витаминов), но также избыточное питание,   излишек   поваренной   соли,   экстрактивных   веществ, а также углеводов (особенно хлеба, сахара, картофеля, бобовых), вызывающих ожирение. Правильное питание имеет существенное значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии.

**Слайд 20**

19. Многоплодная беременность и [тазовое предлежание плода](http://ginekolog.my1.ru/publ/akusherstvo/vse_o_rodakh/vedenie_rodov_pri_tazovom_predlezhanii_ploda/29-1-0-536), предрасполагающие к токсикозам, сердечно-сосудистым нарушениям, аномалиям положения плода, а также осложнениям в родах. Тазовые предлежания плода не сопровождаются выраженными осложнениями беременности, но опасны возникновением перинатальной патологии. Многоплодная беременность и тазовые предлежания отнесены к состояниям, пограничным между нормальным и патологическим процессами, и относятся к группе риска.

**Слайд 21**

20. Акушерские осложнения ([токсикозы](http://ginekolog.my1.ru/publ/akusherstvo/akusherskie_patologii/toksikoz_pri_beremennosti/21-1-0-146), [анемия](http://ginekolog.my1.ru/publ/akusherstvo/akusherskie_patologii/lechebno_profilakticheskaja_pomoshh_pri_anemii/21-1-0-147) и др.), нередко наблюдающиеся у молодых (особенно юных) и пожилых беременных (особенно пожилых первобеременных).

22. [Перенашивание беременности](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vse_o_beremennosti/perenashivanie_beremennosti/20-1-0-553" \t "_blank) (42 нед и более). При перенашивании нередко возникают осложнения родов (аномалии родовых сил, восходящая инфекция и др.). Указанные факторы представляют собой риск возникновения основных видов акушерской патологии, в том числе преждевременного прерывания беременности и [поздних токсикозов беременных](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vse_o_beremennosti/pozdnie_toksikozy_u_beremennykh/20-1-0-546).

**Слайд 22 Преждевременному прерыванию беременности (самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды) способствуют:**

1. генитальный инфантилизм (анатомическое и функциональное недоразвитие половых органов), представляющий собой основную причину самопроизвольного прерывания первой беременности;
2. нейроэндокринные нарушения (дисфункция надпочечников, яичников, щитовидной, поджелудочной и других желез внутренней секреции);
3. предшествующие искусственные аборты и их последствия (нейроэндокринные расстройства, истмико-цервикальная недостаточность, воспалительные процессы);
4. хронический эндометрит и сальпингоофорит (которым нередко сопутствует гипофункция яичников), тормозящие развитие физиологических изменений в половых органах, которые необходимы для развития беременности;

**слайд 23**

1. истмико-цервикальная недостаточность органическая (травмы мускулатуры истмуса и жома внутреннего зева), возникшая в связи с абортами, патологическими родами и акушерскими операциями, и функциональная, зависящая от недостаточности половых гормонов, особенно [прогестерона](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/gormony/progesteron/4-1-0-221);
2. аномалии развития зародыша, связанные с генетическими нарушениями и воздействием повреждающих факторов среды в ранние сроки беременности;
3. нередко к прерыванию беременности ведут острые инфекционные заболевания, протекающие в тяжелой форме (грипп, краснуха и др.), а также хронические инфекции ([токсоплазмоз](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vidy_vospalitelnykh_zabolevanij_v_ginekologii/toksoplazmoz/24-1-0-323), сифилис, герпес и др.).

**слайд 24**

К числу основных факторов, определяющих возникновение патологии

плода при заболеваниях беременной, относится гипоксия. Имеют значение ухудшение условий питания, метаболизма и выведения продуктов обмена плода, интоксикация и другие патогенные влияния.

**Слайд 25**

Определенную роль играет длительная медикаментозная терапия, которая нередко проводится без должного учета особенностей фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов в период беременности в антенатальной жизни.

Таким образом, факторы риска возникновения акушерской патологии оказывают косвенное или непосредственное влияние на плод и новорожденного.

В настоящее время созданы схемы, способствующие определению риска перинатальной патологии и его степени. Степень риска оценивается в баллах, что имеет значение для прогноза перинатальной патологии и определения мер ее предупреждения.

Удачной и приемлемой для женских консультаций является система определения риска перинатальной патологии, разработанная О. Г. Фроловой и Е. И. Николаевой (1980). Для оценки степени риска у плода и новорожденного учитывают сумму баллов угрозы неблагоприятных воздействий в антенатальном и интранатальном периодах. При сумме баллов 10 и более существует высокий риск перинатальной патологии, 5–9 баллов указывают на среднюю, 4 и менее – на низкую степень риска. Факторы риска перинатальной патологии и смертности разделены на факторы, действующие в антенатальном (группа А) и интранатальном (группа В) периодах. К пренатальным относятся факторы:

* социально-биологические;
* анамнестические (акушерско-гинекологический анамнез);
* экстрагенитальной патологии;
* осложнения настоящей беременности;
* состояние плода.

**Слайд 26**

**Беременность** – физиологическое состояние животного организма в период плодоношения. Она начинается с момента оплодотворения и заканчивается рождением зрелого плода.

Беременность благоприятно влияет на развитие материнского организма: ускоряется завершение зрелости тела у первобеременных.

Плод предъявляет определенные, специфические для каждого периода беременности требования к материнскому организму. При закладке систем и органов у плода возникает большая потребность в обеспечении его веществами, необходимыми для формирования нового организма.  
 В организме матери при беременности возникают сложные изменения для подготовки организма к родам и лактации. Между матерью и плодом через плацентарный барьер возникает комплекс иммунологических взаимосвязей. В организме значительно изменяются обмен веществ и функции всех органов и систем.

**Слайд 27**

Функциональные изменения и перестройка организма беременных регулирует центральная нервная система. В эндокринную систему включаются еще две железы: плацента и желтое тело. Увеличивается гонадотропная функция передней доли гипофиза, усиливающая деятельность желтого тела, гормоны которого стимулируют функцию молочной и щитовидной желез, надпочечников. В плаценте образуются прогестерон, эстрогенные, гонадотропные гормоны, стимулирующие рост матки и молочных желез.

Меняется буквально все в ее жизни - привычки, вкусы, эмоции, фигура. Порой самой женщине из-за всех этих перемен становится неприятно и иногда даже стыдно.

**Слайд 28**

**Общие сведения о профилактике акушерской патологии**

Профилактика осложнений беременности и родов является основополагающим принципом деятельности специалистов женских консультаций, ФАПов и амбулаторий. Руководствуясь им, женские консультации достигли значительных результатов в деле снижения осложнений беременности и особенно тяжелых форм акушерской патологии. С этими достижениями связаны улучшение исхода родов, уменьшение перинатальной заболеваемости и смертности, а также послеродовых и гинекологических заболеваний.

Профилактическая деятельность имеет большое значение в охране здоровья женщин. В настоящее время отмечается острая необходимость более высокого качества медицинского обслуживания

****

**Слайд 29** Восстановительному лечению (реабилитации) подлежат многие женщины, перенесшие тяжелые виды акушерской патологии и гинекологические заболевания. В плане предупреждения акушерской патологии особо важное значение имеют диспансерное наблюдение и восстановительное лечение (по показаниям) женщин, перенесших:

**Слайд 30**

* [поздние токсикозы](http://ginekolog.my1.ru/publ/ginekolog/vse_o_beremennosti/pozdnie_toksikozy_u_beremennykh/20-1-0-546), исходом которых нередко бывают гипертоническая болезнь, нарушения эндокринной системы, обмена веществ, функции почек и другие расстройства;
* послеродовые заболевания инфекционной этиологии, характеризующиеся сложностью патогенеза вследствие участия всех важнейших систем (иммунной, нервной, сосудистой, кроветворной и др.) и возможностью стабилизации остаточных патологических процессов;

**слайд 31**

* акушерские операции, особенно при наличии патологических процессов, предшествующих оперативным вмешательствам и имевших место в послеоперационном периоде;
* все женщины с остаточными очаговыми патологическими процессами (связанными с предшествующей акушерской патологией) и вторично возникшими функциональными расстройствами, болевым синдромом и другими нарушениями.

**Слайд 32**

Рационально спланированная заблаговременная подготовка к беременности значительно снижает вероятность рождения детей с врождёнными пороками развития (ВПР)

Коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни её будущего ребёнка .

Прегравидарное консультирование (с дальнейшей развёрнутой ПП) необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу, если пациентка не использует надёжную контрацепцию либо не против наступления беременности (не будет её прерывать)

Итак: **Прегравидарная подготовка** — комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары. ПП необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребёнка .

**Во время эмбрионального развития плода беременная должна быть обеспечена полноценным питанием, должны соблюдаться все правила для сохранения ее здоровья.**

Необходимо принять меры для **предупреждения ряда заболеваний** беременной, особенно гриппа, краснухи, Коксаки инфекций, вирусного гепатита и пр., потому что именно в этом периоде плод наиболее уязвим и эти заболевания могут обусловить развитие различных врожденных пороков. Использование чистого, свежего воздуха, умеренные занятия физкультурой, личная гигиена, благоприятные жилищные и другие условия и пр. также имеют существенное значение для охраны плода.

Следует обсудить с обоими будущими родителями негативное влияние табакокурения (в том числе пассивного вдыхания табачного дыма), злоупотребления алкоголем, употребления наркотических средств на сперматогенез, оогенез, возможность зачатия, вынашивание и исход беременности.

Необходимы **нормализация режима дня** (отход ко сну не позднее 23.00–24.00 обоим супругам для обеспечения физиологических условий синтеза соматотропина и мелатонина65; длительность сна 7–8 ч), **умеренные физические нагрузки** (снижают риск невынашивания и преждевременных родов , **минимизация воздействия стрессов** (в том числе социально-обусловленных), **сбалансированный режим питания**.

**Индивидуальное домашнее задание.**

**Выбрать одно из заданий , распределять равномерно между студентами группы**

1.Подготовка индивидуального сообщения по теме: «Родовые сертификаты».

2.Составить примерный план занятий в школе отцов и матерей

3. Составить примерный план психопрофилактической подготовки к родам

**Дать понятие и раскрыть задачи**

Прегравидарная подготовка.