

# ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Доцент кафедры акушерства и  
гинекологии лечебного факультета  
СГМУ, к.м.н. Турлупова Т.И.

- **Факторы риска развития гнойных воспалительных заболеваний придатков матки**

Почти у каждой 5-й женщины, перенесшей острый сальпингоофорит, развиваются гнойно-септические осложнения, требующие хирургического лечения.

Основные причины развития тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки:

1. Внутриматочная контрацепция

- **Риск инфицирования при использовании ВМК определяют**
  - **длительность использования ВМК**
  - **тип ВМК**

**Максимальный риск развития ВЗПМ отмечен в течение 1-го месяца после введения ВМК (5-8 случаев на 100).  
Через 12-24 месяца -2,5 на 100.**

**При непрерывном использовании свыше 2-х лет частота ВЗПМ значительно увеличивается.**

**2. Внутриматочные вмешательства,** включая искусственное прерывание беременности - наличие дефектов эндометрия, питательная среда для микроорганизмов в виде нитей фибрина, сгустков крови и некротизированных тканей, ослабление местной барьерной системы, активизация нормальной цервикальной и влагалищной флоры

**3. Хирургические вмешательства** - риск прямо пропорционален времени контакта между брюшной полостью и влагалищной средой. Максимальный риск при влагалищной гистерэктомии, средний- при абдоминальной гистерэктомии, минимальный при кесаревом сечении и эндохирургии.

## **Факторы защиты:**

- 1. Сомкнутое состояние половой щели (изоляция влагалища от внешней среды)**
- 2. Способность влагалища к самоочищению - концентрация молочной кислоты во влагалище в норме 0,3-0,5%. Такая степень кислотности оптимальна для нормальной микрофлоры и тормозит развитие условно-патогенных и патогенных микроорганизмов**

**3.Шейка матки тормозит проникновение микробов в полость матки благодаря узости зево́в и наличия слизистого секрета в цервикальном канале.**

**4.Циклическая отслойка функционального слоя эндометрия, перистальтические сокращения маточных труб, наличие зародышевого эпителия, покрывающего поверхность яичников**

**Таким образом, в норме  
половые органы женщины  
обладают многоступенчатой  
защитой, отграничивающей ее  
верхний отдел**

# Патогенез инфицирования внутренних половых органов

**Основные механизмы инфицирования  
придатков матки**

**-восходящий путь**

**(интраканаликулярный) связан**

**а) со сперматозоидами, которые играют  
роль «транспортного средства» для  
большинства бактерий и вирусов.**

**б) с трихомонадами - принадлежность их к классу жгутиковых позволяет активно проникать в маточные трубы и брюшную полость**

**в) пассивный перенос бактерий, связанный с изменением давления в полости матки, обусловленным движениями диафрагмы при дыхании**

**Для развития воспалительного процесса в придатках необходима не только высокая концентрация микроорганизмов, достигших маточных труб, но и их особая вирулентность**

- Распространение инфекции через систему кровеносных и лимфатических сосудов. При лимфогенном инфицировании в первую очередь поражается серозная оболочка труб, а затем мышечная и слизистая.**
- Гематогенное инфицирование возможно при наличии отдаленных очагов воспаления – пневмония, абсцессы мягких тканей и т.п. Классическим примером гематогенного десиминирования является генитальный туберкулез**
- Инфицирование при непосредственном контакте воспаленных органов брюшной полости (червеобразный отросток, мочевой пузырь, кишечник) с придатками матки.**

**Согласно современным представлениям, в этиологии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки ведущая роль отводится ассоциациям аэробных и анаэробных бактерий, многие из которых являются представителями нормальной микрофлоры влагалища и цервикального канала**

**Этиологическая структура гнойных воспалительных заболеваний придатков матки-смешанная полимикробная инфекция**

**-анаэробно-аэробная флора -25-60%**

**-Neisseria gonorrhoea-25-50%**

**-Chlamydia trachomatis -25-30%**

**-Genital mycoplasmas- до 15%**

При вовлечении в воспалительный процесс маточных труб развивается отек и набухание стенок трубы, сдушивается выстилающий ее эпителий, образуются микроизъязвления.

Просвет трубы заполняется экссудатом, вначале серозным, а затем при смешивании с лейкоцитами и расплавленными клетками слизистой - серозно-гнойным и гнойным.

При слипании и закупорке ампулярного отдела трубы формируется замкнутая полость с гнойным содержимым - пиосальпинкс.

Гнойный оофорит может протекать в форме **абсцесса и пиовара**. В первом случае формируется гнойная полость, но при этом часть яичника не поражена и содержит фолликулы, в том числе и с полноценной яйцеклеткой.

В отличие от этого, при пиоваре происходит полное расплавление ткани яичника, капсула у пиовара фиброзная, функционирующие элементы яичника отсутствуют.

**При гнойном расплавлении  
соприкасающихся стенок  
пиосальпинкса и пиовара формируется  
тубоовариальный абсцесс  
(тубоовариальная опухоль)**

# Диагностика гнойных воспалительных заболеваний придатков матки

## **Жалобы:**

- 1. Боли в нижних отделах живота**
- 2. Субфебрильная или фебрильная лихорадка**
- 3. Гнойные выделения из половых путей**
- 4. Нарушенное мочеотделение**
- 5. Нарушения менструальной функции- мено- и метроррагии, дисменорея**

**В острой фазе заболевания часто не удастся оценить состояние органов малого таза при влагалищном исследовании из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки.**

**В этих ситуациях особое значение отводится трансвагинальной эхографии и лапароскопии. Эффективность диагностики значительно повышается при использовании компьютерной томографии**

## **Лапароскопическая картина воспалительного процесса придатков матки**

**-отек и гиперемия маточных труб**

**-серозный или гнойный экссудат в просвете труб и\или в брюшной полости**

**-наложения фибрина на брюшине**

**При прогрессировании процесса происходит спаивание фимбрий с поверхностью яичников, маточных труб с телом матки, широкими связками, петлями кишечника и сальником.**

**Нередко формирование лентоподобных спаек в подпеченочной области –перигепатит или симптом Фитц-Хью-Куртиса, что свидетельствует о специфической инфекции.**

**Абсцесс яичника и пиовар имеют округлую форму, окружен спайками и сращениями, его белесая капсула резко утолщена с локальными участками гиперемии.**

**Тубоовариальный абсцесс определяется в виде единого конгломерата, включающего маточную трубу, яичник, кишечник, сальник, тесно спаянный с маткой и листками широкой связки.**

**Дифференцировать в подобном конгломерате ткани трубы и яичника невозможно.**



Рис. 25. Тубоовариальные воспалительные образования.

1914  
S. P. GREGORY  
LONDON



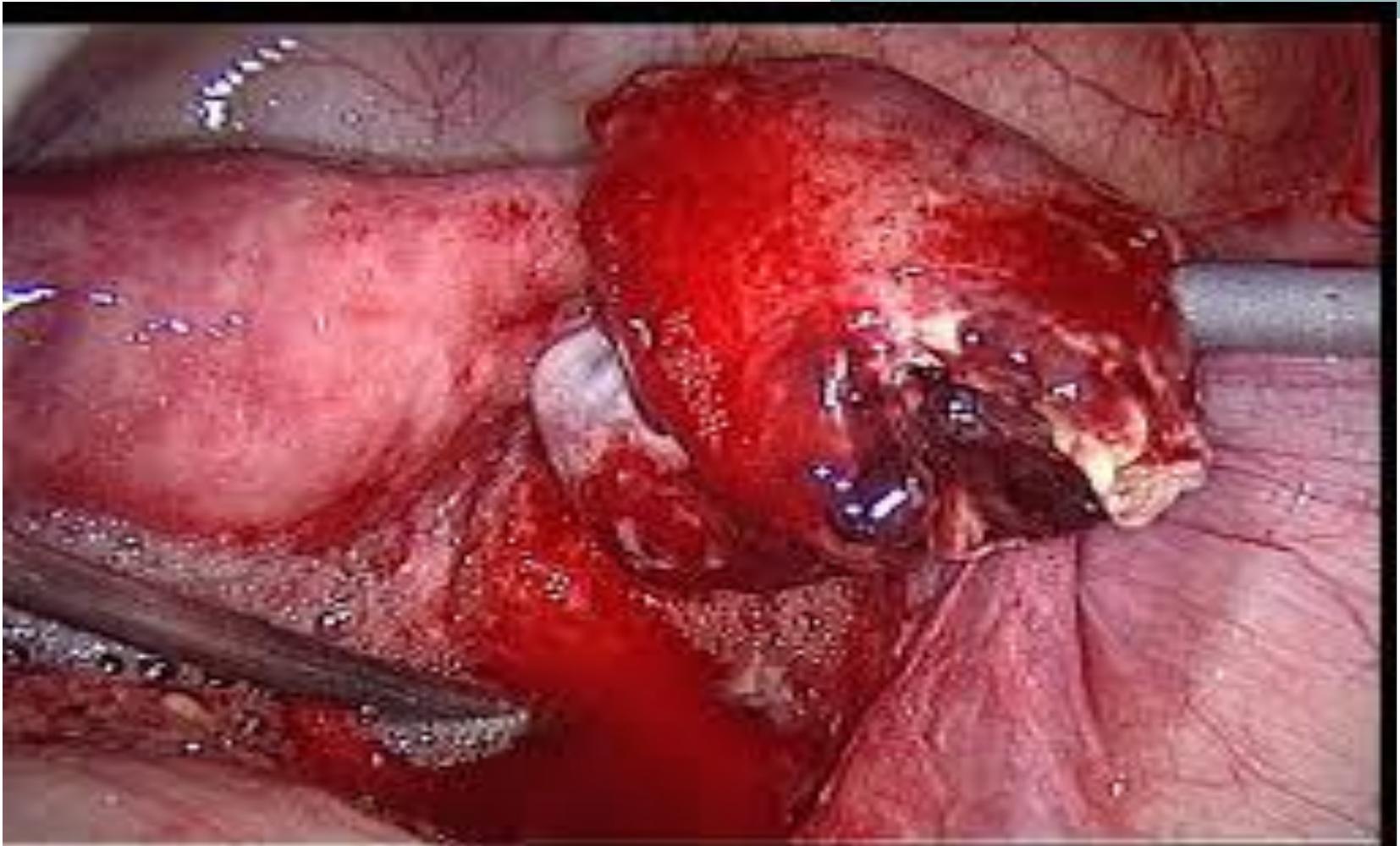


4

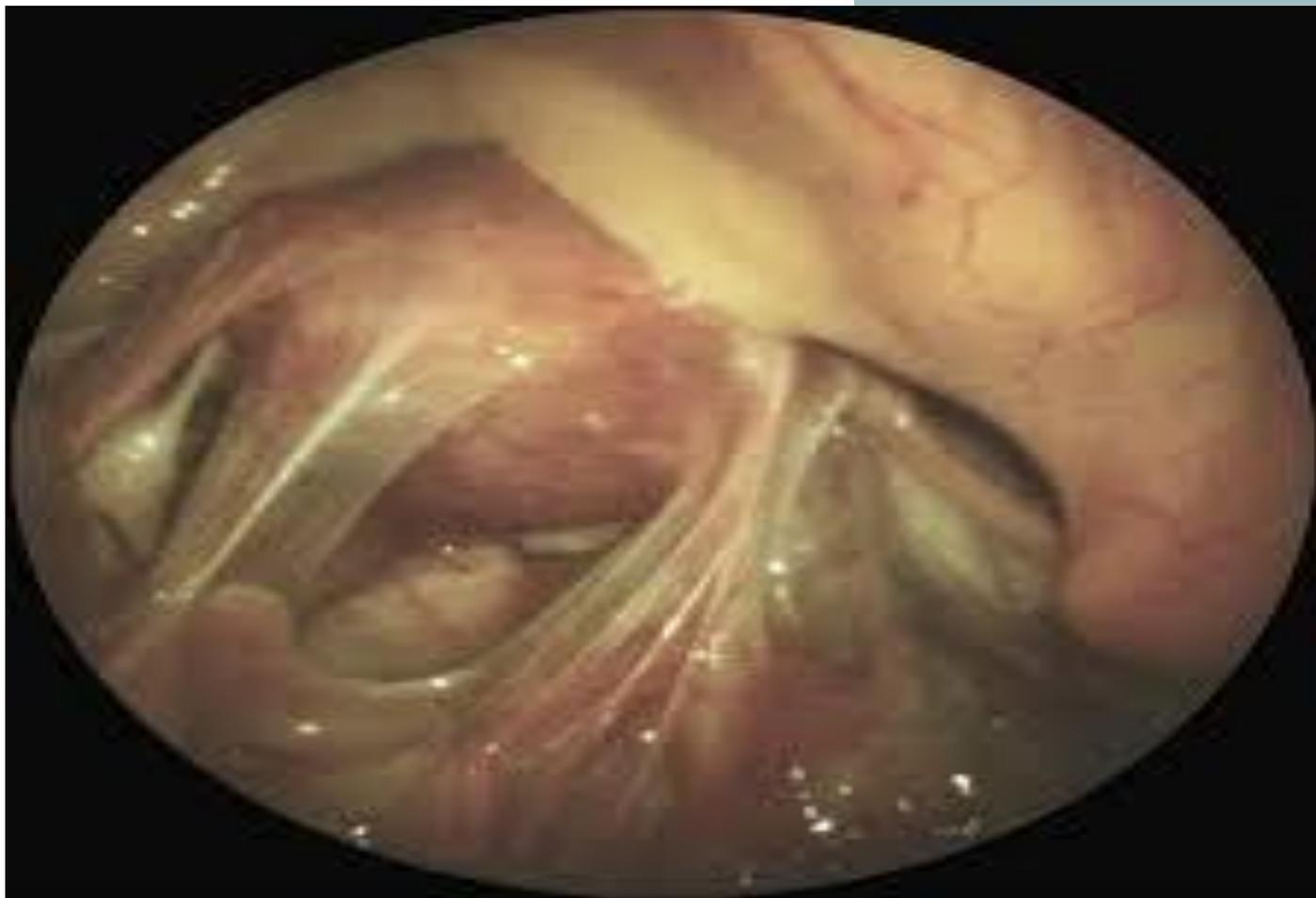
1



I



**Перфорация гнойной тубоовариальной опухоли**



**Лапароскопия при пельвеоперитоните  
гонорейной этиологии**

# Лечебная тактика

**Консервативная терапия направлена на этиологию – «сущность болезни» и на многогранные патогенетические механизмы, составляющие основу воспалительного процесса-нарушения иммунного гомеостаза, реологии крови, избыточную продукцию медиаторов и модуляторов воспаления.**

# Антибактериальная терапия

**В идеале должна назначаться после определения чувствительности выделенных микробов к препаратам.**

**Однако, поскольку результаты микробиологического исследования получаются не ранее чем через 72 часа от момента забора материала и такая отсрочка создает реальную угрозу жизни больной, антибиотикотерапия начинается как можно раньше с препаратов **широкого спектра действия.****

# Оптимальные схемы

**-цефалоспорины 2-4 поколения (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон и т.п.)+доксциклин или макролиды (эритромицин, спиромицин)+ метронидазол**

**-амоксциллин/клавуланат, ампициллин сульбактам / +доксциклин или макролиды**

**-ципрофлоксацин+доксциклин+метронидазол**

**-линкомицин+аминогликозиды+доксциклин или макролиды**

**Общая продолжительность антибактериальной терапии составляет 14 суток. Парентеральный путь введения целесообразно использовать до клинического улучшения и еще 48 часов, а затем возможен переход на пероральный прием.**

**Отсутствие эффекта или недостаточный эффект от проводимой терапии является показанием к хирургическому лечению-оперативной лапароскопии или чревосечению.**

**Существует методика активного дренирования гнойных tuboовариальных образований с помощью трансвагинальной эхографии, которая оправдана только у пациенток репродуктивного возраста с целью попытки сохранения менструальной и детородной функции.**

## Показания для чревосечения

- 1. Септическое состояние больной, обусловленное хроническим течением гнойной инфекции, формирование внутрибрюшных абсцессов**
- 2. Угроза перфорации гнойного образования.**
- 3. Разлитой гнойный перитонит (перфорация абсцесса)**
- 4. Первичное вовлечение в процесс матки (эндомиометрит), в том числе после родов, аборта, лечебно-диагностических манипуляций или при применении ВМК**
- 5. Тубоовариальные абсцессы кистозно-солидной структуры**

**Объем оперативного вмешательства зависит от тяжести процесса, его нозологической формы, распространенности и возраста больной**

**Обычно выполняется срединная лапаротомия с ликвидацией очага воспаления и дренирование брюшной и тазовой полостей.**

**Органосохраняющие операции в случае выраженных морфологических изменений придатков матки не показаны.**

**В некоторых случаях удастся ограничиться удалением придатков с пораженной стороны.**

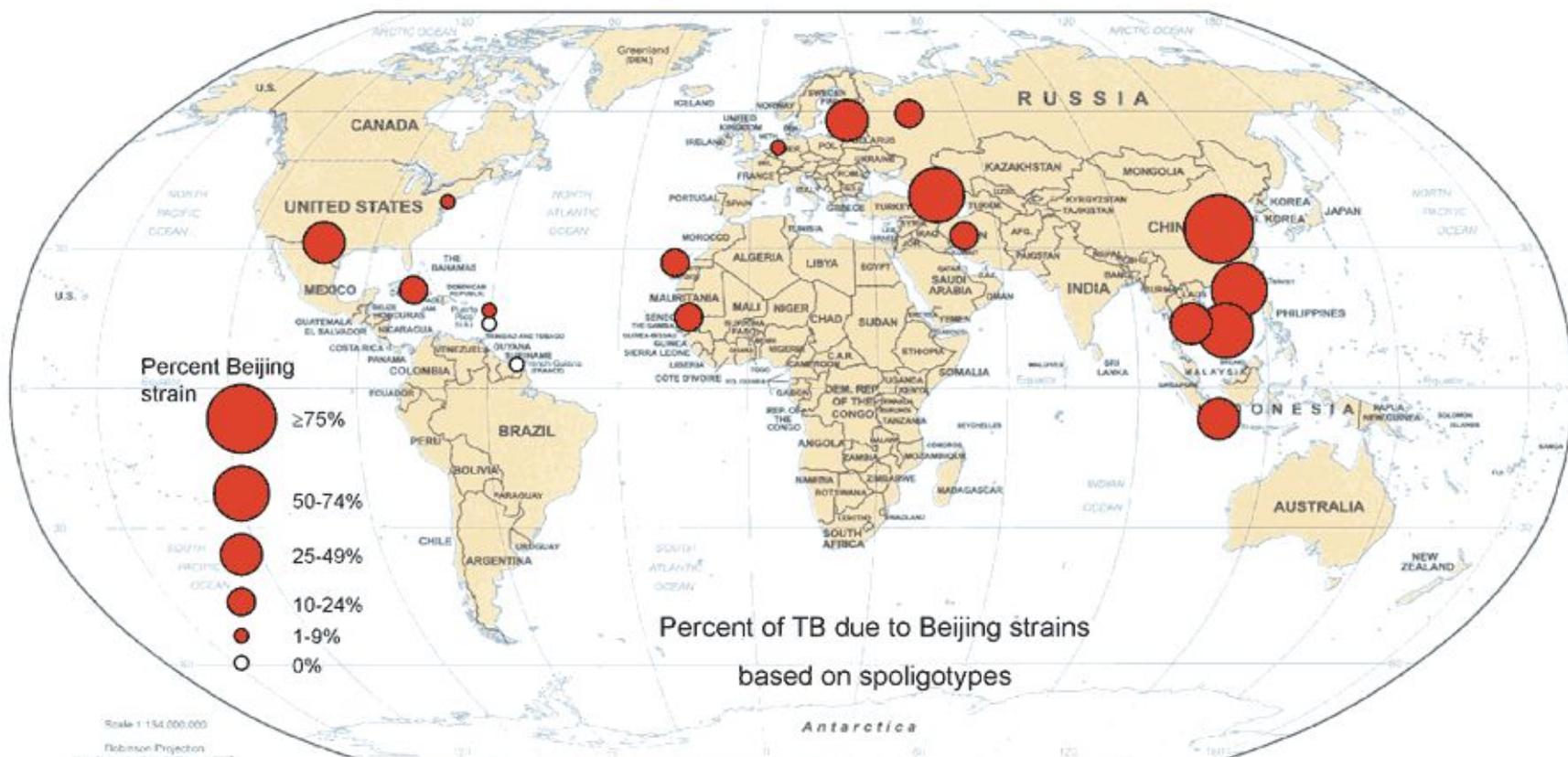
**При двухстороннем процессе производится гистерэктомия с придатками.**

**Матка удаляется обязательно при ее вовлечении в процесс.**

# ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА В АКУШЕРСКО\_ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

The title is displayed in white uppercase letters on a dark blue background. Below the text, there are several horizontal decorative lines: a solid teal line, followed by a thin white line, and then two more thin white lines.

# Генотип «Пекин» («Beijing») основной агент текущей пандемии туберкулеза



Из: “Worldwide Occurrence of Beijing/W Strains of Mycobacterium tuberculosis: A Systematic Review” // Emerg Infect Dis. 2002 8(8):843-849 J. R. Glynn, J. Whiteley, P. J. Bifani, K. Kremer, and D. van Soolingen

- В мире ежегодно заболевают туберкулезом 10 млн. человек. Каждый 10-й случай смерти на Земле вызван туберкулезом.
- 3 млн. человек не знают о том, что они больны. (данные ВОЗ)
- За последние 16 лет заболеваемость в мире снизилась на 22%, а смертность от туберкулеза – на 37%;

- В России темпы снижения заболеваемости туберкулезом превышают в 2 раза среднемировые показатели.
- Поэтому именно в Москве недавно состоялась первая Глобальная министерская конференция ВОЗ по ликвидации туберкулеза

- В нашей стране ведется активная и результативная профилактика этой инфекции.
- Специфическая профилактика начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины ВЦЖ с последующей ревакцинацией

- Другая мера специфической профилактики – изоляция больных активным туберкулезом.
- Неспецифическая профилактика – общеоздоровительные мероприятия, улучшение условий жизни и труда, повышение резистентности организма.
- Для обнаружения легочных форм туберкулеза используется флюорографическое исследование.

# Туберкулез женских половых органов

- Является редким заболеванием и встречается в 3-4 случаях на 100 тыс. населения.
- Однако **мочеполовой туберкулез** занимает ведущее место в структуре внелегочных форм туберкулеза.
- Истинную распространенность **урогенитального туберкулеза** установить практически невозможно, поскольку прижизненная диагностика остается невысокой (7%) в сравнении с патологоанатомическими исследованиями .

# Группы риска генитального туберкулеза

«В группу риска» по заболеванию туберкулезом половых органов должны входить пациентки с отягощенным фтизиатрическим и гинекологическим анамнезом, нарушениями менструального цикла и репродуктивной функции, рецидивами заболеваний половых органов, абдоминальными и тазовыми болями, наличием субфебрильной температуры»

# Туберкулез женских половых органов

- **Кто болеет?** - перенесшие ранее туберкулез любой локализации или имевшие контакт с больными туберкулезом людьми или животными.

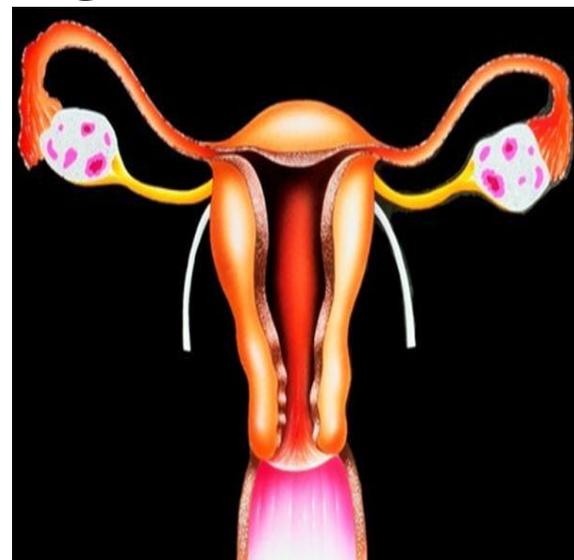
**Инфицирование** может произойти в любой период жизни женщины (чаще в первые 2 десятилетия жизни).

**Латентный период** длится от 6 месяцев до 35 лет.

**Диагностируется** чаще в возрасте 20-35 лет.

# Классификация и структура генитального туберкулеза

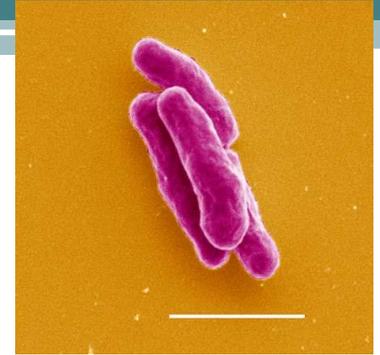
- 1) *Туберкулез придатков матки 90-100%*
- 2) *Туберкулез матки 35%*
- 3) *Туберкулез яичников 20%*
- 4) *Туберкулез шейки матки 1-3%*
- 5) *Туберкулез вульвы 0-1%*



## Клинико-морфологическая классификация генитального туберкулеза

- 1. Хроническая форма с продуктивными изменениями и нерезко выраженной клиникой
- 2. Подострая форма с экссудативно-пролиферативными изменениями и значительным повреждением тканей
- 3. Казеозная , остро и тяжело протекающая форма
- 4. Законченный процесс с инкапсулированием обызвествленных очагов

# Пути заражения туберкулезом



1. Воздушно-капельный
2. Через пищеварительный тракт ( при употреблении молока от больного животного).
3. Через конъюнктиву глаз
4. Через кожу ( при обработке туши больного животного)
5. Внутриутробный (при заглатывании околоплодных вод или через инфицированную плаценту гематогенным путем)

Вероятность заражения *половым путем* большинство авторов отвергают, объясняя это тем, что слизистая влагалища резистентна к возбудителям туберкулеза.

# Патогенез

При туберкулезе первично поражаются легкие (90%), реже кишечник (10%) - появляется первичный туберкулезный комплекс.

Из легких или кишечника инфекция гематогенным, лимфогенным путем или по контакту (например, с брюшины на внутренние половые органы) проникает в другие органы.

Редко, но возможно, развитие органного туберкулеза и при отсутствии изменений в легких.



# Клинические проявления генитального туберкулеза

1. Бесплодие - 90-97%
2. Болевой синдром - 60-65%
3. Нарушение менструального цикла - 55-60%  
(олигоопсоменорея, аменорея I,II)
4. Симптомы интоксикации - 23%
5. Патологические выделения - 5%

# Современные особенности клинических проявлений генитального туберкулеза

1. Стертая клиническая картина !!!
2. Преобладание латентных форм, протекающих на фоне нормальной температуры тела и неизменной картины периферической крови.
3. Заболевание часто выявляется **у внешне здоровых женщин**, т.к. в большинстве случаев не сопровождается характерной для туберкулеза интоксикацией.

# Методы исследования

- **Клинические**
- **Лабораторные**
- **Инструментальные**

# Гинекологическое исследование

- Наличие просовидных высыпаний, гиперемии, рубцовых изменений в области наружного зева.
- Матка может быть незначительно смещена в сторону, фиксирована спайками, ограничена в подвижности.
- В области придатков матки определяются образования значительных размеров, но обычно малоблезненные

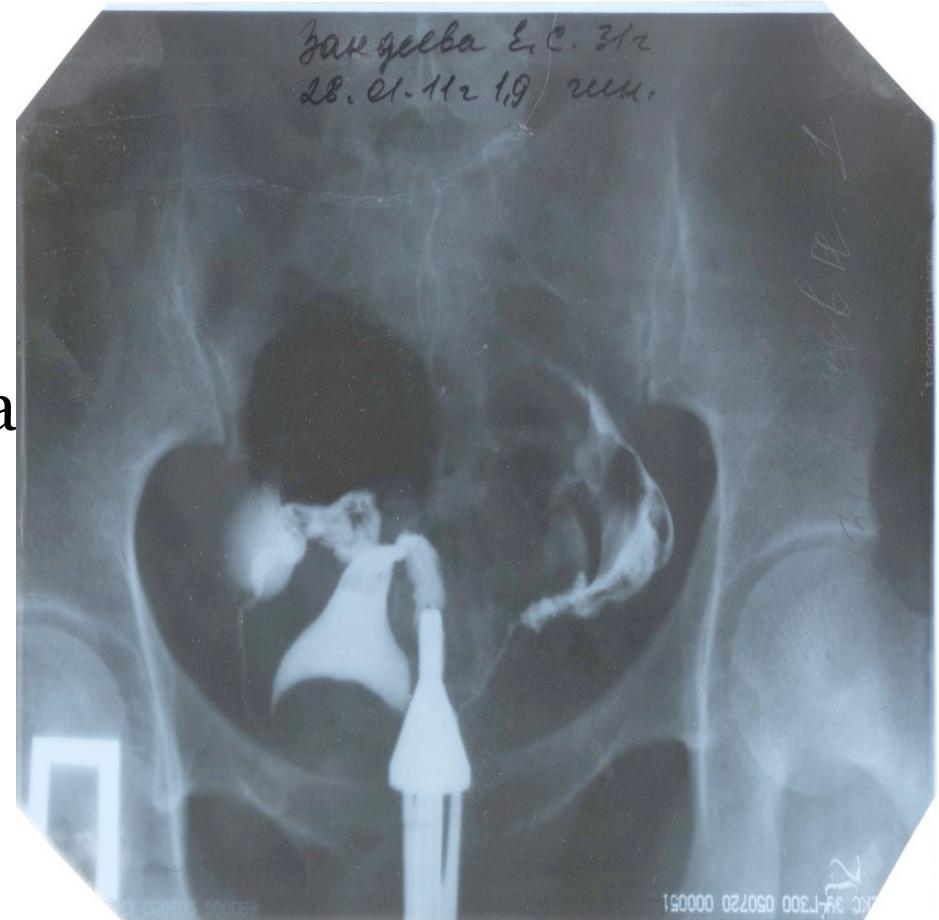
# Ультразвуковое исследование органов малого таза



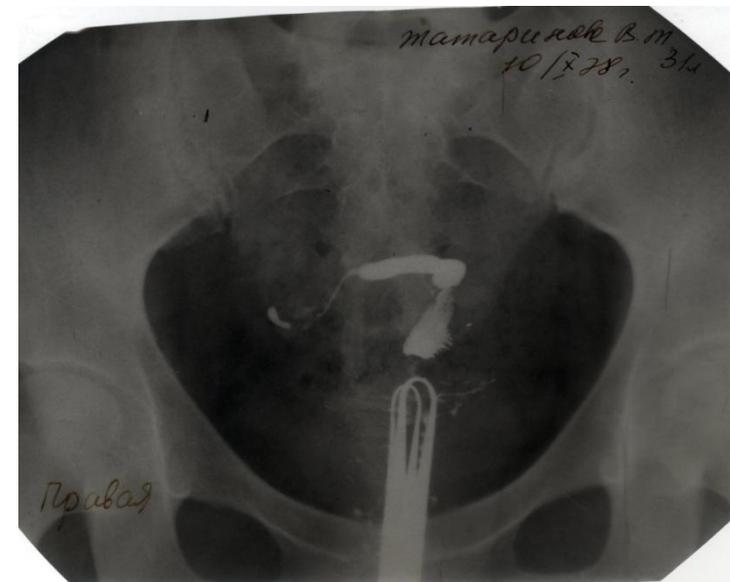
- Используют динамическую ультрасонографию, которая служит для оценки очаговой реакции на фоне проведения туберкулиновых проб.
- Положительная очаговая реакция характеризуется увеличением яичников, появлением «размытости» контуров и снижением эхогенности яичниковой ткани, появлением и/или увеличением объема сактосальпинксов и количества свободной жидкости в дугласовом пространстве, а также торможением пролиферации эндометрия (на 0,8 и более см).

# Рентгенологическое исследование

- Методика ГСГ технически очень проста и является информативным методом для диагностики туберкулеза гениталий, но позволяет выявить только грубые анатомические изменения.

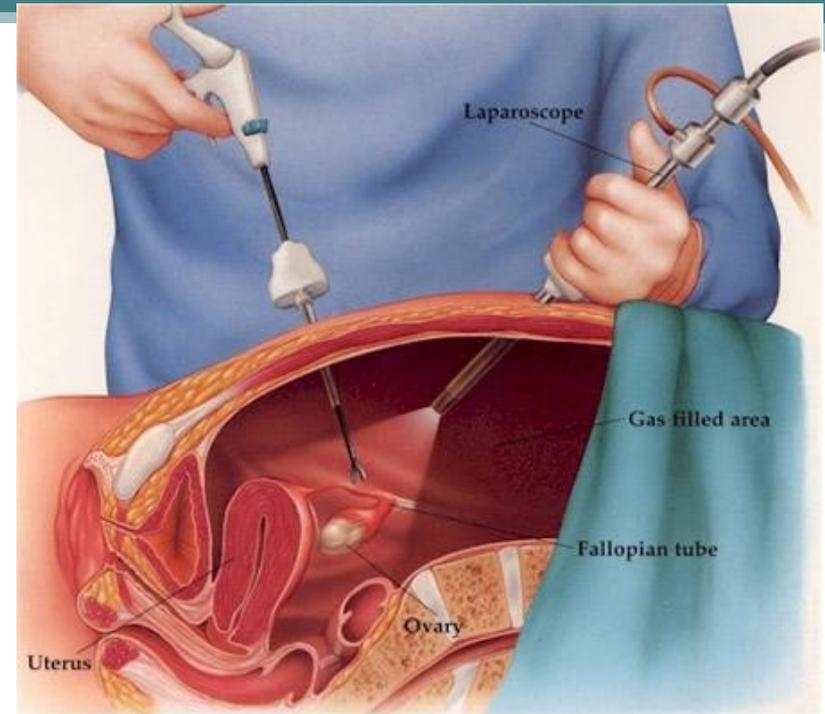


- Частичная или полная облитерация полости матки;
- Четкообразные,
- ригидные, с дивертикулами маточные трубы;
- Облитерация маточных труб (дистальные отделы в виде клюшек или курительных трубок);
- Контрастные тени и петрификаты в области малого таза и в проекции паховых лимфоузлов.



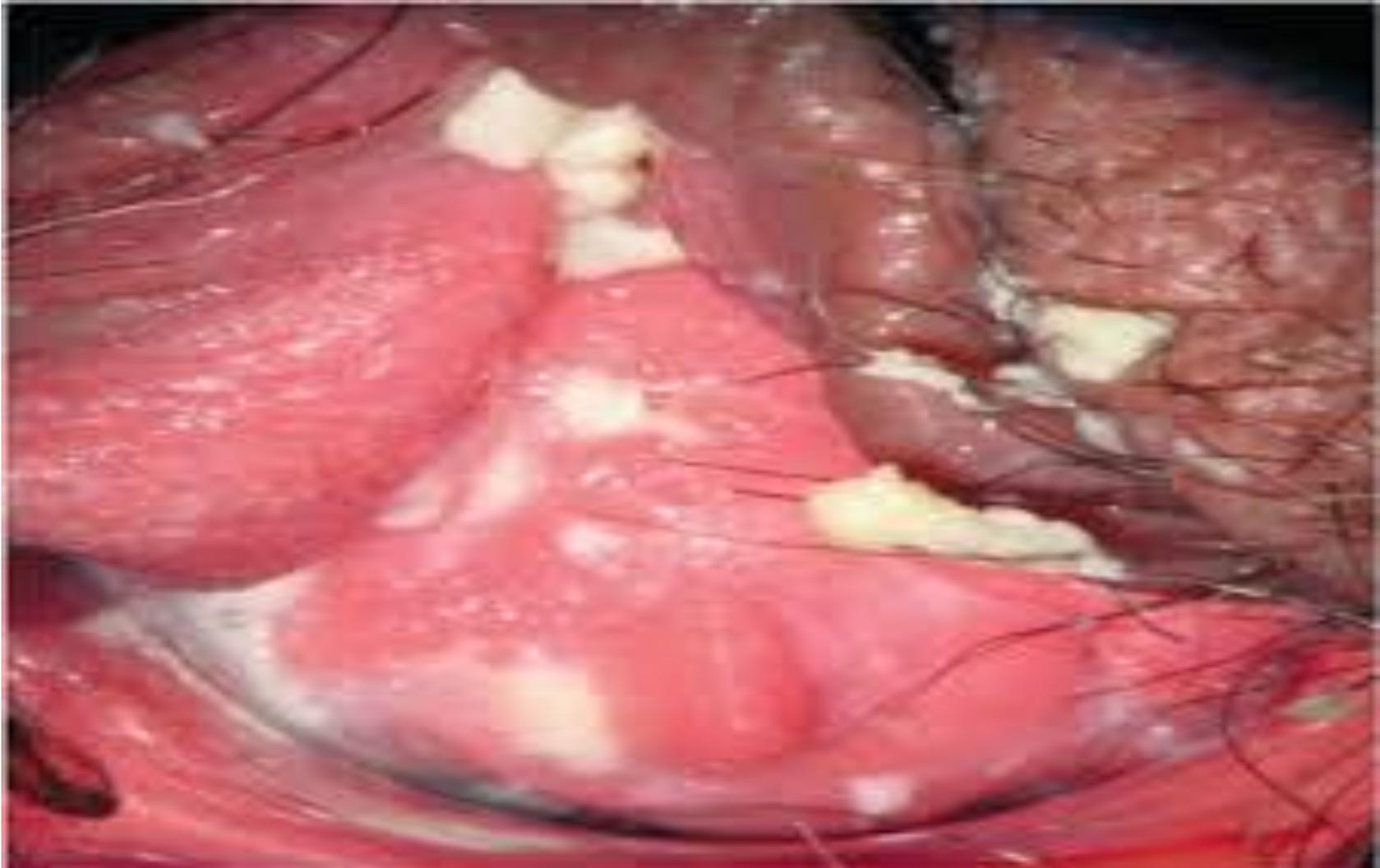


# Лапароскопия



- Специфические изменения органов малого таза: спаечный процесс, наличие туберкулёзных бугорков на висцеральной брюшине, покрывающей матку и трубы, казеозные очаги в сочетании с воспалительными изменениями придатков
- Возможно взятие материала для бактериологического и гистологического исследования, а также при необходимости проведение хирургической коррекции: лизиса спаек, восстановления проходимости маточных труб и др.

# Участки казеоза на висцеральной брюшине



# Туберкулез маточных труб



# Морфологическое исследование



- **Гистологическое исследование** тканей, полученных при раздельном диагностическом выскабливании (лучше проводить за 2–3 дня до менструации), выявляет признаки туберкулёзного поражения - периваскулярные инфильтраты, туберкулёзные бугорки с признаками фиброза или казеозного распада.
- **Цитологический метод** исследования аспирата из полости матки, мазков с шейки матки выявляет специфические для туберкулёза гигантские клетки Лангханса.

# Туберкулинодиагностика

Туберкулинодиагностика — диагностический тест для определения специфической сенсибилизации организма к микобактериям туберкулеза. Туберкулин вводится подкожно и регистрируются общая и очаговая реакции.

Как специфический тест применяется при массовых обследованиях населения на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика) и для индивидуальных обследований (индивидуальная туберкулинодиагностика).



# Бактериоскопический метод

- **Преимущество метода** – быстрота получения результата, наиболее экономичный и рекомендован ВОЗ в качестве основного для выявления больных с легочными формами.

**В случаях внелегочных форм туберкулеза этот метод практически не информативен.**

# Культуральные исследования

- **Золотой стандарт выявления микобактерий в Российской Федерации** - подтверждение диагноза для всех случаев туберкулеза, так же как и контроль эффективности лечения (ежемесячно), **осуществляется бактериологическим методом**
- При подозрении на **генитальный туберкулез** для исследования используют выделения из половых путей, менструальную кровь, соскобы эндометрия или смывы из полости матки, содержимое воспалительных очагов и т.д.
- Посев материала производят на специальные искусственные питательные яичные среды не менее 3-х раз.

# Культуральные исследования



- Перед посевом диагностический материал подвергают деконтаминации, основной целью которой, является удаление нетуберкулезной микрофлоры.
- В настоящее время для сокращения сроков выращивания микобактерий туберкулеза и ускоренного определения лекарственной устойчивости применяются методы с использованием жидких питательных сред и автоматизированных систем

# Менструальная кровь

Наличие в материале большого количества протеолитических, фибринолитических и других ферментов обуславливает необходимость незамедлительной доставки материала в лабораторию

Менструальную кровь следует собирать не тампоном, а вакуумным отсосом или колпачком Кафки. Исследуют ее так же, как кровь или другие материалы с примесью крови.

# Недостатки бактериологического метода

- Низкая информативность при генитальном туберкулезе (в пределах 6 - 13,5 %).
- Появились формы, не дающие роста на обычных питательных средах, персистирующие микобактерии туберкулеза преобразуются в L-формы, которые на питательных средах не дают роста.
- Длительность (около 1 месяца) из-за медленного роста культивированных микобактерий.

# Полимеразная цепная реакция (ПЦР)



позволяет в течение 3-4 дней обнаружить ДНК микобактерии туберкулеза в любом патологическом материале: менструальная кровь, соскоб эндометрия, операционный материал

высокая специфичность (99,8 %) и чувствительность (более 85 %) в лабораторных испытаниях.

позволяет верифицировать диагноз при L-формах

- **Серологические и иммунологические методы имеют меньшее значение в диагностике генитального туберкулеза**



- ***Бесплодие: что под маской?***
- ***Возможно –это туберкулез женских половых органов***

**Лечение больных  
генитальным туберкулезом  
проводится как и больных  
туберкулезом других  
локализаций в  
специализированных  
лечебных учреждениях –  
диспансерах, стационарах,  
санаториях фтизиатрами.**

# Туберкулез во время беременности



# Сочетание туберкулеза и беременности

**3-7 случаев на 10 000 родов**



Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации

- **Флюорографическое обследование членов семей окружения беременной за 3 - 6 мес. до родов**



- Беременные и родившие женщины являются наиболее уязвимым в отношении туберкулеза контингентом, они более чувствительны к ухудшению эпидемиологической ситуации и обуславливающим ее социальным факторам. Заболеваемость в этих группах в 1,5-2 раза превышает общий показатель заболеваемости женщин.

Возможны 2 ситуации

-женщина ранее перенесла туберкулез и беременность создает опасность его рецидива или обострения

-туберкулез впервые выявляется во время беременности или после родов

- К первой группе относятся женщины, у которых беременность наступила менее чем через год после окончания лечения по поводу туберкулеза, особенно после операции по поводу туберкулеза
- Во вторую группу входят беременные с выраженной гиперэргической пробой Манту, находящиеся в контакте с больными туберкулезом или имеющие сопутствующую тяжелую патологию

- Туберкулез может развиваться в любой период беременности, но чаще в первой ее половине, или в первые 6 месяцев после родов.
- Процесс часто начинается остро и протекает достаточно тяжело
- Основные жалобы - слабость, кашель, повышение температуры. При сохранении этих симптомов более месяца необходима консультация фтизиатра.

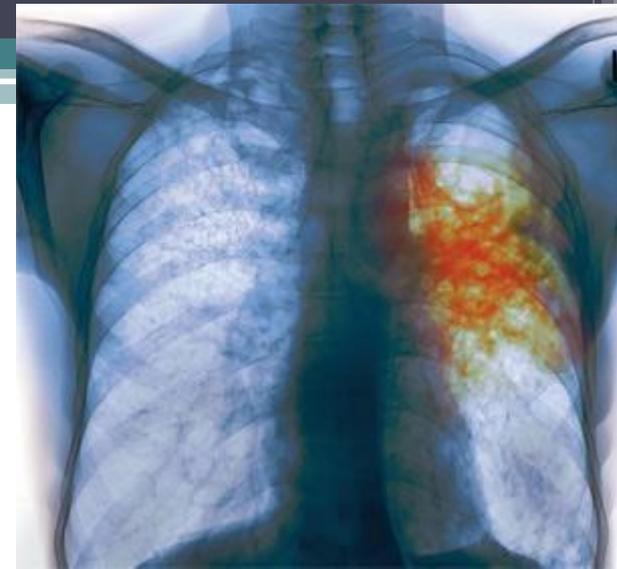
# Группа повышенного риска по заболеванию туберкулезом у беременных

- ранее перенесшие активный туберкулез
- находящиеся в контакте с больными активным туберкулезом людьми или животными
- имеющие сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ХОБЛ, алкоголизм и т.д.)
- длительно получающие иммуносупрессивные препараты
- ВИЧ-инфицированные и беременные с вторичным иммунодефицитом
- не проходившие флюорографическое обследование более 2 лет до беременности



# Диагностика

- жалобы
- анамнез
- физикальное обследование
- микробиологическое обследование ( не менее чем 3кратно)
- ПЦР
- Рентгенологическое исследование (рентгенография)
- ОАК
- ОАМ



# Акушерская тактика

1. Диспансерный учет у фтизиатра и акушера-гинеколога
2. Химиотерапия
3. Родоразрешение в специализированном родильном доме в мельцеровских боксах
4. На 1-2 сутки после родов рентгенологическое обследование
5. Женщины, имеющие активные туберкулезные изменения в легких переводятся в противотуберкулезные учреждения



# Тактика в отношении новорожденного при наличии у матери активного туберкулеза органов дыхания

- изолировать от матери и перевести на искусственное вскармливание
- вакцинация БЦЖ
- до иммунизации и в течение 8 недель после контакт с матерью запрещен
- химиопрофилактика 3 месяца, если вакцинация противопоказана или разобщение невозможно
- наблюдение фтизиопедиатора



# Показания к кормлению грудью



- диктуются интересами новорожденного, а затем состоянием матери
- разрешается при неактивном туберкулезе, при наличии отрицательных результатов мокроты на МБТ

**Абсолютное противопоказание - активный туберкулез**

# Пролонгация крайне нежелательна:

при тяжелых  
сопутствующих  
заболеваниях

при  
распространенных,  
деструктивных  
формах с  
лекарственной  
устойчивостью



если прошло менее 2-х лет  
после перенесенного  
милиарного туберкулеза,  
туберкулезного менингита и  
больших оперативных  
вмешательств

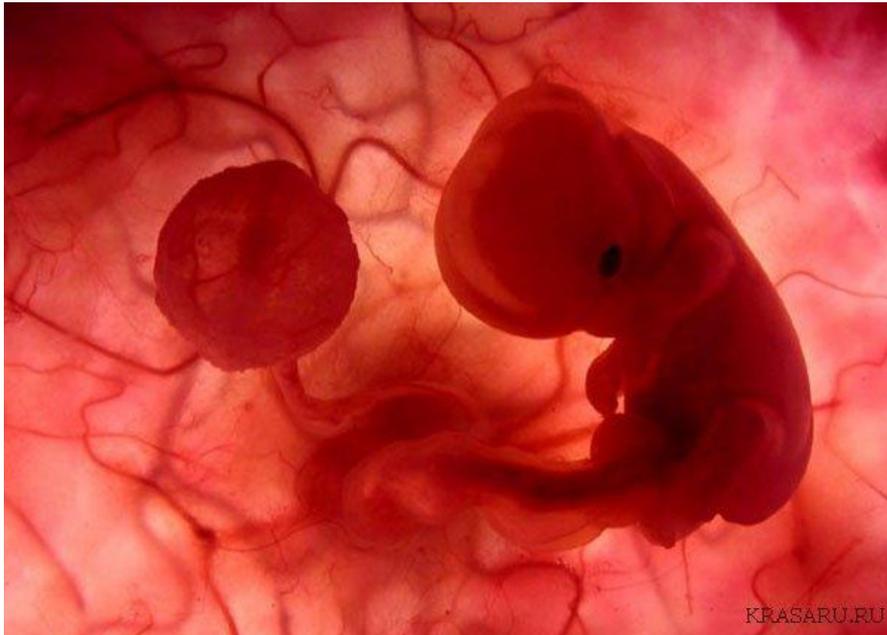
**Прерывание  
беременности при  
милиарном  
туберкулезе,  
туберкулезном  
менингите  
абсолютно  
противопоказано**



# Показания к прерыванию беременности

- фиброзно-кавернозный и кавернозный туберкулез легких
- хронический гематогенно-диссеминированный
- легочно-сердечная недостаточность
- сочетание с сахарным диабетом и другими тяжелыми хроническими заболеваниями
- впервые выявленный инфильтративный туберкулез в фазе распада с тенденцией к прогрессированию

- туберкулез мочевыделительной системы на фоне хронической почечной недостаточности I-III степени
- туберкулез кишечника, костей и суставов, брызжеечных лимфатических узлов и брюшины



- Прерывать беременность следует до 12-недельного срока. Противотуберкулезная терапия должна быть усилена в период подготовки к аборту и в послеоперационном периоде.
- Последующие беременности следует рекомендовать не ранее чем через 2-3 года.

# Лечение беременных

- Проводится по общим принципам специфической терапии, но с учетом возможного тератогенного воздействия на плод.
- Наиболее оптимальны:
  - -ПАСК
  - -изоноазид
  - -рифампицин
  - -пиразинмид
  - -этамбутол

- Нелеченный туберкулез у беременной женщины более опасен для плода , чем противотуберкулезное лечение матери.
- Поскольку при туберкулезе прерывание беременности может привести к обострению специфического процесса, больные женщины должны использовать надежные методы контрацепции –комбинированные оральные контрацептивы.

- **1. Нужна ли дисциплинарная студенческая олимпиада ?**
- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить
- **2. Какие формы проведения вы считаете наиболее оптимальными?**
- -Очная
- -Заочная
- -Видеособеседование
- **3. Считаете ли Вы, что олимпиада способствует формированию профессиональной направленности у студентов?**
- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить
- **4. Считаете ли Вы, что олимпиада способствует формированию научной направленности у студентов?**
- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить

• **5. Какие виды поощрения по Вашему мнению, должны быть предусмотрены для победителей олимпиады?**

- -Материальные
- -Бонусы при поступлении в ординатуру
- -Бонусы при сдаче экзамена\зачета

• **6. Считаете ли Вы, что необходимо проводить междисциплинарные олимпиады на клинических кафедрах?**

- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить

**Вы принять участие в межуниверситетских олимпиадах?**

**7. Хотели бы**

- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить

• **8. Считаете ли Вы, что все студенты могут принять участие в олимпиаде самостоятельно или только по рекомендации преподавателя?**

- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить

• **9. Какая форма проведения олимпиады лучше?**

- -Командная -Индивидуальная

- **10. Целесообразно ли проведение совместных олимпиад с участием клинических и теоретических кафедр?**
- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить
- **11. Должны ли быть включены в олимпиаду по акушерству практические навыки (фантомный курс)?**
- -Да
- -Нет
- -Затрудняюсь ответить
- **12. В олимпиадах каких уровней Вы принимали участие ?**
- -Межкафедральная
- -Межфакультетская
- -Межвузовская региональная
- -Всероссийская
- **13. Какие призовые места Вы заняли?**
- -Первое
- -Второе
- -Третье

- **1.Насколько вы оцениваете организованность и пунктуальность преподавателя ( 0 – 10)**
- **2 Насколько доступно излагается учебный материал (0 – 10)**
- **3.Как вы оцениваете доброжелательность и тактичность преподавателя (0 – 10)(0 – 10)**
- **4.Насколько Вы оцениваете культуру речи преподавателя (0 – 10)**
- **5. Разъясняет ли преподаватель сложный материал (да, нет)**
- **6.Интересно ли Вам на занятиях (да, нет)**
- **7. Насколько объективно преподаватель оценивает знания студентов ( 0 -10)**
- **8.Принуждали ли Вас приобретать методические пособия на кафедре (да, нет)**
- **9.Были ли случаи проведения одним преподавателем занятий с двумя группами одновременно (да, нет)**
- **10.Были ли случаи отмены занятий преподавателем (да, нет)**
- **11.Как часто Вы посещаете образовательный портал для подготовки к занятиям (Никогда, редко, часто, очень часто)**

- **1.Насколько вы оцениваете организованность и пунктуальность преподавателя ( 0 – 10)**
- **2 Насколько доступно излагается учебный материал (0 – 10)**
- **3.Как вы оцениваете доброжелательность и тактичность преподавателя (0 – 10)(0 – 10)**
- **4.Насколько Вы оцениваете культуру речи преподавателя (0 – 10)**
- **5. Разъясняет ли преподаватель сложный материал (да, нет)**
- **6.Интересно ли Вам на занятиях (да, нет)**
- **7. Насколько объективно преподаватель оценивает знания студентов ( 0 -10)**
- **8.Принуждали ли Вас приобретать методические пособия на кафедре (да, нет)**
- **9.Были ли случаи проведения одним преподавателем занятий с двумя группами одновременно (да, нет)**
- **10.Были ли случаи отмены занятий преподавателем (да, нет)**
- **11.Как часто Вы посещаете образовательный портал для подготовки к занятиям (Никогда, редко, часто, очень часто)**

