

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



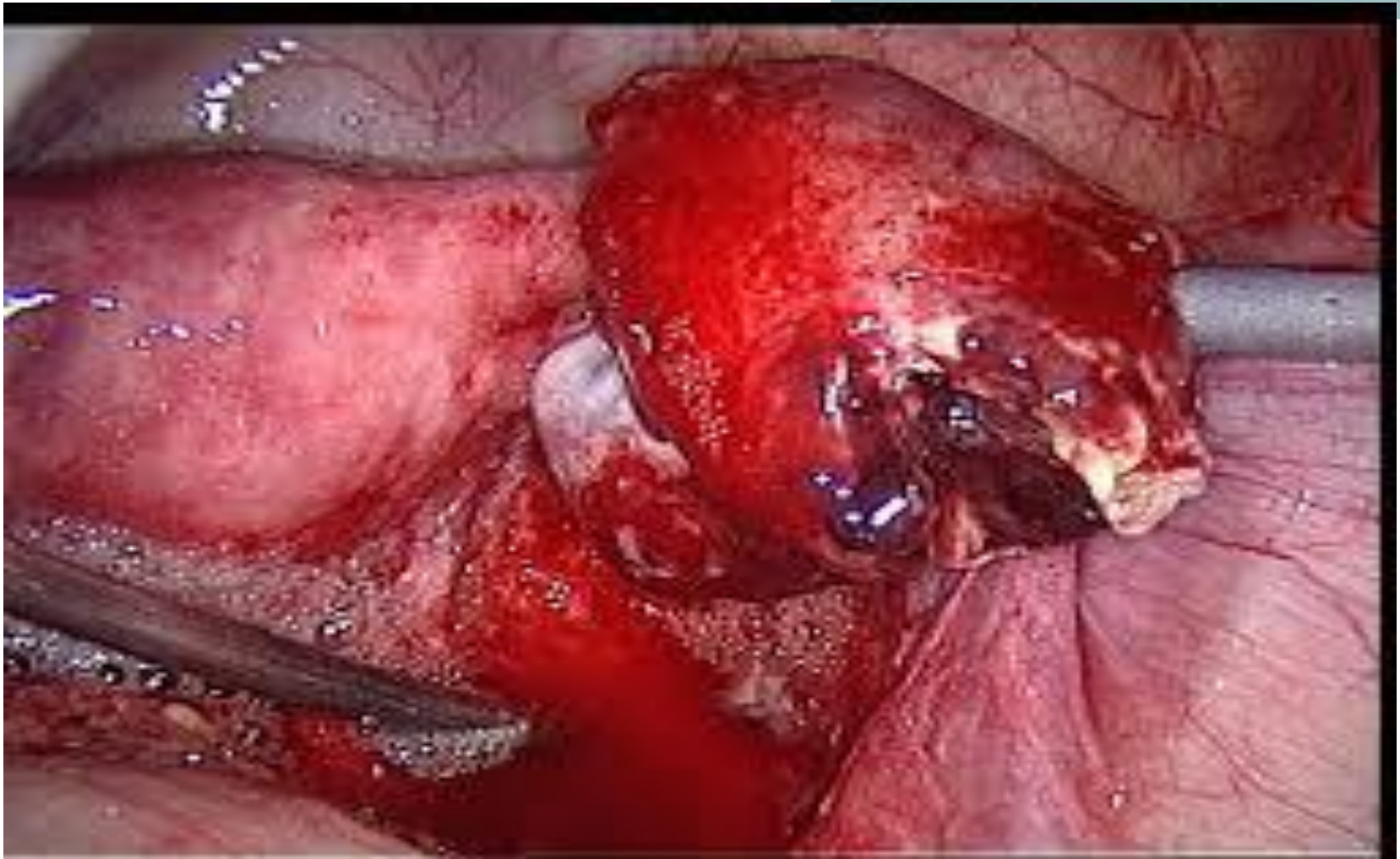


4

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 тубоовариальных 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.

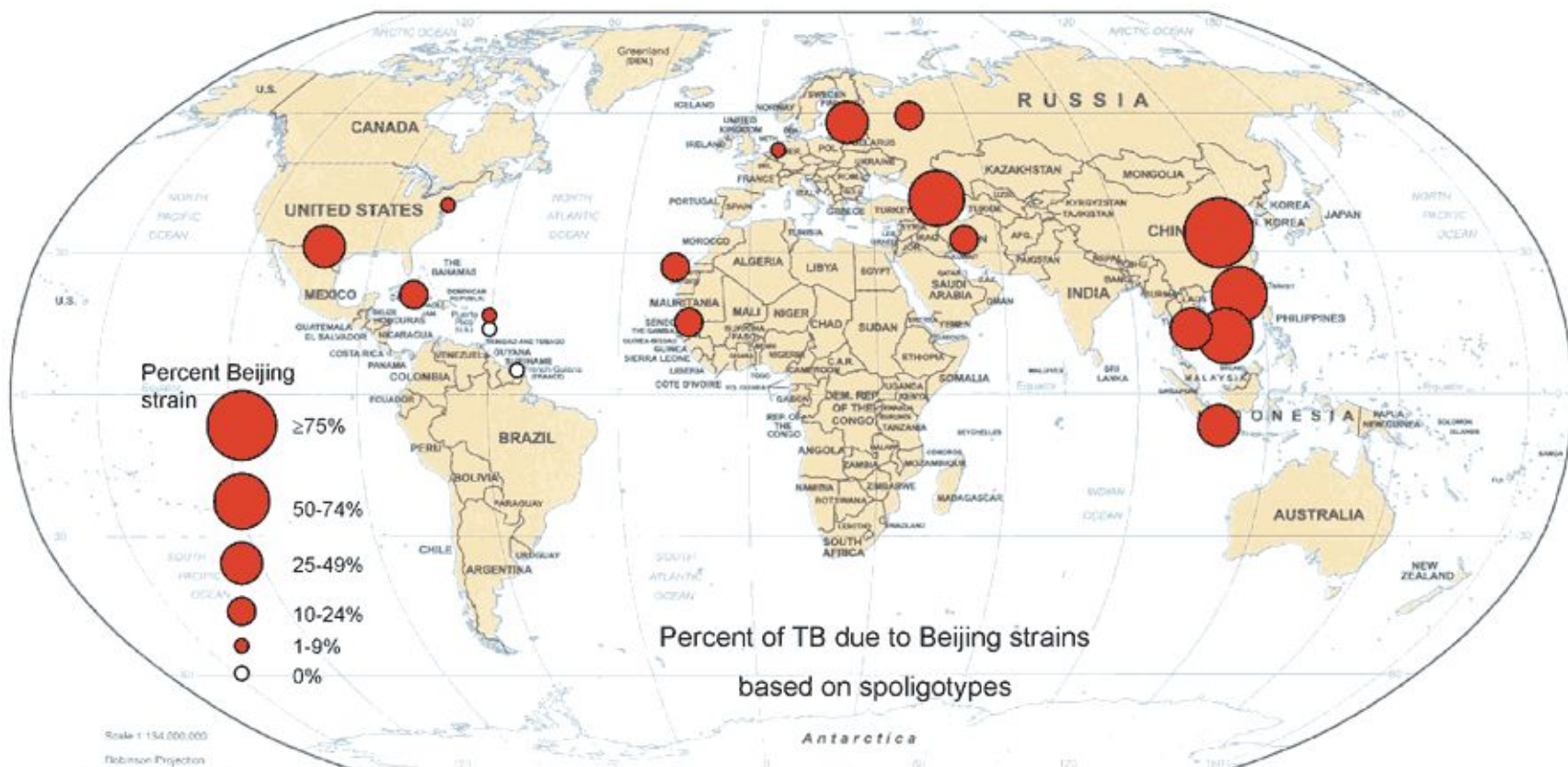
При двухстороннем процессе производится гистерэктомия с придатками.

Матка удаляется обязательно при ее вовлечении в процесс.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА В АКУШЕРСКО_ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



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.

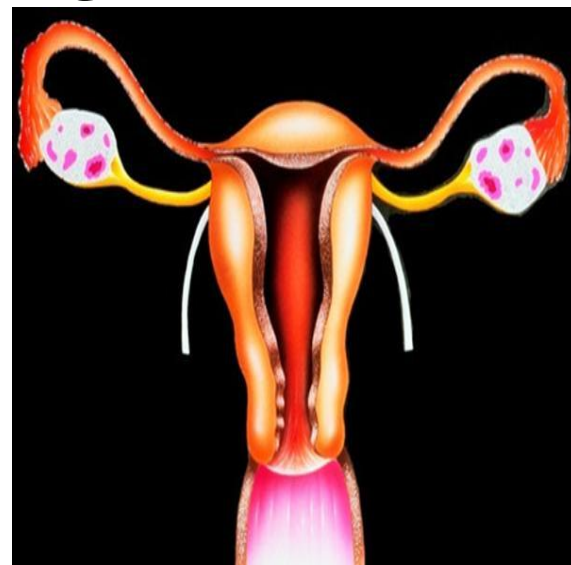
Инфицирование может произойти в любой период жизни женщины (чаще в первые 2 десятилетия жизни).

Латентный период длится от 6 месяцев до 35 лет.

Диагностируется чаще в возрасте 20-35 лет.

Классификация и структура генитального туберкулеза

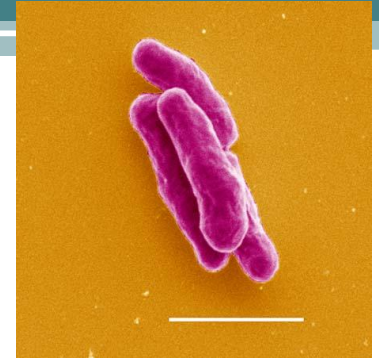
- 1) *Туберкулез придатков матки 90-100%*
- 2) *Туберкулез матки 35%*
- 3) *Туберкулез яичников 20%*
- 4) *Туберкулез шейки матки 1-3%*
- 5) *Туберкулез вульвы 0-1%*



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

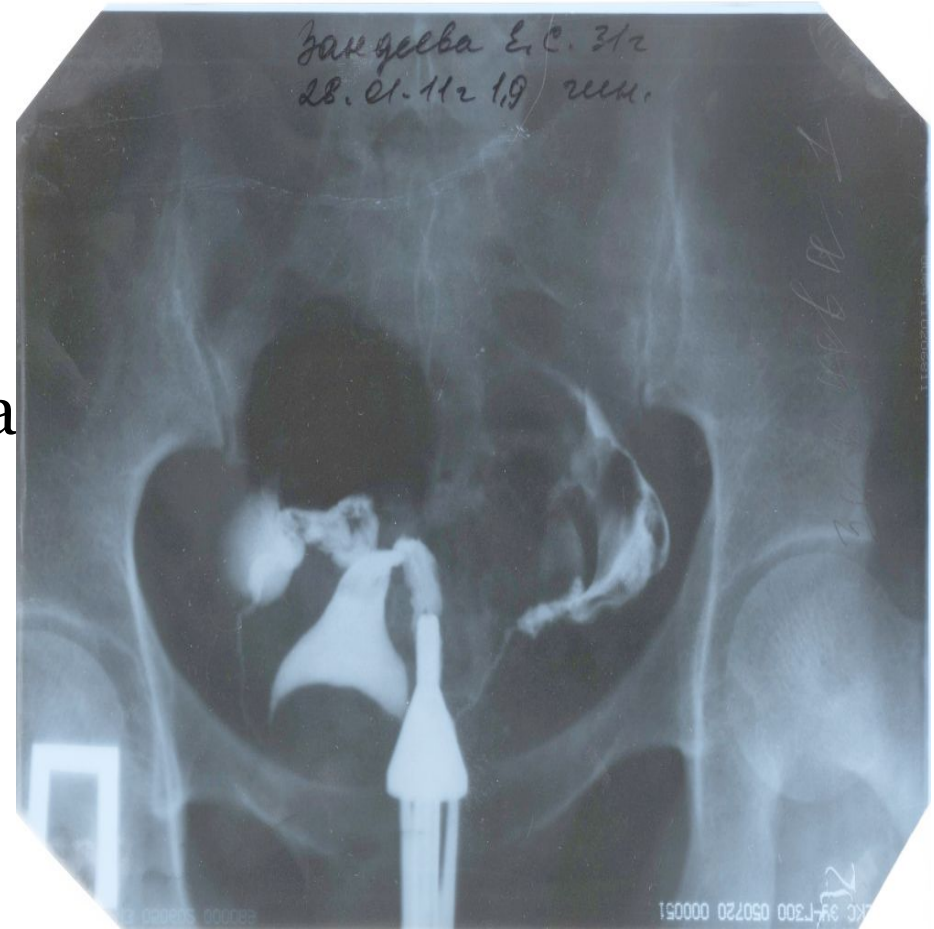
Ультразвуковое исследование органов малого таза



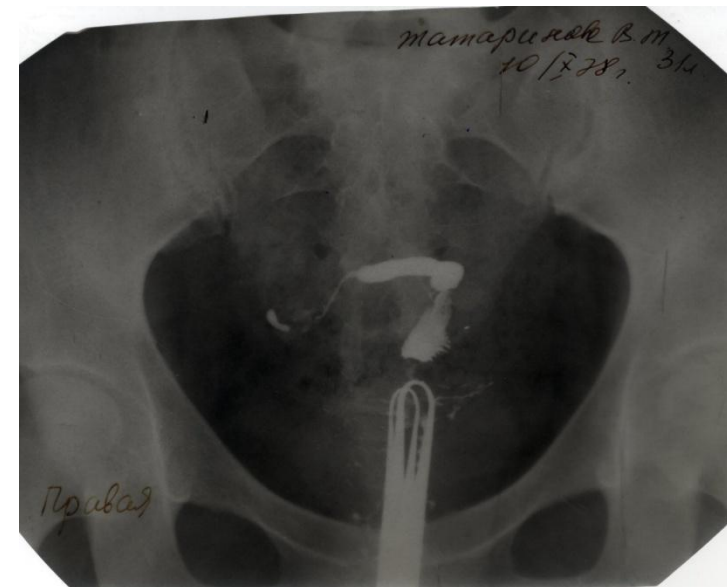
- Используют динамическую ультрасонографию, которая служит для оценки очаговой реакции на фоне проведения туберкулиновых проб.
- Положительная очаговая реакция характеризуется увеличением яичников, появлением «размытости» контуров и снижением эхогенности яичниковой ткани, появлением и/или увеличением 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.

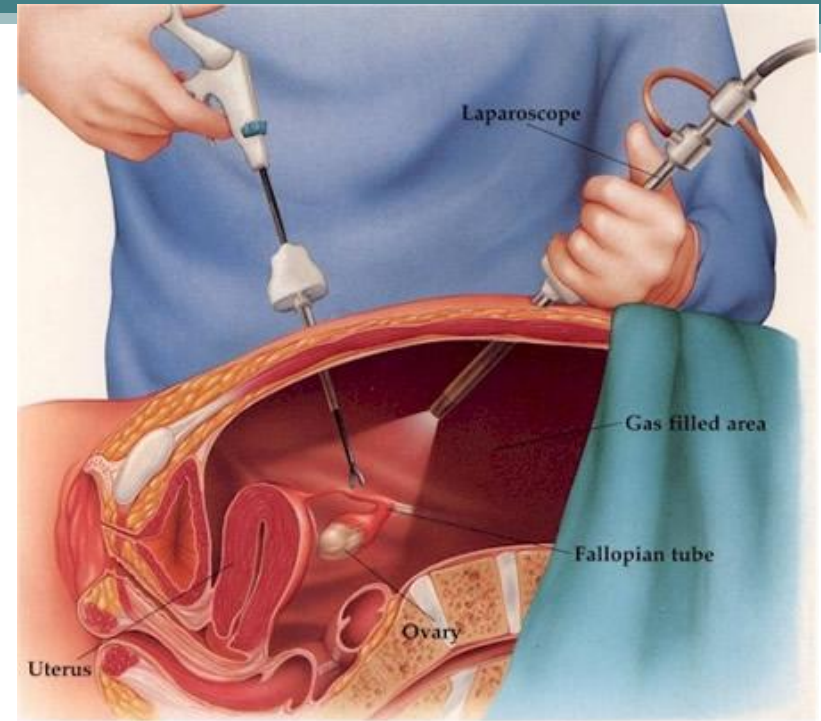


- Частичная или полная облитерация полости матки;
- Четкообразные,
- ригидные, с дивертикулами маточные трубы;
- Облитерация маточных труб (дистальные отделы в виде клюшек или курительных трубок);
- Контрастные тени и петрификаты в области малого таза и в проекции паховых лимфоузлов.



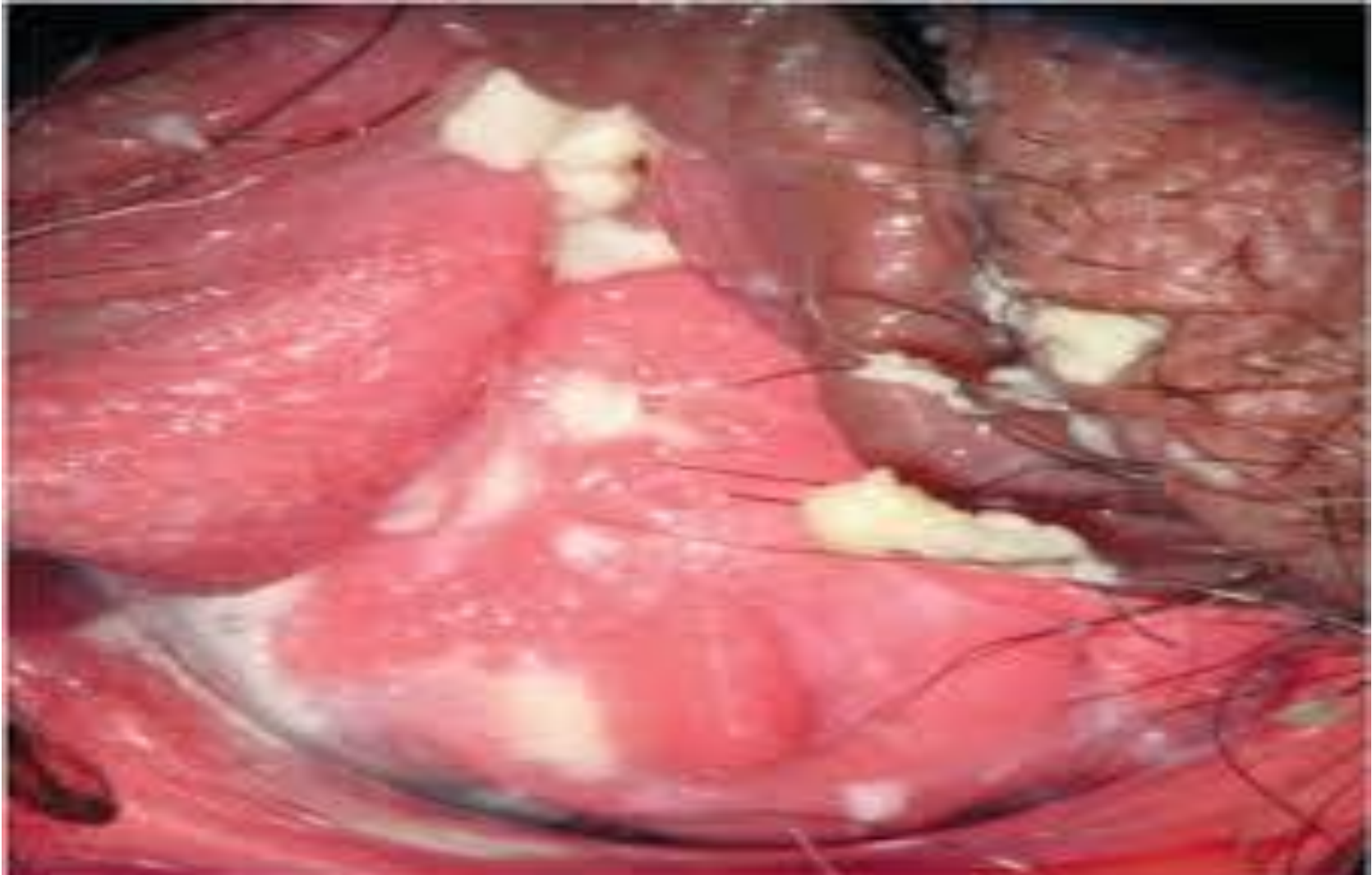


Лапароскопия



- 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 сенсibilизации 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***

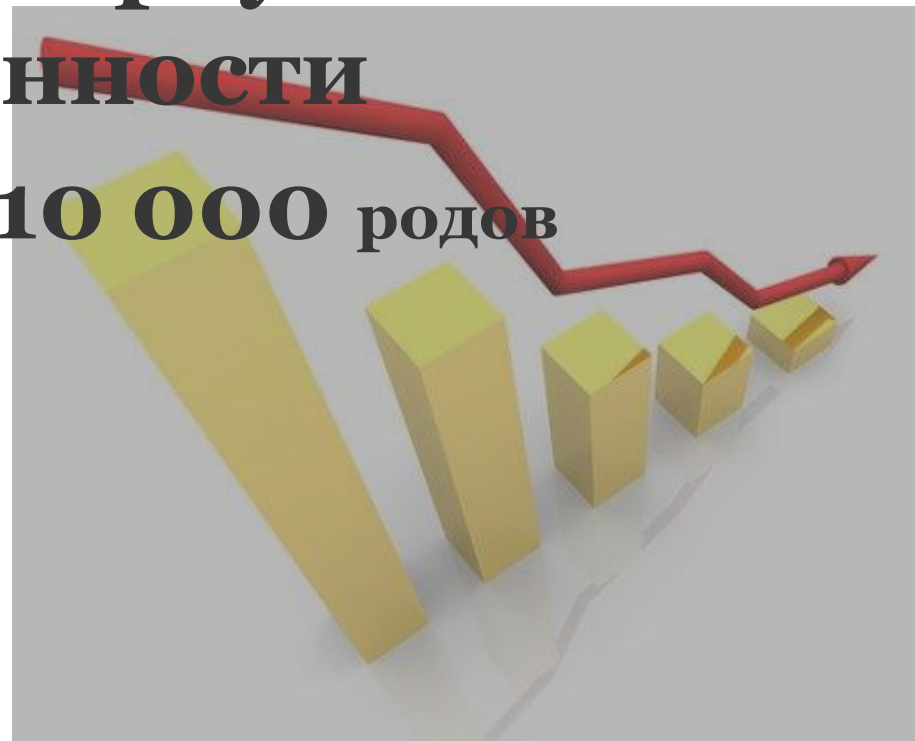
**Лечение больных
генитальным туберкулезом
проводится как и больных
туберкулезом других
локализаций в
специализированных
лечебных учреждениях –
диспансерах, стационарах,
санаториях фтизиатрами.**

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.

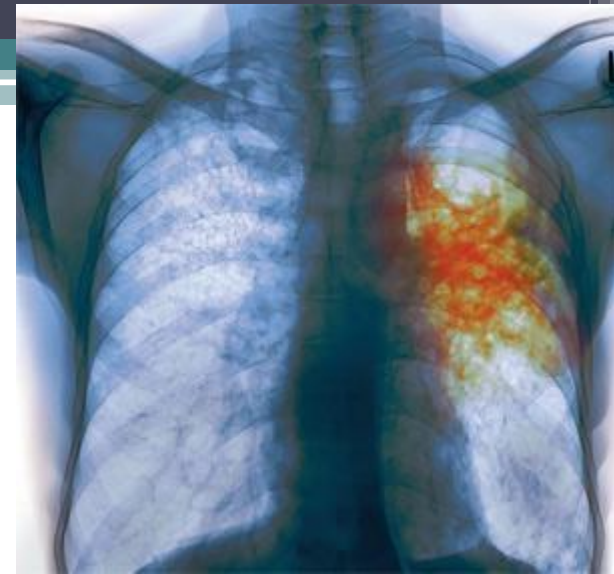
Группа повышенного риска по заболеванию туберкулезом у беременных

- 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



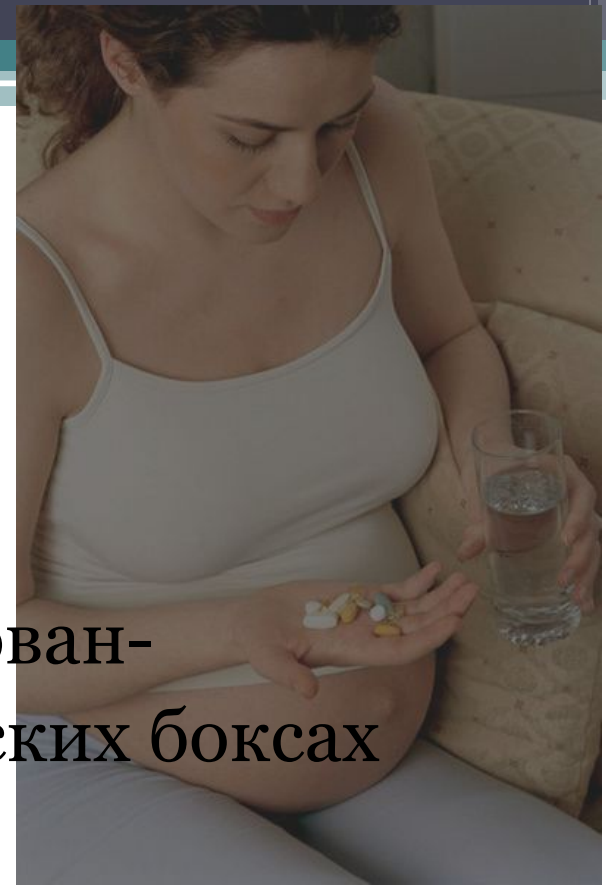
Диагностика

- 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:

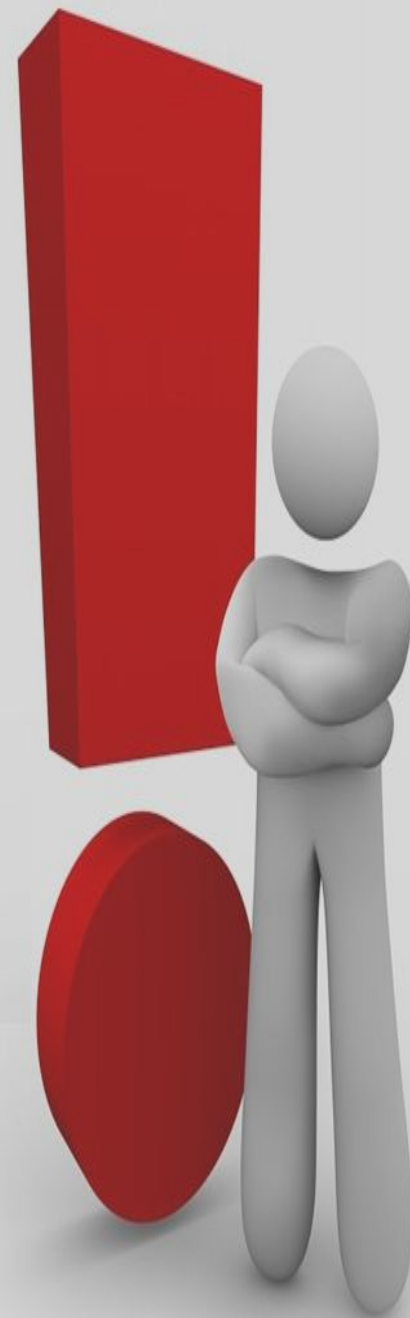
при тяжелых
сопутствующих
заболеваниях

при
распространенных,
деструктивных
формах с
лекарственной
устойчивостью



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

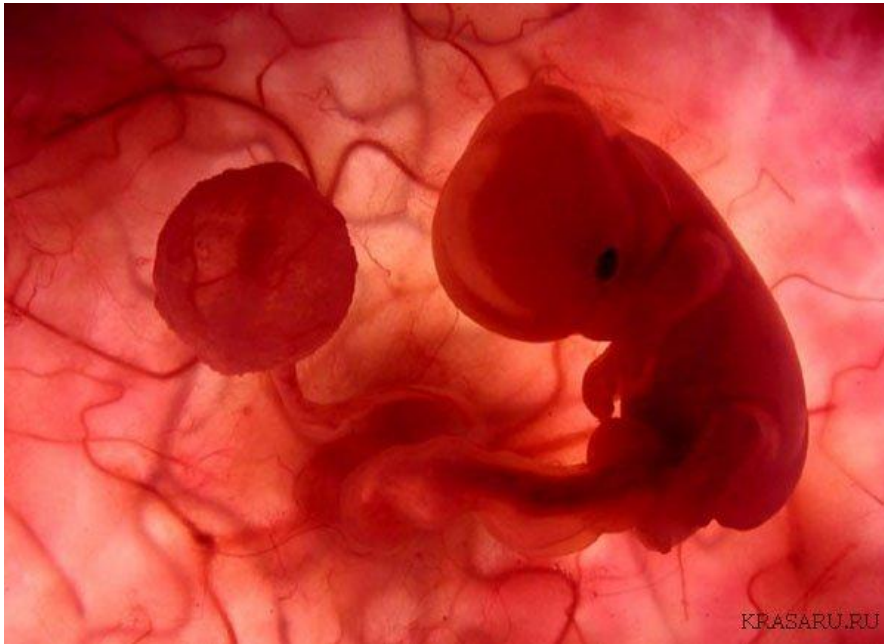
**Прерывание
беременности при
милиарном
туберкулезе,
туберкулезном
менингите
абсолютно
противопоказано**



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
- **7. Хотели бы Вы принять участие в межуниверситетских олимпиадах?**
- -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)**

