**Промежуточная аттестация по дисциплине Фтизиатрия**

**6 курс лечебный факультет**

**Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины** фтизиатрия позволяет оценить уровень сформированности компетенций и осуществляется в форме – экзамена.

**Этапы промежуточной аттестации:**

1. Тестовый контроль.
2. Собеседование по билету, включающего два теоретических вопроса, ситуационную задачу, рентгенограмму органов грудной клетки

Проверяется способность экзаменуемого в использовании приобретенных знаний в виде устного собеседования по билету из 2-х теоретических вопросов.

Решение ситуационной задачи - проверяется способность экзаменуемого в использовании приобретенных знаний, умений и практических навыков для решения профессиональных задач на примере ответа на 5 вопросов ситуационной задачи.

Описание рентгеновского снимка органов грудной клетки - проверяется способность экзаменуемого в использовании приобретенных знаний, умений и практических навыков для решения профессиональных задач на примере описания рентгеновского снимка.

**Описание шкалы оценивания итогового тестирования**

Тестирование студентов проводится с целью контроля теоретических знаний по всем разделам дисциплины. Предлагается один вариант тестов из 50 вопросов по основным разделам дисциплины. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70% вопросов*.*

Тестовый контроль осуществляется методом компьютерного тестирования.

***Описание шкалы оценивания***

90–100 баллов – выставляется, если студент правильно ответил на 90% вопросов теста.

80–89 баллов – выставляется, если студент правильно ответил от 80% до 89% вопросов теста.

70–79 баллов – выставляется, если студент правильно ответил от 70% до 79% вопросов теста.

Менее 70 баллов – выставляется, если студент правильно ответил менее 69% вопросов теста.

**Диапазон баллов и критерии оценки экзамена**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии оценки |
| Отлично  90-100 баллов | Тестовый контроль – 90-100%  Правильные, подробные ответы на оба теоретических вопроса билета. (9-10 баллов)  Правильное, подробное описание рентгенограммы органов грудной клетки, включая все рентгенологические синдромы. Выделение ведущего рентгенологического синдрома. (9-10 баллов).  Верное решение ситуационной задачи: комплексная оценка предложенной клинической ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; правильная постановка предварительного диагноза, предложение обследования согласно современным рекомендациям, с учетом клинической ситуации; последовательное, уверенное выполнение клинико-лабораторных этапов обследования. (9-10 баллов). |
| Хорошо  80 – 89 баллов | Тестовый контроль – 80 - 89%.  Правильные ответы на оба теоретических вопроса билета с незначительными неточностями. (8-9 баллов)  Правильное описание рентгенограммы органов грудной клетки, с незначительными замечаниями. Выделение ведущего рентгенологического синдрома. (8-9 баллов)  Решение ситуационной задачи: – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильная постановка предварительного диагноза, правильный выбор тактики лечения; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение клинико-лабораторных этапов диагностики (8-9 баллов) |
| Удовлетворительно  70 – 79 баллов | Тестовый контроль – 70 - 79%.  Ответы на один или два вопроса билета неполные, неточные. (7 баллов)  Верное описание рентгенограммы органов грудной клетки, неверноеопределение ведущего рентгенологического синдрома при составлении протокола рентгенограммы органов грудной клетки. (7 баллов)  Решение ситуационной задачи: затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; предложен вариант обследования, без учета современных клинический рекомендаций, правильное, последовательное, но неуверенное выполнение клинико-лабораторных этапов диагностики. (7 баллов) |
| Неудовлетворительно  менее 70 баллов | Тестовый контроль – менее 70%  Неправильные ответы на один или оба вопроса билета. 6-7 баллов  Неправильно определен ведущий рентгенологический синдром при составлении протокола описания рентгенограммы органов грудной клетки. 6 баллов  Решение ситуационной задачи: неверная оценка ситуации; неправильная постановка предварительного диагноза, неправильное обследование, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение клинико-лабораторных этапов диагностики. 6 баллов |

**Перечень экзаменационных вопросов по дисциплине «Фтизиатрия»**

**для промежуточной аттестации 6 курса лечебного факультета**

**Раздел 1.**

1. Работа учреждений общей лечебно-профилактической сети по выявлению и профилактике туберкулеза. Группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, методы их обследования и проведения профилактики туберкулеза.
2. Организация выявления больных туберкулёзом (выявление при обращении, активное выявление). Понятие о раннем, своевременном и позднем выявлении туберкулеза, оценка эпидемиологической опасности больного. Эпидемиологическое и клиническое значение своевременного выявления больных туберкулезом.
3. Особенности эпидемического процесса при туберкулезе и факторы, определяющие его развитие. Инфицированность микобактериями туберкулеза, заболеваемость, распространенность, смертность от туберкулеза, их значение в определении эпидемиологической ситуации.
4. Этиология туберкулеза. Виды микобактерий туберкулеза, морфологическое строение и свойства. Патогенность и вирулентность микобактерий. Биологическая изменчивость микобактерий. Начальная и приобретенная лекарственная устойчивость.
5. Патогенез туберкулеза Заражение микобактериями туберкулеза. Входные ворота инфекции. Гематогенный, бронхогенный и лимфогенный пути распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию. Инфицирование микобактериями и заболевание туберкулезом. Туберкулезная гранулема. Первичный, и вторичный периоды туберкулезной инфекции.
6. Факторы повышенного риска развития туберкулеза
7. Микробиологическая диагностика туберкулеза. Особенности микроскопии и посева материала на МБТ. Bactek. Обнаружение бактериовыделения методом полимеразной цепной реакции.
8. Иммунодиагностика (проба Манту, проба с препаратом Диаскинтест: характеристика препаратов, техника постановки, интерпретация результатов)
9. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и постинфекционной аллергии
10. Лучевая диагностика туберкулеза легких и средостения, Алгоритмы описания патологических образований в легких и средостении. Рентгенологические синдромы туберкулеза органов дыхания.
11. Характеристики противотуберкулезного иммунитета. Вакцинация БЦЖ, БЦЖ-М, техника, показания, противопоказания
12. Санитарная профилактика туберкулеза. Классификация очагов туберкулезной инфекции. Социальная профилактика туберкулеза Химиопрофилактика туберкулеза
13. Химиотерапия туберкулеза – основные принципы. Основные и резервные противотуберкулезные химиопрепараты. Понятие о лекарственной устойчивости, ее виды.
14. Понятие «вираж туберкулиновой чувствительности»: определение, значение. Тактика ведения детей с виражем.

**Раздел 2**

* 1. Клиническая классификация туберкулеза. Разделы классификации, отражающие основные клинические формы, характеристику туберкулезного процесса и его осложнений, остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Формулировка диагноза туберкулеза.
  2. Туберкулезная интоксикация: патогенез, виды, особенности и трудности диагностики и дифференциальной диагностики.
  3. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – патогенез, формы, клинические проявления, особенности диагностики и лечения. Осложнения ТВГЛУ.
  4. Первичный туберкулезный комплекс – патогенез, особенности течения, клинические проявления, особенности диагностики и лечения. Осложнения ПТК. Исход ПТК.
  5. Латентная туберкулезная инфекция (определение, тактика)
  6. Туберкулезный менингит – патогенез, особенности клиники, течения. Диагностика, лечение, исходы.
  7. Острый гематогенно-диссеминированный туберкулез. Патогенез, формы, клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
  8. Подострый и хронический диссеминированный туберкулез – патогенез, особенности течения и клиники. Диагностика, лечение.
  9. Очаговый туберкулез: патогенез, классификация, клиническая картина, особенности диагностики, определение активности.
  10. Инфильтративный туберкулез – классификация, клинические формы. Диагностика и дифференциальная диагностика.
  11. Туберкулома: классификация. клиника, диагностика
  12. Кавернозный, Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких – особенности и условия формирования «гиперхронических» деструктивных форм туберкулеза. Клинические проявления, особенности диагностики.
  13. Казеозная пневмония, диагностика, лечение и дифференциальная диагностика.
  14. Туберкулезный плеврит, виды, особенности патогенеза и клиники, дифференциальная диагностика.
  15. Туберкулез периферических лимфатических узлов
  16. Туберкулез и ВИЧ-инфекция
  17. Спонтанный пневмоторакс: клиника, диагностика, неотложные мероприятия
  18. Легочное кровотечение – этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностика и тактика на догоспитальном и госпитальном этапах.

***Пример экзаменационного билета***

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Кафедра фтизиопульмонологии

**Экзаменационный билет № 10**

1. Характеристики противотуберкулезного иммунитета. Вакцинация БЦЖ, БЦЖ-М, техника, показания, противопоказания
2. Инфильтративный туберкулез – классификация, клинические формы. Диагностика и дифференциальная диагностика.
3. Ситуационная задача
4. Рентгенограмма

Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии,

ДМН, профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Визель А.А.

***Примеры эталонов ответов***

**1. Характеристики противотуберкулезного иммунитета. Вакцинация БЦЖ, БЦЖ-М, техника, показания, противопоказания**

Ответ: Иммунитет при туберкулезе может быть естественным и приобретенным либо в результате перенесенного заболевания, либо как следствие вакцинации. Живые микобактерии штамма БЦЖ-1, размножаясь в организме привитого, приводят к развитию длительного иммунитета к туберкулезу.

Характеристики противотуберкулезного иммунитета:

- Приобретенный (вырабатывается на основе врожденной резистентности при инфицировании организма МБТ или при противотуберкулезной вакцинации).

- Нестерильный (связан с наличием в организме живых и маловирулентных МБТ).

- Клеточно-гуморальный /преимущественно клеточный/ (сенсибилизированные Т-лимфоциты являются возбудителем повышенной чувствительности замедленного типа и осуществляют реакции, направленные на активацию фагоцитоза и др. компонентов иммунной защиты. Сенсибилизированные В-лимфоциты активируют выработку антител с отдельным компонентом клеточной стенки МБТ).

- Относительный (ослабление реактивности организма ведет к срыву иммунитета и возникновению активного туберкулезного процесса).

БЦЖ— (Бацилла Кальметта-Герена или Bacillus Calmette-Guérin, BCG) — вакцина против туберкулёза, приготовленная из штамма ослабленной живой коровьей туберкулёзной палочки (лат. Mycobacterium bovis BCG), которая практически утратила вирулентность для человека, будучи специально выращенной в искусственной среде.

- первичная вакцинация здоровых новорождённых на 3-7 день жизни;

- ревакцинация детей в возрасте 6 - 7 лет.

БЦЖ-М — вакцина туберкулезная для активной специфической профилактика туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации).

Показания для вакцинации вакциной БЦЖ

Первичную вакцинацию вакциной БЦЖ осуществляют здоровым новорожденным детям на 3-7 день жизни в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом.В территориях с неудовлетворительной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу (показатель заболеваемости туберкулезом превышает 80 на 100 тыс. населения), препарат предназначен только для щадящей специфической профилактики туберкулеза им прививают:

Показания для вакцинации вакциной БЦЖ-М

Вакцина БЦЖ-М применяется для вакцинации всех новорожденных на территориях с удовлетворительной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу (показатели заболеваемости туберкулезом не превышающие 80 на 100.тыс. населения).

- В отделениях выхаживания недоношенных новорожденных лечебных стационаров (2-ой этап выхаживания) - детей с массой тела 2300 г и более перед выпиской из стационара домой.

- В детских поликлиниках - детей, не получивших противотуберкулезную прививку в роддоме

Дети, которым не была проведена вакцинация в первые дни жизни, вакцинируются в течение первых двух месяцев в детской поликлинике или другой лечебно-профилактической медицинской организации без предварительной постановки пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л.

Детям старше 2-месячного возраста перед вакцинацией необходима предварительная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Вакцинируются дети с отрицательной реакцией на туберкулин. Реакция считается отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (гиперемии) или наличия уколочной реакции. Интервал между пробой Манту с 2ТЕ ППД-Л и вакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

Техника введения – внутрикожно.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ:

- недоношенность 2-4 степени (при массе тела при рождении менее 2500 г); - острые заболевания (вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания и обострения хронических заболеваний), (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.); - иммунодефицитные состояния; - новообразования злокачественные; - генерализованная БЦЖ – инфекция (включая лимфаденит, остит БЦЖ- этиологии, выявленные у других детей в семье); - ВИЧ-инфекция у ребенка.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ – М:

- недоношенность - масса тела при рождении менее 2300 г; - острые заболевания (вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания и обострения хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.); - иммунодефицитные состояния; - злокачественные новообразования; - генерализованная БЦЖ – инфекция (включая лимфаденит, остит БЦЖ-этиологии, выявленные у других детей в семье).

2. **Инфильтративный туберкулез – классификация, клинические формы. Диагностика и дифференциальная диагностика.**

Эта клиническая форма туберкулеза характеризуется преимущественно экссудативным типом воспаления со склонностью к быстрому образованию казеозного некроза и наличием или отсутствием деструкции легочной ткани. Следует подчеркнуть, что инфильтративному туберкулезу легких свойственна относительно быстрая динамика. Инфильтративный туберкулез может возникать в результате как реактивации старых туберкулезных изменений, так и прогрессирования свежего очагового процесса, а также в результате лимфобронхогенного распространения микобактерий из казеозно измененных лимфатических узлов средостения.

Морфологически инфильтрат — это преимущественно экссудативное воспаление с пропитыванием (имбибицией) легочной ткани экссудатом, вышедшим из сосудов, с быстрым образованием участков казеозного некроза и последующим разжижением сухого казеоза. Разжиженные казеозные массы выделяются с мокротой, и образуется полость распада.

Клинико-рентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза:

1. Облаковидный вариант характеризуется наличием нежной, не очень интенсивной гомогенной тени с нечеткими, размытыми контурами. Часто отмечается быстрое формирование распада и свежей каверны.

2. Круглый вариант характеризуется округлой гомогенной тенью слабой интенсивности с четкими контурами. Также возможно образование распада, определяемого в виде просветления (типа Ассмана) на ранних этапах только при томографическом исследовании.

3. Лобит — обширный инфильтративный процесс, захватывающий целую долю легкого. Тень чаще негомогенная с наличием одиночных или множественных полостей распада. У отдельных больных возможно формирование полости больших и гигантских размеров.

4. Перисциссурит — обширная инфильтративная тень с наличием с одной стороны четкого края, с другой — размытого. Такой характер тени определяется поражением 1—2 сегментов, располагающихся вдоль междолевой борозды. Нередко отмечается также поражение междолевой плевры, иногда с накоплением выпота. Так же как и при других вариантах, может быть распад.

5. Лобулярный вариант характеризуется негомогенной тенью, представляющей собой слившиеся в один или несколько конгломератов крупные и мелкие очаги. В центре некоторых конгломератов выявляется распад.

Для всех клинико-рентгенологических вариантов характерно наличие не только инфильтративной тени (часто с распадом), но и бронхогенного обсеменения как в легком, в котором имеется инфильтрат, так и в противоположном легком. Очень редко инфильтративный туберкулез протекает бессимптомно и малосимптомно, часто имеет острое или подострое начало заболевания. У подавляющего большинства лиц с инфильтративным туберкулезом клиническая картина заболевания характеризуется повышением до 38—38,5°С температуры тела, потливостью, снижением работоспособности, наличием кашля с выделением мокроты, кровохарканья.

Важнейшим диагностическим методом является бактериологическая диагностика. МВТ могут быть выявлены методом как микроскопии, так и посева. Диагноз инфильтративного туберкулеза должен подтверждаться наличием микобактерии. Если уже имеется сформированная или формирующаяся четко видимая на рентгенограмме полость, у больных инфильтративным туберкулезом в 96—97% случаев удается обнаружить микобактерии туберкулеза. Иммунодиагностические пробы положительны.

Дифференциальная диагностика: внебольничная пневмония (особенно медленно разрешающаяся), опухоли легких.

***Пример экзаменационной задачи и критерии оценки ответов на вопросы***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Текст ситуационной задачи** |
|  | - | Больная Х., 25 лет.  Из анамнеза известно, что впервые выявлен туберкулез флюорографически после родов 2 года назад. Систематически не лечилась.  Поступила в стационар в тяжелом состоянии.  Жалобы на резкую слабость, одышку, кашель с вязкой мокротой желтого цвета, проливные ночные поты, плохой аппетит, похудание, кровохарканье.  При осмотре: состояние тяжелое, вынужденное полусидячее положение в кровати, бледные кожные покровы, акроцианоз, кахексия. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура 38,3 С. Частота дыхания – 26 в минуту.  Грудная клетка – правая половина отстает в акте дыхания. Над легкими выслушиваются при перкуссии справа в верхних отделах тимпанит, в нижних отделах с обеих сторон - укорочение; при аускультации справа – жесткое дыхание, единичные влажные и сухие хрипы, в нижних отделах справа и слева - дыхание ослабленное.  Сердце – тоны приглушены, ритмичные. Живот - мягкий, безболезненный.  Анализ крови: Эр- 3.2 х 1012/л,  Hb - 84 г/л, Ц.П. - 0,82, Л – 15,4 х 109/л, п -18, с-54, л. – 12, м – 12, э – 4, СОЭ- 60 мм/час.  Анализ мочи: цвет желтый, прозр., кисл., уд.вес 1020, сахар отр, эп. пл. 0-1 в п/зр, Л 10-12 в п/зр. следы белка.  Реакция Манту  с 2 ТЕ – отрицательная.  В анализах мокроты: КУМ (+) выявлены микроскопически методом Циля-Нильсена, методом бак.посева МБТ (+) (рост обильный).  Проведено рентгенологическое обследование |
|  |  |  |
| Вопрос | 1 | Опишите рентгенограммы |
| Эталон  ответа | - | На озорной рентгенограмме и томограмме органов грудной клетки больной М. в правом легком, в верхнем легочном поле негомогенное интенсивное затенение неправильной формы с нечеткими контурами и множественными просветлениями, неправильной формы, с нечеткими контурами. В нижних отделах двусторонние изменения в виде затенений средней интенсивности, с нечеткими контурами, с участками просветлений, связанные с корнем. Корни бесструктурные. Сердечно-сосудистая тень в норме. |
|  |  | Критерии оценки: |
| 2 балла | - | Описание рентгенограммы правильное, полное. |
| 1 балл | - | Описание неполное:  отсутствует описание одной из характеристик рентгенологической картины,  описание одной рентгенологической характеристики дано неверно. |
| 0 баллов | - | Описание двух и более характеристик рентгенологической картины дано неверно,  Или  Описание полностью неверно. |
| Вопрос | 2 | Поставьте диагноз. |
| Эталон  ответа | - | Казеозная пневмония правого легкого с обсеменением нижней доли левого легкого, МБТ(+), кровохарканье. |
|  |  | Критерии оценки: |
| 2 балла | - | Диагноз поставлен верно. |
| 1 балл | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены фаза и/или осложнения. |
| 0 баллов | - | Диагноз поставлен неверно. |
|  |  |  |
| Вопрос | 3 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Эталон  ответа | - | Диагноз: Казеозная пневмония правого легкого с обсеменением нижней доли левого легкого, МБТ (+), кровохарканье, установлен на основании:   * жалоб на резкую слабость, одышку, кашель с вязкой мокротой белого, желтого цвета, проливные ночные поты, плохой аппетит, похудание, кровохарканье; * данных анамнеза: впервые выявлен туберкулез флюорографически после родов 2 года назад. Отсутствие систематического лечения туберкулеза; * данных объективного осмотра: состояние тяжелое, вынужденное полусидячее положение в кровати, бледные кожные покровы, акроцианоз, кахексия. Лихорадка. Тахипноэ. Грудная клетка – правая половина отстает в акте дыхания. Над легкими перкуторно справа в верхних отделах тимпанит, в нижних отделах справа и слева – укорочение; при аускультации справа – жесткое дыхание, единичные влажные и сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон - дыхание ослабленное; * данных лабораторного обследования: ОАК – гипохромная анемия, воспалительные изменения: умеренный лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг лейкоформулы, моноцитоз, лимфопения, резкое повышение СОЭ; * рентгенологической картины: правое легкое - в верхнем легочном поле негомогенное интенсивное затенение с множественными просветлениями значительных размеров, неправильной формы, с нечеткими контурами. В нижних отделах двусторонние изменения в виде затенений средней интенсивности связанные с корнем, с участками просветлений; * туберкулинодиагностики – отрицательная анергия (резкое снижение кожной реакции на туберкулин до отрицательной); * массивного бацилловыдения (анализах мокроты выявлены КУМ микроскопически и методом посева МБТ (+) рост обильный. |
|  |  | Критерии оценки: |
| 2 балла | - | Диагноз обоснован верно. |
| 1 балл | - | Диагноз обоснован не полностью:  отсутствует обоснование фазы процесса или осложнений |
| 0 баллов | - | Диагноз обоснован полностью неверно. |
|  |  |  |
| Вопрос | 4 | Обоснуйте отрицательную реакцию Манту с 2ТЕ у пациентки |
| Эталон  ответа | - | Отрицательная анергия это резкое снижение кожной реакции на туберкулин до отрицательной, наблюдается у больных с прогрессирующим тяжелым течением туберкулеза. Она отражает срыв иммунологических механизмов защиты и является неблагоприятным признаком в плане прогноза. |
|  |  | Критерии оценки: |
| 2 балла | - | Ответ полностью верен |
| 1 балл | - | Ответ частично не верен. |
| 0 баллов | - | Ответ не верен. |
|  |  |  |
| Вопрос | 5 | Определите тактику ведения и лечения пациентки. |
| Эталон  ответа | - | Лечение в стационаре противотуберкулезного учреждения в отделении интенсивной терапии на фоне гигиено-диетического режима. Лечебный и двигательный режим определяется состоянием больной. Лечебное питание соответствует диете № 11.  При поступлении в стационар купируется интоксикационный синдром.  В интенсивной фазе лечения применяется химиотерапия: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, канамицин, фторхинолон до получения данных лекарственной чувствительности. У пациентки высокий риск развития лекарственной устойчивости МБТ. После этого проводят коррекцию химиотерапии.  Основные противотуберкулезные препараты, к которым выявлена лекарственная устойчивость МБТ, заменяют на резервные. Препараты, к которым сохранена чувствительность, остаются в режиме химиотерапии; комбинация лекарств состоит из 5—6 препаратов. Длительность основного курса лечения составляет не менее 12 мес. до санации каверн с последующей резекцией легкого или пневмонэктомией. |
|  |  | Критерии оценки: |
| 2 балла | - | Выбраны верная тактика ведения. Лечение правильно обосновано. |
| 1 балл | - | Выбраны верная тактика ведения и лечения пациентки, но не обоснована, или обоснована неверно.  Выбрана только одна тактика лечения, обоснование выбора данной группы верное. |
| 0 баллов | - | Ответ неверный. Выбрана неправильная тактика лечения пациентки. |
|  |  |  |