&Пневмония

#Выберите ложное утверждение:

-У пациентов с внебольничной пневмонией, не нуждающихся в госпитализации, целесообразно назначение пероральных лекарственных форм АБП;

-У госпитализированных пациентов целесообразно начинать терапию с парентеральных АБП;

-Парентеральные АБП при лечении внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях имеет доказанные преимущества перед пероральными.

#Высокой природной активностю в отношении «атипичных» микроорганизмов, таких как M. pneumoniae, C. pneumoniae, L. Pneumophila при внебольничной пневмонии обладают:

-Цефтриаксон, цефепим

-Оксацилин, амоксициллин

-Амоксициллин/клавуланат

-Азитромицин, кларитромицин

#АМП выбора у амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП ≥2 дней и не имеющих других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями являются:

-амоксициллин

-ингибитор-защищенные пенициллины

-макролиды

-респираторные фторхинолоны

-цефалоспорины III поколения перорально

-цефалоспорины III поколения парентерально

#Альтернативным АМП (препарат 2-й линии) у амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП ≥2 дней и не имеющих других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями являются:

-амоксициллин

-ингибитор-защищенные пенициллины

-макролиды

-респираторные фторхинолоны

-цефалоспорины III поколения перорально

-цефалоспорины III поколения парентерально

#АМП выбора у амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес АМП ≥2 дней и/или имеющих другие факторы риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями является:

-ингибитор-защищенные пенициллины

-цефалоспорины III поколения парентерально

-цефалоспорины III поколения перорально

-респираторные фторхинолоны

-Линезолид

-Аминопенициллины, альтернатива - макролиды

-Аминогликозиды II-III

#Альтернативным(и) АМП (препарат 2-й линии) у амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес АМП ≥2 дней и/или имеющих другие факторы риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями является (2):

-левофлоксацин

-амоксициллин/клавуланат

-цефдиторен

-цефтриаксон

-ванкомицин, линезолид

-ципрофлоксацин

#АМП выбора у госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП ≥2 дней и не имеющих других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями являются:

-Ампициллин или ингибитор-защищенные пенициллины

-Макролиды

-Респираторные фторхинолоны

-цефалоспорины III поколения парентерально

-цефалоспорины III поколения перорально

#АМП выбора у госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес АМП ≥2 дней и/или имеющих другие факторы риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями является (3):

-ингибитор-защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон),

-респираторные фторхинолоны

-цефтаролин, эртапенем

-ванкомицин, ципрофлоксацин

-аминопенициллины, макролиды

-аминогликозиды II-III пок.

#Среди пероральных цефалоспоринов III поколения при внебольничной пневмонии рационально -использовать:

-цефдиторен

-цефиксим

-ципрофлоксацин

-цефуроксим

#При непереносимости в-лактамных АМП у пациента с нетяжелой внебольничной пневмонией в районе с высоким уровнем резистентности к макролидам рекомендовано рассмотреть применение таких АМП:

-цефиксим

-ципрофлоксацин

-респираторный фторхинолон

-ко-тримоксазол

-ванкомицин

#Основной(ые) возбудитель(и) внебольничной пневмонии (ВП):

-стафилококки: S.aureus и др.

-стрептококки: S.pyogenes, S.haemoliticus

-стрептококки: S.pneumoniae

-энтеробактерии

-гемофильная палочка

-вирусы, грибы

-атипичные микроорганизмы

#С целью профилактики ВП в настоящее время высокоэффективны:

-закаливание

-гомеопатическая терапия

-иммуномодулирующая терапия

-вакцинация пневмококковой и противогриппозной вакцинами

-затрудняюсь ответить

#Основной диагностический признак при осмотре пациента с ВП:

-синдром воспаления

-синдром интоксикации

-синдром уплотнения легочной ткани

-одышка, кашель, хрипы в легких

-гипертермия, лейкоцитоз

-затрудняюсь ответить

#Диагностический минимум обследования при нетяжелой ВП (2):

-рентгенография в 1 проекции

-рентгенография в 2-х проекциях

-общеклиническая биохимия крови

-ОАК

-клин. анализ мокроты

-микробиологический анализ мокроты

# «Неточным / неопределенным» диагноз пневмонии делает:

-отсутствие температуры и лейкоцитоза

-отсутствие рентгенологического исследования

-отсутствие синдрома уплотненной легочной ткани

-отсутствие кашля, хрипов в легких

#При положительной динамике лечения ВП повторное рентгенологическое исследование целесообразно:

-через 7-10 дн

-через 10-14 дн

-не ранее чем через 14 дн

-не нужно вовсе

#Причинами задержки начала антимикробной терапии (АМТ) при ВП могут быть:

-отсутствие рентгенологического исследования

-отсутствие данных микробиологического исследования

-отсутствие данных ОАК

-не бывает оснований для задержки в начале АМТ при подтвержденном диагнозе

#Основной критерий для окончания антимикробной терапии (АМТ):

-рентгенологическая и лабораторная (L-цитоз, СОЭ) динамика

-стойкая нормализация температуры тела при положительной клинике

-положительные изменения при аускультации и перкуссии

# «Ступенчатая терапия» при лечении пневмонии это:

-переход с одного антимикробного препарата (АМП) на другой

-переход с таблетированного АМП на парентеральный, при ухудшении состояния

-переход с парентерального АМП на таблетированный, при улучшении состояния

-затрудняюсь ответить

#Типовые ошибки в стартовой антибактериальной терапии нетяжелой ВП:

-применение ампиокса

-применение ципрофлоксацина

-применение цефазолина

-применение ампициллина внутрь

-применение респираторных фторхинолонов у пациентов без факторов риска

-все перечисленное верно

#Для внебольничной пневмонии характерны следующие признаки (2):

-Развитие в стационаре

-Развитие вне стационара

-Диагностируется в первые 48 часов с момента госпитализации

-Диагностируется в первые 72 часа с момента госпитализации

-Диагностируется не ранее 96 часов с момента госпитализации

#Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

-S. Pneumoniae

-S. Aureus

-H. Influenza

-L. Pneumophila

-Энтеробактерии

#У лиц с муковисцидозом, бронхоэктазами внебольничная пневмония чаще ассоциируется с:

-S. Pneumoniae

-S. Aureus

-H. Influenza

-L. Pneumophila

-P. Aeruginosa

#Неблагоприятными прогностическими признаками при внебольничной пневмонии (3):

-Лейкоцитоз >10-12х109/л с повышением уровня нейтрофилов сдвиг >10%

-Тромбоцитопения < 100х10 12/л

-Гематокрит <30%

-Нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение > 20

-Лейкопения < 4х10 9/л

#Во всех случаях тяжелой внебольничной пневмонии дополнительно рекомендуется (3):

-Исследование газов артериальной крови

-Коагулограмма с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ

-Развернутый общий анализ крови

-Определение С-реактивного белка

-Культуральное исследование двух образцов венозной крови

#Всем пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию рекомендуется (2):

-Обзорная рентгенография органов грудной полости в двух проекциях

-Мультиспиральная компьютерная томограмма органов грудной клетки

-Пульсоксиметрия с измерением SpO2

-ЭКГ

-Трансторакальное ультразвуковое исследование грудной полости

#К дополнительным критериям диагноза внебольничной пневмонии при наличии очаговой инфильтрации легочной ткани не относится:

-Остро возникшая лихорадка в начале заболевания;

-Кашель с мокротой;

-Физические признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука;

-Лейкоцитоз > 10·10 9/л и/или палочкоядерный сдвиг (>10%)

-Боль в грудной клетке

#Отличие шкал CURB/CRB-65 для оценки прогноза внебольничной пневмонии:

-Нарушение сознания, обусловленное пневмонией

-Повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/ли

-Тахипноэ ≥ 30/мин

-Снижение систолического артериального давления < 90 мм рт.ст. или диастолического ≤ 60 мм рт.ст

-Возраст больного ≥ 65 лет

#К респираторным фторхинолонам относятся (3):

-Ципрофлоксацин

-Гемифлоксацин

-Левофлоксацин

-Пефлоксацин

-Моксифлоксацин

#У лиц пожилого возраста внебольничная пневмония чаще ассоциируется с:

-S. Pneumoniae

-S. Aureus

-H. Influenza

-L. Pneumophila

-P. Aeruginosa

#Для какого микроорганизма нехарактерно развитие бронхолегочного воспаления:

-S. Pneumoniae

-S. Aureus

-S. Epidermidis

-L. Pneumophila

-P. Aeruginosa

#Всем больным с внебольничной пневмонией рекомендуется (3):

-Развернутый общий анализ крови

-Определение антител к вирусным гепатитам

-Определение С-реактивного белка

-Коагулограмма

-Биохимический анализ крови

#Всем госпитализированным пациентам с внебольничной пневмонией дополнительно рекомендуется:

-Исследование газов артериальной крови

-Бактериоскопия и культуральное исследование респираторного образца

-Развернутый общий анализ крови

-Определение С-реактивного белка

-Биохимический анализ крови

#Показания к компьютерной томографии при внебольничной пневмонии (3):

-Отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с вероятным диагнозом пневмонии

-Нетипичные для ВП изменения на рентгенограммах

-Рецидивирующая пневмония или затяжная пневмония, длительность которой превышает один месяц

-Для уточнения данных рентгенографии у больных с диагнозом пневмония

-Первичная диагностика пневмонии

#Для эмпирической терапии внебольничной пневмонии у пациентов с наличием сопутствующих заболеваний в амбулаторных условиях предпочтительнее:

-Цефотаксим

-Кларитромицин

-Амоксициллин/клавуланат

-Азитромицин

-Левофлоксацин

#К критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относят (3):

-Отсутствие интоксикационного синдрома

-Отсутствие гнойной мокроты

-Количество лейкоцитов в крови <10х10 9/л, нейтрофилов <80%, юных форм<6%

-Отсутствие рентгенологической динамики

-Длительность терапии 7 суток

#Через какое время после начала лечения необходимо оценить эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии:

-12-24 часа

-48-72 часа

-4-5 суток

-7 суток

-10 суток