

Ж. В. Антонович, И. В. Патеюк

**ДИАГНОСТИКА  
И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ  
ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ  
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ  
С РАЗБОРОМ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ. ТЕСТЫ**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2022

Ж. В. АНТОНОВИЧ, И. В. ПАТЕЮК

**ДИАГНОСТИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ  
ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ  
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ С РАЗБОРОМ  
КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ. ТЕСТЫ**

Практическое пособие

Минск  
«Профессиональные издания»  
2022

УДК 616.2-022-07-085.281.9-039.41

ББК 55.142

A72

**Авторы:**

*Антонович Ж. В.*, доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент;

*Патеюк И. В.*, заведующий кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

**Антонович, Ж. В.**

A72

Диагностика и антибактериальная терапия инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике. Тесты : практич. пособие / Ж. В. Антонович, И. В. Патеюк. – Минск, 2022. – 26 с.

ISBN 978-985-7291-18-2

В практическом пособии приведены тесты, составленные на основе современных представлений об этиологии, диагностике и антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей с учетом принципов рационального применения antimicrobных препаратов в амбулаторной практике.

Пособие предназначено для повышения квалификации врачей общей практики, врачей-терапевтов, клинических ординаторов и врачей-интернов. Может быть полезно врачам других специальностей (пульмонологам, педиатрам).

**УДК 616.2-022-07-085.281.9-039.41**

**ББК 55.142**

**ISBN 978-985-7291-18-2**

© Антонович Ж. В., Патеюк И. В., 2022

© Оформление. «Профессиональные издания», 2022

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АБ – антибиотики, антибиотик
- АБТ – антибактериальная терапия
- АМП – антимикробные препараты
- ДАД – диастолическое артериальное давление
- ИВЛ – искусственная вентиляция легких
- ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду
- САД – систолическое артериальное давление
- СОЭ – скорость оседания эритроцитов
- ЧДД – частота дыхательных движений
- ЧСС – частота сердечных сокращений
- ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких
- ФР – факторы риска
- ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

---

## ВВЕДЕНИЕ

Инфекции дыхательных путей (ИДП) являются самыми частыми заболеваниями в амбулаторной практике, именно по их поводу врачи чаще всего назначают антибиотики (АБ) (более половины выписываемых АБ) [27].

В глобальном плане наибольшее количество антимикробных препаратов (АМП) назначается врачами первичного звена, и связано это, как правило, с лечением острых респираторных инфекций (ОРИ) [27, 30, 32, 36]. При этом большинство острых ИДП вызывается вирусами, на которые АБ не действуют [27, 30, 36, 42, 45].

Несмотря на то, что врачи общей практики прекрасно осведомлены о возможности не только бактериальной, но и вирусной этиологии ОРИ, необоснованная антибактериальная терапия (АБТ) остается серьезной проблемой амбулаторного звена [27, 32, 36]. Наряду с объективными причинами ошибочной АБТ, связанными с трудностями дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных инфекций в амбулаторной практике, существует ряд других причин, также требующих устранения. Врач нередко испытывает давление со стороны пациента в выборе препаратов для лечения, опасается административных взысканий по ведению пациента и далеко не всегда располагает достаточным объемом знаний о возбудителях острых ИДП и свойствах используемых АМП.

Высокая частота спонтанного выздоровления пациентов при острых инфекциях верхних дыхательных путей (ИВДП) и бронхите, а также ошибочное мнение врачей о том, что АБ предотвращают развитие бактериальной суперинфекции при ОРИ, приводят к переоценке практическими врачами эффективности АБ при этих инфекциях [27].

Рост устойчивости бактериальных возбудителей инфекционных болезней к АМП и прогнозируемый рост летальных исходов от инфекций, вызванных полирезистентными штаммами бактерий – глобальная проблема современности [27, 32, 33, 36, 51].

Проблема антибиотикорезистентности имеет важное медицинское и социально-экономическое значение [27, 33, 43, 51, 53]. Так, в странах Восточной Европы и Средней Азии отмечается рост устойчивости пневмококков к макролидным АБ (превысившим уровень в 20%), появляются штаммы микоплазм, устойчивых к макролидам, продолжается снижение чувствительности

урогенитальной кишечной палочки к фторхинолонам (ФХ), наблюдается высокая резистентность *Helicobacter pylori* к кларитромицину [27].

Антибиотикорезистентность развивается при необоснованном и избыточном применении АМП для профилактики в медицине, при самолечении, для стимуляции роста животных и птиц в ветеринарии и агроиндустрии, при попадании АБ во внешнюю среду (почва, вода) [27, 33, 51, 53].

Основным фактором риска (ФР) устойчивости к АБ является неправильное их использование [27, 32–35, 46, 50].

Многие ошибки в назначении АБ при ИДП связаны с недостаточной информированностью врачей о свойствах АБ и важности назначения дозы, необходимой для эрадикации возбудителя, а также об уровне резистентности наиболее актуальных возбудителей.

Рациональное применение АМП в амбулаторной практике является ведущим направлением сдерживания антибиотикорезистентности, представляющей собой междисциплинарную и межгосударственную проблему.

---

## ТЕСТЫ

### 1. Антибактериальная терапия в амбулаторной практике:

- a) назначается эмпирически с учетом факторов, определяющих спектр возможных возбудителей и риск инфицирования антибиотикорезистентными микроорганизмами;
- b) назначается целенаправленно с учетом сведений о возбудителе и его чувствительности к АМП;
- c) направлена на установленного возбудителя заболевания;
- d) направлена на предполагаемого возбудителя заболевания;
- e) основана на применении пероральных лекарственных форм АБ;
- f) основана на применении парентеральных АБ.

### 2. Локализация инфекции определяет:

- a) наиболее вероятных возбудителей;
- b) наличие у пациента факторов риска инфицирования антибиотикорезистентными возбудителями;
- c) выбор АБ;
- d) спектр нежелательных лекарственных реакций.

### 3. Нежелательные лекарственные реакции при применении АМП включают:

- a) общие;
- b) класс-специфические;
- c) дозозависимые;
- d) индивидуальные.

### 4. Показанием для назначения антибиотикотерапии при ИДП не является:

- a) документированная бактериальная инфекция;
- b) предполагаемая бактериальная инфекция;
- c) острая респираторная вирусная инфекция;
- d) предполагаемая вирусно-бактериальная инфекция.

- 5. Оценка эффективности стартовой антибиотикотерапии проводится через:**
- a) 24 ч;
  - b) 24–48 ч;
  - c) 48–72 ч;
  - d) 72 ч.
- 6. В большинстве случаев продолжительность АБТ в амбулаторной практике составляет:**
- a) 5 суток;
  - b) 5–7 суток;
  - c) 7–10 суток;
  - d) 10–14 суток.
- 7. К инфекциям нижних дыхательных путей не относятся:**
- a) трахеит;
  - b) бронхит;
  - c) ларингит;
  - d) бронхиолит;
  - e) пневмония.
- 8. Этиология заболевания при рините, фарингите, ларингите и трахеите:**
- a) вирусная или бактериальная;
  - b) преимущественно вирусная;
  - c) преимущественно бактериальная.
- 9. К основным классам antimicrobных препаратов, применяемых в лечении инфекций дыхательных путей на амбулаторном этапе, не относят:**
- a) пенициллины;
  - b) тетрациклины;
  - c) цефалоспорины;
  - d) макролиды;
  - e) респираторные фторхинолоны.



---

**10. Антибиотики выбора при остром среднем отите у взрослых:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим);
- c) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) левофлоксацин (Лебел).

**11. Антибиотик выбора при остром среднем отите у детей:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) цефтриаксон;
- c) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) джозамицин;
- f) азитромицин (Азикар, Зитмак).

**12. Антибиотики выбора при остром риносинусите у взрослых:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адицеф, цефиксим);
- c) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- e) левофлоксацин (Лебел).

**13. Антибиотик выбора при остром бактериальном риносинусите у детей:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) цефтриаксон;
- c) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- e) джозамицин;
- f) азитромицин (Зитмак, Азикар).

**14. Наличием каких возбудителей отличается этиология обострения хронического риносинусита от этиологии острого риносинусита?**

- a) *Streptococcus pneumoniae*;
- b) *Staphylococcus aureus*;
- c) *Haemophilus influenzae*;
- d) энтеробактерии;
- e) анаэробы.

**15. Антибиотик выбора при обострении хронического риносинусита:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) цефтриаксон;
- c) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адицеф, цефиксим);
- f) левофлоксацин (Лебел).

**16. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при обострении хронического риносинусита:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- c) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим);
- d) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- e) левофлоксацин (Лебел).

**17. Антибиотик выбора при остром стрептококковом тонзиллите:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) азитромицин (Азикар, Зитмак);
- c) цефиксим;
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) цефуросим аксетил (Мегацеф);
- f) джозамицин.

---

**18. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при остром тонзиллите у взрослых:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- c) оральные цефалоспорины II и III поколений (Мегасеф, Префикс, Адицеф, Сефпотек, цефиксим);
- d) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- e) левофлоксацин (Лебел).

**19. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при остром стрептококковом тонзиллите у детей:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- c) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адицеф, цефиксим);
- d) оральные цефалоспорины II поколения (Мегасеф, Префикс);
- e) макролиды.

**20. Какие антибиотики вы назначите взрослому пациенту с острым тонзиллитом при невозможности исключить инфекционный мононуклеоз?**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- c) макролиды;
- d) оральные цефалоспорины II или III поколений (Мегасеф, Префикс, Сефпотек, Адицеф, цефиксим).

**21. В каких случаях вы назначите пациенту с острым тонзиллитом в качестве стартовой терапии оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим)?**

- a) при невозможности исключить инфекционный мононуклеоз;
- b) при нетяжелых аллергических реакциях на пенициллины в анамнезе;
- c) при тяжелых аллергических реакциях на пенициллины в анамнезе.

**22. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при остром среднем отите и остром риносинусите у взрослых:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим);
- c) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- d) азитромицин (Зитмак, Азикар);
- e) левофлоксацин (Лебел);
- f) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс).

**23. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при остром среднем отите и остром бактериальном риносинусите у детей:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим, цефтриаксон);
- c) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- d) азитромицин (Азикар, Зитмак);
- e) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав).

**24. В этиологии острого бронхита ключевую роль играют:**

- a) *Mycoplasma pneumoniae*;
- b) *Streptococcus pneumoniae*;
- c) *Bordetella pertussis*;
- d) респираторные вирусы;
- e) *Chlamydia pneumoniae*;
- f) *Pseudomonas aeruginosa*.

**25. Показанием для назначения антибактериальной терапии при остром бронхите не является:**

- a) высокая лихорадка в дебюте заболевания;
- b) гнойная мокрота с увеличением её количества;
- c) сохранение лихорадки и других симптомов заболевания более 5 дней;
- d) тяжелое течение (одышка, снижение сатурации, ЧСС >100 в мин);

- 
- e) наличие бронхиальной обструкции, требующей применения бронхолитиков;
  - f) возраст >65 лет при наличии коморбидности.

**26. На совокупности каких критериев основывается диагноз ХОБЛ?**

- a) клинических симптомов;
- b) анамнеза воздействия факторов риска;
- c) подтверждения персистирующей бронхиальной обструкции методом спирометрии;
- d)  $ОФВ_1 < 70\%$  после пробы с бронхолитиком.

**27. Какой критерий является спирометрическим подтверждением ХОБЛ и указывает на персистирующую бронхиальную обструкцию?**

- a)  $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$  (70%) после пробы с бронхолитиком;
- b)  $ОФВ_1 < 70\%$  после пробы с бронхолитиком;
- c) индекс Тиффно  $< 0,7$  (70%) после пробы с бронхолитиком;
- d)  $ОФВ_1 < 80\%$  до пробы с бронхолитиком.

**28. Какой показатель спирометрии используется для определения степени тяжести ХОБЛ?**

- a)  $ОФВ_1$  после пробы с бронхолитиком;
- b) индекс Тиффно после пробы с бронхолитиком;
- c)  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  после пробы с бронхолитиком;
- d)  $ОФВ_1$  до пробы с бронхолитиком.

**29. К наиболее распространенным возбудителям при обострениях ХОБЛ относятся:**

- a) *Streptococcus pneumoniae*;
- b) *Moraxella catarrhalis*;
- c) *Staphylococcus aureus*;
- d) *Pseudomonas aeruginosa*;
- e) *Haemophilus influenzae*.

**30. К факторам риска инфицирования *Pseudomonas aeruginosa* у пациентов с обострением ХОБЛ не относится:**

- a) выделение *Pseudomonas aeruginosa* в предыдущие обострения;
- b) частые курсы антибактериальной терапии (более 4 в год);
- c) частые курсы системных глюкокортикостероидов (>10 мг преднизолона внутрь в последние 2 недели);
- d) ОФВ<sub>1</sub> >60%;
- e) наличие бронхоэктазов.

**31. Показанием для антибиотикотерапии при обострении ХОБЛ не является:**

- a) увеличение объёма и гнойности мокроты;
- b) усиление кашля;
- c) усиление одышки, увеличение объёма и гнойности мокроты;
- d) усиление одышки и увеличение гнойности мокроты;
- e) пациенту требуется искусственная вентиляция легких.

**32. К факторам риска неблагоприятного исхода терапии при обострении ХОБЛ относятся:**

- a) ОФВ<sub>1</sub> <50%;
- b) ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ <50%;
- c) тяжелая патология сердца;
- d) возраст старше 65 лет;
- e) аллергические реакции на антибиотики в анамнезе;
- f) частые обострения ХОБЛ (≥ 4 обострений в год).

**33. Антибиотики выбора при обострении хронического бронхита и ХОБЛ у пациентов без факторов риска неблагоприятного исхода терапии:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) цефуроксим аксетил (Мегасеф);
- c) левофлоксацин (Лебел);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адидеф, цефиксим).

---

**34. Антибиотик 2-й линии (альтернатива) при обострении хронического бронхита и ХОБЛ у пациентов без ФР неблагоприятного исхода терапии:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- c) цефпрозил (Префикс);
- d) левофлоксацин (Лебел);
- e) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- f) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим).

**35. Антибиотики выбора при обострении хронического бронхита и ХОБЛ у пациентов с ФР неблагоприятного исхода терапии:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адицеф, цефиксим);
- c) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) азитромицин (Зитмак, Азикар);
- f) ципрофлоксацин (Ципронекс).

**36. Антибиотики 2-й линии (альтернатива) при обострении хронического бронхита и ХОБЛ у пациентов с ФР неблагоприятного исхода терапии:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) левофлоксацин (Лебел);
- c) кларитромицин (Лекоклар XL, Кларикар);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
- e) моксифлоксацин;
- f) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим).

**37. Антибиотики выбора при обострении хронического бронхита и ХОБЛ у пациентов с ФР инфицирования *Pseudomonas aeruginosa*:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) оральные цефалоспорины III поколения (Сефпотек, Адицеф, цефиксим);
- c) азитромицин (Азикар, Зитмак);
- d) левофлоксацин (Лебел);
- e) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- f) ципрофлоксацин (Ципронекс).

**38. Диагноз «внебольничная пневмония» является определенным при:**

- a) наличии рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани;
- b) наличии рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и двух клинических симптомов и признаков;
- c) наличии рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и одного клинического симптома и признака.

**39. К клиническим симптомам и признакам внебольничной пневмонии относятся:**

- a) остро возникшая лихорадка в начале заболевания ( $t$  тела  $>38,0^{\circ}\text{C}$ );
- b) кашель с мокротой;
- c) физические признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- d) лейкоцитоз  $>10 \times 10^9/\text{л}$  и/или палочкоядерный сдвиг ( $>10\%$ );
- e) повышение СОЭ более 30 мм/ч.

**40. Факторы риска инфицирования полирезистентными возбудителями при внебольничной пневмонии включают:**

- a) пребывание в доме престарелых;
- b) прием АБ в предшествующие 3 месяца;



- 
- c) коморбидность;
  - d) в/в инфузионная терапия;
  - e) наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней;
  - f) наличие госпитализаций по любому поводу в течение  $\geq 2$  суток в предшествующие 3 месяца.

**41. К клиническим признакам тяжелого течения внебольничной пневмонии относятся:**

- a) частота дыхания  $\geq 30$ /мин;
- b) САД  $< 90$  мм рт. ст., ДАД  $\leq 60$  мм рт.ст.;
- c) ЧСС  $\geq 125$ /мин;
- d) температура тела меньше  $35,5^{\circ}\text{C}$  или  $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$ ;
- e)  $\text{SaO}_2 \leq 94\%$  (по данным пульсоксиметрии);
- f) нарушение сознания.

**42. К клиническим особенностям внебольничной пневмонии, вызванной атипичными возбудителями (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*), относят:**

- a) молодой возраст пациентов ( $< 40$  лет);
- b) нетяжелое течение;
- c) тяжелое течение;
- d) постепенное начало с воспаления верхних дыхательных путей;
- e) преобладание малопродуктивного кашля;
- f) наличие внелегочной симптоматики (фарингит, синусит, миалгии, арталгии, конъюнктивит).

**43. Антибиотик выбора при нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 месяца АМП и не имеющих ФР инфицирования полирезистентными возбудителями:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) цефуроксим аксетил (Мегацеф);
- c) левофлоксацин (Лебел);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);

- e) моксифлоксацин;
- f) цефдинир (Адицеф).

**44. Антибиотик 2-й линии (альтернатива) при нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 месяца АМП и не имеющих ФР инфицирования полирезистентными возбудителями:**

- a) амоксициллин (Оспамокс, Амоксикар);
- b) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- c) цефдинир (Адицеф);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) цефподоксим (Сефпотек).

**45. Показаниями для назначения макролидов в качестве стартовой терапии нетяжелой внебольничной пневмонии являются:**

- a) клинические данные, указывающие на то, что внебольничная пневмония вызвана атипичными возбудителями (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydothyla pneumoniae*);
- b) эпидемиологические данные, указывающие на то, что внебольничная пневмония вызвана атипичными возбудителями;
- c) коморбидность;
- d) наличие факторов риска инфицирования полирезистентными возбудителями;
- e) индивидуальная непереносимость аминопенициллинов;
- f) аллергические реакции немедленного типа на  $\beta$ -лактамы в анамнезе.

**46. Антибиотик выбора при нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших за последние 3 месяца АМП и/или имеющих ФР инфицирования полирезистентными возбудителями:**

- a) амоксициллин (Амоксикар, Оспамокс);
- b) азитромицин (Зитмак, Азикар);
- c) оральные цефалоспорины III поколения (Адицеф, Сефпотек, цефиксим);
- d) левофлоксацин (Лебел);

- 
- e) амоксициллин/клавуланат (Амоксикар плюс, Амоксиклав);
  - f) моксифлоксацин.

**47. Антибиотик 2-й линии (альтернатива) при нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших за последние 3 месяца АМП и/или имеющих ФР инфицирования полирезистентными возбудителями:**

- a) ципрофлоксацин (Ципронекс);
- b) кларитромицин (Кларикар, Лекоклар XL);
- c) левофлоксацин (Лебел);
- d) амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Амоксикар плюс);
- e) азитромицин (Азикар, Зитмак);
- f) цефподоксим (Сефпотек).

**48. Какую дозу амоксициллина вы назначите пациенту с нетяжелой внебольничной пневмонией и ФР полирезистентного пневмококка (прием антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей, посещающих дошкольные учреждения, многодетные семьи):**

- a) 0,5 г 2 раза в сутки;
- b) 0,5 г 3 раза в сутки;
- c) 1,0 г 2 раза в сутки;
- d) 1,0 г 3 раза в сутки;
- e) 0,5 г 4 раза в сутки.

**49. К критериям достаточности антибиотикотерапии для ее отмены при внебольничной пневмонии не относится:**

- a) стойкое снижение температуры тела ( $t \leq 37,2^\circ\text{C}$ ) в течение не менее 48 ч;
- b) отсутствие гнойной мокроты;
- c) отсутствие интоксикационного синдрома;
- d) количество лейкоцитов в крови  $< 10 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов  $< 80\%$ , юных форм  $< 6\%$ ;
- e) снижение  $\text{СО}_2$ ;
- f) частота дыхания  $< 20/\text{мин}$  (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности).

**50. Показанием для продолжения антибиотикотерапии при внебольничной пневмонии является:**

- a) отхождение небольшого количества слизистой мокроты;
- b) хрипы в легких;
- c) отхождение гнойной мокроты;
- d) сухой кашель;
- e) повышение СОЭ  $>30$  мм/ч;
- f) лейкоцитоз  $<10 \times 10^9$ /л без сдвига влево.

**51. К абсолютным показаниям для госпитализации при внебольничной пневмонии не относятся:**

- a) наличие клинических признаков тяжелого течения пневмонии;
- b) рентгенологически вовлечение более одной доли легкого; наличие полости распада или плеврального выпота;
- c) быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких;
- d) возраст старше 60 лет;
- e) беременность;
- f) невозможность адекватного ухода и выполнения рекомендаций в домашних условиях;
- g) количество лейкоцитов периферической крови  $<4,0 \times 10^9$ /л или  $>20,0 \times 10^9$ /л, гематокрит  $<30\%$  или гемоглобин  $<90$  г/л.

**52. Госпитализация при внебольничной пневмонии предпочтительна в следующих клинических ситуациях:**

- a) возраст старше 55 лет;
- b) наличие клинических признаков тяжелого течения пневмонии;
- c) тяжелая коморбидность;
- d) неэффективность стартовой антибактериальной терапии;
- e) беременность;
- f) желание пациента и/или членов его семьи.

---

## ОТВЕТЫ

<b>1</b>	- a, d, e;	<b>14</b>	- b, d, e;	<b>27</b>	- a;	<b>40</b>	- a, b, d, e, f;
<b>2</b>	- a, c;	<b>15</b>	- d;	<b>28</b>	- a;	<b>41</b>	- a, b, c, d, f;
<b>3</b>	- a, b, d;	<b>16</b>	- c;	<b>29</b>	- a, b, d, e;	<b>42</b>	- a, b, d, e, f;
<b>4</b>	- c;	<b>17</b>	- a;	<b>30</b>	- d;	<b>43</b>	- a;
<b>5</b>	- c;	<b>18</b>	- c;	<b>31</b>	- b;	<b>44</b>	- b;
<b>6</b>	- b;	<b>19</b>	- c;	<b>32</b>	- a, c, d, f;	<b>45</b>	- a, b, e, f;
<b>7</b>	- a, c;	<b>20</b>	- d;	<b>33</b>	- a, e;	<b>46</b>	- e;
<b>8</b>	- b;	<b>21</b>	- a, b;	<b>34</b>	- e;	<b>47</b>	- c;
<b>9</b>	- b;	<b>22</b>	- b;	<b>35</b>	- b, d;	<b>48</b>	- d;
<b>10</b>	- a, d;	<b>23</b>	- b, e;	<b>36</b>	- b, e;	<b>49</b>	- e;
<b>11</b>	- a;	<b>24</b>	- d;	<b>37</b>	- d, f;	<b>50</b>	- c;
<b>12</b>	- a, d;	<b>25</b>	- a;	<b>38</b>	- b;	<b>51</b>	- d, e;
<b>13</b>	- a;	<b>26</b>	- a, b, c;	<b>39</b>	- a, b, c, d;	<b>52</b>	- c, d, e, f.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антибиотикорезистентность клинических штаммов *Haemophilus influenzae* в России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования ПЕГАС (2014–2017 гг.) / Н.В. Иванчик [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2019. – №4. – С. 317–323.
2. Антибиотикорезистентность клинических штаммов *Streptococcus pneumoniae* в России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «ПеГАС 2014-2017» / Н.В. Иванчик [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 230–237.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ / Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2021. – 126 с.
4. Внебольничная пневмония у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ / Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2019. – 97 с.
5. Зыков, К. А. Хронический бронхит – микробиота и антимикробная терапия / К. А. Зыков, С. Ю. Нистор, Е. И. Соколов // Практическая пульмонология. – 2017. – №1. – С. 29–40.
6. Клинические протоколы диагностики и лечения острого и хронического бронхита, пневмонии, хронической обструктивной болезни легких: приложения 1, 2, 4 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5.07.2012 г. №768.
7. Клинический протокол диагностики и лечения «Острый и хронический тонзиллит»: Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23.06.2016 г. №5.
8. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.12.2018 №94.
9. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями уха, горла и носа»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2018 г. №46.
10. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с отоларингологическими заболеваниями»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.06.2017 г. №49.
11. Клинический протокол «Фармакотерапия при беременности и лактации»: Приказ департамента охраны населения Кемеровской области от 15.10.2015 г. №1318.
12. Лопатин, А.С. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации / А.С. Лопатин, В.М. Свистушкин. – М.: Российское общество ринологов, 2013. – 28 с.

- 
13. Носоглоточное носительство *Streptococcus pneumoniae* у воспитанников детских домов, дошкольных учреждений и неорганизованных детей младше 5 лет / М.А. Лазарева [и др.] // *Вопр. соврем. педиатрии*. – 2015. – Т.14, №2. – Р. 246–255.
  14. О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2015 № 1301.
  15. Острый синусит: клинические рекомендации МЗ РФ, 2016. – 43 с.
  16. Острый риносинусит. Клинические рекомендации. Метод. пособие / под ред. Свистушкина В.М. опубли. в ж-ле // *Фарматека*. – 2018. – №КР3. – С. 39–51.
  17. Острый риносинусит: клинические рекомендации МЗ РФ (пересмотр 2021) / под ред. А.С. Лопатина, В.В. Шиленковой, 2021. – 41 с.
  18. Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит): клинические рекомендации МЗ РФ, 2021.
  19. Острый тонзиллит у детей: клинические рекомендации МЗ РФ, 2016. – 24 с.
  20. Отит средний острый: клинические рекомендации МЗ РФ, 2016. – 24 с.
  21. Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и Алгоритмов: утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 11.01.2022 №20.
  22. Рекомендации МАКМАХ «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам (2021). Режим доступа: <https://www.antibiotic.ru/minzdrav/category/clinical-recommendations>. – Дата доступа: 10.04.2022.
  23. Рачина, С.А. Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей. В кн.: *Основы внутренней медицины / С.А. Рачина А.И. Синопальников* // под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – М.: МИА, 2020, 2-е изд. – Т.1. – С.147–171.
  24. Рачина С.А, Козлов Р.С., Таточенко В.К., исследовательская группа ПАТРИОТ. Анализ подходов к применению антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей и лор-органов: результаты опроса участковых педиатров / С.А. Рачина [и др.] // *Клин. микробиология и антимикроб. химиотерапия*. – 2016. – Т.18, №1. – С. 20–31.
  25. Солдатов, И.Б. Лекции по оториноларингологии / И.Б. Солдатов. – М.: Медицина, 1994. – 288с.
  26. Спичак, Т.В. Ошибки антибактериальной терапии при острых инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов в педиатрической практике / Т.В. Спичак // *Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.)*. – 2016. – №3.
  27. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации / под ред. С. В. Яковлева [и др.]. – М.: Пре100 Принт, 2016. – 144 с.
  28. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические рекомендации / Российское респираторное общество, 2018. – 76 с.
  29. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat / W. J. Mclsaac [et al.] // *CMAJ*. – 1998. – Vol. 158, №1. – Р. 75–83.
  30. Actual versus 'ideal' antibiotic prescribing for common conditions in English primary care / K. B. Pouwels [et al.] // *J Antimicrob Chemother.* – 2018. – Vol. 73, Suppl. 2. – Р. 19–26.

31. Adverse drug reactions related to amoxicillin alone and in association with clavulanic acid: data from spontaneous reporting in Italy / F. Salvo [et al.] // *J Antimicrob Chemother.* – 2007. – Vol. 60, №1. – P.121–126.
32. Antibiotic use for acute respiratory tract infections (ARTI) in primary care; what factors affect prescribing and why is it important? A narrative review / R. O'Connor [et al.] // *Ir J Med Sci.* – 2018. – Vol. 187. – P. 969–986.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic/Antimicrobial Resistance (AR/AMR). 2020. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>. – Date of access: 7.04.2022.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Core Elements of Outpatient Antibiotic Stewardship. 2020. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/core-elements/outpatient.html>. – Date of access: 7.04.2022.
35. Chua, K.P. Appropriateness of outpatient antibiotic prescribing among privately insured US patients: ICD-10-CM based cross sectional study / K. P. Chua, M. A. Fischer, J. A. Linder // *BMJ.* – 2019. – Vol. 364. – k5092.
36. Defining the appropriateness and inappropriateness of antibiotic prescribing in primary care / D. R. Smith [et al.] // *J Antimicrob Chemother.* – 2018. – Vol. 73, Suppl. 2. – P. ii11-8.
37. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia an official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America / J. P. Metlay [et al.] // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2019. – Vol. 200, №7. – P. e45–e67.
38. Duration of antibiotic treatment in community-acquired pneumonia: a multicenter randomized clinical trial / A. Uranga [et al.] // *JAMA Intern Med.* – 2016. – Vol.176. – P. 1257–1265.
39. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / A. W. Chow [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2012. – Vol. 54, №8. – P. e72–e112.
40. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2021 report) [Electronic resource]. – 164 p. – Mode of access: <http://www.goldcopd.org>. – Date of access: 8.04.2022.
41. Guay, D.R. Cefdinir: an expanded-spectrum oral cephalosporin / D.R. Guay // *Ann. Pharmacother.* – 2000. – Vol. 34, № 12. – P. 1469–1477.
42. Guidelines for the antibiotic use in adults with acute upper respiratory tract infections / Y. K. Yoon [et al.] // *Infect Chemother.* – 2017. – Vol.49, №4. – P. 326–352.
43. Harris, A. M. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American college of physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Practice guideline / A. M. Harris, L. A. Hicks, A. Qaseem // *Ann Intern Med.* – 2016. – Vol. 164, №6. – P. 425–434. doi: 10.7326/M15-1840.
44. Macrolides and Mortality in Critically Ill Patients With Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis / W.I. Sligl [et al.] // *Crit Care Med.* – 2014. – Vol. 42. – P. 420–432.



- 
45. Outpatient antibiotic prescribing for acute respiratory infections during influenza seasons / F. P. Havers [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2018. – Vol. 1, №2:e180243. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0243
  46. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010–2011 / K. E. Fleming-Dutra [et al.] // *JAMA*. – 2016. – Vol. 315. – P. 1864–1873.
  47. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care: NICE clinical guideline / Centre for Clinical Practice at NICE, 2008. – 122 p.
  48. South African guideline for the management of community-acquired pneumonia in adults / T. H. Boyles [et al.] // *J Torac Dis*. – 2017. – Vol. 9, №6. – P. 1469–1502.
  49. Tansarli, G. S. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of short-course antibiotic treatments for community-acquired pneumonia in adults / G. S Tansarli, E. Mylonakis // *Antimicrob Agents Chemother*. – 2018. – Vol. 62:e00635-18
  50. Validation of a Questionnaire for Patient Awareness and the Need for a Community-Based Outpatient Antimicrobial Stewardship Program (O-ASP): A Pilot Study / S. Park [et al.] // *Antibiotics*. – 2021. – Vol. 10. – P. 441–454.
  51. World Health Organization. Antibiotic Resistance. 2020. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>. – Date of access: 8.04.2022.
  52. Woodhead M., Blasi F, Ewig S. and the ERS/ESCMID Task Force. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M. Woodhead [et al.] // *Clin Microbiol Infect*. – 2011. – Vol. 17 (Suppl. 6). – P. 1-59.
  53. World Health Organization. Antimicrobial stewardship interventions: a practical guide. 2021. – 62 p.



*Производственно-практическое издание*

**Антонович** Жанна Владимировна  
**Патеюк** Ирина Васильевна

**ДИАГНОСТИКА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ  
ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ  
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ  
С РАЗБОРОМ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ.  
ТЕСТЫ**

Практическое пособие

Ответственный за выпуск *В. А. Глушук*  
Стилистический редактор *Е. Е. Родионова*  
Компьютерная верстка *Д. В. Нужин*

Подписано в печать 12.07.2022. Формат 60x84/16 .

Бумага офсет. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 2,1. Уч.-изд. л. 0,8.

Тираж 2000 экз. Заказ.....

Издатель и полиграфическое исполнение:  
унитарное предприятие «Профессиональные издания».  
Свидетельство о государственной регистрации № 1/318 от 23.04.2014.  
Ул. Кнорина, 17, 220049, г. Минск.

Отпечатано

Производственное дочернее унитарное предприятие  
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий  
№2/18 от 26.11.2013.  
пл. Свободы, 23-103, г. Минск.  
ЛП №02330/54 от 12.08.2013.

# АЦЦ

N-ацетилцистеин



ТРОЙНОЙ  
ЭФФЕКТ

- ✓ Разжижает мокроту
- ✓ Облегчает откашливание
- ✓ Оказывает антиоксидантный эффект

## Больше, чем ПРЕПАРАТ ОТ КАШЛЯ

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ  
ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ.

Действующее вещество: ацетилцистеин. Применяется как секретолитическая терапия при всех респираторных заболеваниях, сопровождающихся образованием вязкого трудно-отделяемого секрета. Имеются медицинские противопоказания и нежелательные реакции. АЦЦ® 200 не следует применять для лечения детей в возрасте младше 2 лет, АЦЦ 100НГ не следует применять для лечения детей младше 12 лет. Курс лечения без консультации врача составляет 4-5 дней. Прием препарата не рекомендуется при беременности и кормлении грудью. Производители: Санофар Фарма ГмбХ, Германия, Барлебен. Представительство АО "Sandoz Pharmaceuticals o.d." (Словения) в Республике Беларусь: 220141, г. Минск, ул. Академика Купрэвича, 3, пом.49. Информацию о нежелательных реакциях можно сообщить по адресу [drug.safety@sandoz.com](mailto:drug.safety@sandoz.com). На правах рекламы. ВУ2109299213

**SANDOZ**  
A Novartis  
Division

