

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون‌بورد و ارتقا

عفونی ۱۴۰۴

بر اساس مندل ۲۰۲۵

گردآوری و تالیف

دکتر عارفه بابازاده: متخصص عفونی؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دکتر زینب محسنی افشار: متخصص عفونی؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دکتر زینب آهنگر دارابی: متخصص عفونی دانشگاه مازندران؛ رتبه دوم بورد ۱۳۹۶

دکتر آریتا ریحانی: متخصص عفونی؛ بورد تخصصی

دکتر لیلا حمزه‌لو: متخصص بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی زنجان؛ بورد تخصصی

دکتر شعله یعقوبی: متخصص عفونی؛ بورد تخصصی

دکتر سهیل ابراهیم‌پور: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دکتر فاطمه علیزاده: متخصص عفونی؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

دکتر محمد گل‌پرور عزیزی: هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل؛ ده درصد بورد تخصصی

دکتر محجوبه بختیار: هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

تحت نظارت

دکتر عارفه بابازاده

مقدمه

کتاب پیش رو بررسی طبقه‌بندی شده آزمون ارتقاء و بورد عفونی سال ۱۴۰۴ بر اساس مندل ۲۰۲۵ و هاریسون ۲۰۲۵ می‌باشد چنانچه همکاران محترم مستحضرنند بررسی سوالات آزمونهای معتبر در تثبیت و یادآوری نکات مهم و آمادگی شرکت در آزمون نقش موثری دارد لذا در این مجموعه تلاش بر یادآوری نکات مهم و مورد توجه طراحان سوال بوده و طبقه‌بندی فصلی آن این کتاب را مرجعی مفید در مرور فصلی کتاب مرجع نموده است.

امیدوارم این مجموعه در مرور منابع دستیاری عفونی راهگشا باشد.

دکتر عارفه بابازاده

artinteb.com

فهرست

سوالات مندل

Error!

Bookmark not defined.

فصل ۱۲: Evaluation of the Patient With Suspected Immunodeficiency	۱۳
فصل ۲۰: Penicillins and β -Lactamase Inhibitors	۱۴
فصل ۲۱: Cephalosporins and Cephalosporin/ β -Lactamase Inhibitor Combinations	۱۵
فصل ۲۲: Carbapenems, Carbapenem/ β -Lactamase Inhibitor Combinations, and Aztreonam	۱۸
فصل ۲۵: Tetracyclines, Tetracycline Derivatives, and Chloramphenicol	۱۸
فصل ۳۱: Polymyxins (Polymyxin B and Colistin)	۱۹
فصل ۳۶: Urinary Tract Agents: Nitrofurantoin, Fosfomycin, and Methenamine	۲۱
فصل ۵۹: The Acutely Ill Patient With Fever and Rash	۲۲
فصل ۶۱: Pharyngitis	۲۴
فصل ۶۳: Otitis Externa, Otitis Media, and Mastoiditis	۲۶
فصل ۶۴: Sinusitis	۲۶
فصل ۶۶: Infections of the Oral Cavity, Neck, and Head	۲۷
فصل ۶۹: Acute Pneumonia	۲۹
فصل ۷۰: Pleural Effusion and Empyema	۳۴
فصل ۷۱: Bacterial Lung Abscess	۳۵
فصل ۷۴: Urinary Tract Infections	۳۷
فصل ۷۵: Sepsis and Septic Shock	۴۲
فصل ۷۶: Peritonitis and Intraperitoneal Abscesses	۴۹
فصل ۷۷: Infections of the Liver and Biliary System (Liver Abscess, Cholangitis, Cholecystitis)	۵۲
فصل ۷۹: Splenic Abscess	۵۴
فصل ۸۰: Appendicitis	۵۵
فصل ۸۱: Diverticulitis and Neutropenic Enterocolitis	۵۶

٥٦.....	Endocarditis and Intravascular Infections :٨٢	فصل
٦٣.....	Prosthetic Valve Endocarditis :٨٣	فصل
٦٧.....	Infections of Nonvalvular Cardiovascular Devices :٨٤	فصل
٦٨.....	Prevention of Infective Endocarditis :٨٥	فصل
٦٩.....	Myocarditis and Pericarditis :٨٦	فصل
٧٠.....	Acute Meningitis :٨٩	فصل
٧١.....	Chronic Meningitis :٩٠	فصل
٧٧.....	Encephalitis :٩١	فصل
٧٨.....	Brain Abscess :٩٢	فصل
	Subdural Empyema, Epidural Abscess, and Suppurative Intracranial Thrombophlebitis :٩٣	فصل
٨٠.....		
٨٢.....	Cerebrospinal Fluid Shunt and Drain Infections :٩٤	فصل
٨٣.....	Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous Tissue Infections :٩٥	فصل
٨٩.....	Syndromes of Enteric Infection :٩٨	فصل
٩١.....	Infectious Arthritis of Native joints :١٠٥	فصل
٩٣.....	Osteomyelitis :١٠٦	فصل
٩٧.....	Orthopedic Implant–Associated Infections :١٠٧	فصل
٩٨.....	Anogenital Skin and Mucous Membrane Lesions :١٠٨	فصل
٩٩.....	Vulvovaginitis and Cervicitis :١١٠	فصل
١٠١.....	Microbial Conjunctivitis :١١٤	فصل
١٠١.....	Microbial Keratitis :١١٥	فصل
١٠٢.....	Endophthalmitis :١١٦	فصل
	Epidemiology and Prevention of AIDS and HIV infection, Including Preexposure :١٢٢	فصل
١٠٥.....	Prophylaxis and HIV Vaccine Development	
١٠٦.....	General Clinical Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection :١٢٥	فصل
١٠٦.....	Pulmonary manifestations Of Human Immunodeficiency Virus Infection :١٢٦	فصل

Neurologic Diseases Caused by Human Immunodeficiency Virus Type 1 and	فصل ١٢٨ :
١٠٧	Opportunistic Infections
١٠٩	Pediatric Human Immunodeficiency Virus Infection : فصل ١٢٩
١٠٩	Antiretroviral Therapy for Human Immunodeficiency Virus Infection : فصل ١٣٠
Management of Opportunistic Infections Associated With Human	فصل ١٣١ :
١١٢	Immunodeficiency Virus Infection
١٢٠	Treatment and Prevention of SARS-CoV-2 (COVID-19) : فصل ١٣٦
Orthopoxviruses: Vaccina (Smallpox Vaccine), Variola (Smallpox), Mpox, and	فصل ١٣٩ :
١٢١	Cowpox
Other Poxviruses That Infect Humans: Parapoxviruses (Including Orf Virus),	فصل ١٤٠ :
١٢٢	Molluscum Contagiosum, and Yatapoxviruses
١٢٢	Herpes Simplex Virus : فصل ١٤٢
١٢٥	(Chickenpox and Herpes Zoster) Varicella-Zoster Virus : فصل ١٤٣
١٢٨	Cytomegalovirus : فصل ١٤٤
Epstein-Barr Virus (Infections Mononucleosis, Epstein-Barr Virus-Associated	فصل ١٤٥ :
١٣٠	Malignant Diseases, and Other Disease)
١٣٢	Papillomaviruses : فصل ١٥٠
JC, BK, and Other Polyomaviruses: Progressive Multifocal Leukoencephalopathy,	فصل ١٥١ :
١٣٥	BK Nephropathy, and Merkel Cell Carcinoma
١٣٦	Hepatitis B Virus : فصل ١٥٢
١٣٧	Hepatitis D Virus : فصل ١٥٣
١٣٩	Hepatitis C : فصل ١٦١
١٤١	Influenza Viruses, Including Avian Influenza and Swine Influenza : فصل ١٧٢
١٤٣	Hepatitis E Virus : فصل ١٨٤
١٤٣	(Chlamydia trachomatis) Urogenital Infections and Trachoma : فصل ١٨٦
١٤٤	Psittacosis (Due to Chlamydia psittaci) : فصل ١٨٧
١٤٤	Chlamydia pneumoniae : فصل ١٨٩
١٤٥	Rickettsia rickettsii and Other spotted fever Group Rickettsiae : فصل ١٩٢

١٤٦.....	Coxiella burnetii (Q Fever):١٩٣ فصل
١٤٨.....	Staphylococcus aureus :١٩٩ فصل
١٥٠.....	Streptococcus pyogenes(Group A Streptococcus) :٢٠٢ فصل
١٥٢.....	Streptococcus pneumoniae :٢٠٤ فصل
١٥٣.....	Enterococcus Species, Streptococcus gallolyticus Group, and Leuconostoc species:٢٠٥ فصل
١٥٤.....	(Streptococcus agalactiae(Group B Streptococci :٢٠٦ فصل
١٥٤.....	Listeria monocytogenes :٢١١ فصل
١٥٥.....	(Bacillus anthracis(Anthrax :٢١٢ فصل
١٥٧.....	Neisseria gonorrhoeae (Gonorrhea):٢١٧ فصل
١٥٧.....	Helicobacter pyloriand OtherGastricHelicobacterSpecies :٢٢٢ فصل
١٥٨.....	Stenotrophomonas maltophiliaandBurkholderia cepaciaComplex :٢٢٥ فصل
١٥٩.....	AcinetobacterSpecies :٢٢٧ فصل
١٦٠.....	Bacillary Dysentery:ShigellaandEnteroinvasiveEscherichia coli :٢٢٩ فصل
١٦١.....	(Chancroid) HaemophilusSpecies, IncludingH. influenzaeandH. Ducreyi :٢٣٠ فصل
١٦٢.....	(Brucellosis)BrucellaSpecies :٢٣١ فصل
١٦٣.....	Francisella tularensis(Tularemia) :٢٣٢ فصل
١٦٥.....	Yersinia pestis(Plague) :٢٣٤ فصل
١٦٦.....	Bordetella pertussis :٢٣٦ فصل
١٦٦.....	Leptospira Species(Leptospirosis) :٢٤٥ فصل
١٦٨.....	Lyme Disease(Lyme Borreliosis) Due to Borrelia burgdorferi :٢٤٧ فصل
١٦٩.....	Clostridioides (Clostridium)difficile Infection :٢٤٩ فصل
١٧١.....	Botulism(Clostridium botulinum) :٢٥١ فصل
١٧٢.....	Diseases Caused byClostridium :٢٥٢ فصل
١٧٤.....	Mycobacterium tuberculosis :٢٥٥ فصل
١٨١.....	Mycobacterium aviumComplex :٢٥٧ فصل

فصل ۲۵۸ : Infections Caused by Nontuberculous Mycobacteria Other Than Mycobacterium	۱۸۴
..... avium Complex	۱۸۸
..... Nocardia Species: ۲۵۹ فصل	۱۹۰
..... Agents of Actinomycosis : ۲۶۰ فصل	۱۹۲
..... Candida Species : ۲۶۲ فصل	۱۹۳
..... Aspergillus Species: ۲۶۳ فصل	۱۹۶
..... Agents of Mucormycosis and Entomophthoromycosis: ۲۶۴ فصل	۱۹۶
..... Sporothrix schenckii : ۲۶۵ فصل	۱۹۷
..... Cryptococcosis (Cryptococcus neoformans and Cryptococcus gattii): ۲۶۸ فصل	۲۰۳
..... Pneumocystis Species : ۲۷۵ فصل	۲۰۷
..... Entamoeba Species, Including Amebic Colitis and Liver Abscess : ۲۷۸ فصل	۲۰۸
..... Malaria (Plasmodium Species) : ۲۸۰ فصل	۲۰۹
..... Leishmania Species: Visceral, Cutaneous, and Mucosal Leishmaniasis: ۲۸۱ فصل	۲۱۰
..... Toxoplasma gondii: ۲۸۴ فصل	۲۱۴
..... Giardia lamblia: ۲۸۵ فصل	۲۱۵
..... Trichomonas vaginalis: ۲۸۶ فصل	۲۱۵
..... Babesia Species : ۲۸۷ فصل	۲۱۶
..... Intestinal Nematodes (Roundworms) : ۲۹۲ فصل	۲۱۹
..... Tapeworms (Cestodes): ۲۹۵ فصل	۲۲۱
..... Scabies : ۲۹۹ فصل	۲۲۳
..... Myiasis and Tungiasis : ۳۰۰ فصل	۲۲۴
..... Infection Prevention and Control in the Health Care Setting : ۳۰۴ فصل	۲۲۵
..... Infections Caused by Percutaneous Intravascular Devices : ۳۰۶ فصل	۲۲۶
..... Nosocomial Pneumonia : ۳۰۷ فصل	
..... Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) and Catheter-Associated	۳۰۸ فصل
..... Asymptomatic Bacteriuria (CA-ASB)	۲۲۸
..... Transfusion- and Transplant-Transmitted Infections: ۳۰۹ فصل	۲۳۰

۲۳۱	Prophylaxis and Empirical Therapy of Infection in Cancer Patients	فصل ۳۱۱
	Infections in Recipientsof Hematopoietic CellTransplantation and	فصل ۳۱۲
۲۳۹	CellularTherapies	
۲۴۶	 Infections in Solid OrganTransplant Recipients	فصل ۳۱۳
۲۵۱	 Infections in Asplenic Patients	فصل ۳۱۵
۲۵۳	Infections in Persons Who InjectDrugs	فصل ۳۱۶
۲۵۵	Surgical Site Infections andAntimicrobial Prophylaxis	فصل ۳۱۷
۲۵۷	Bites	فصل ۳۲۰
۲۵۹	 Principles of Immunization forPublic Health	فصل ۳۲۱
۲۶۰	Immunizations for Specific Infections	فصل ۳۲۲
۲۶۱	سوالات مقالات و گایدلاین ها	

artinteb.com

۲- بیمار ۱۵ ساله به علت عفونت‌های مکرر ریوی، پوست و آبسه کبدی طی چند سال اخیر به درمانگاه ایمونولوژی ارجاع داده می‌شود. در بررسی پرونده بیمار علت بستری یک نوبت آبسه کبدی با استافیلوکوک طلایی، یک نوبت عفونت ریوی با نوکاردیا و یک نوبت عفونت ادراری با سراشیا مارسنس بوده است. چند ماه گذشته نیز به علت اسهال مزمن تحت کولونوسکوپی قرار می‌گیرد و جواب پاتولوژی نمونه بیوپسی کولون گرانولوم به نفع کرون احتمالی بوده است. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص کدام آزمایش را درخواست می‌نمائید؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) nitroblue tetrazolium reduction (ب) lymphocyte count
ج) isohemagglutinin (د) DTH

پاسخ: الف

مندل ۲۰۲۵ فصل ۱۲
CGD ناشی از نقص عملکرد نیکوتین آمیدادنین دی نوکلئوتید فسفات اکسیداز ایجاد شده است که مسئول انفجار تنفسی و تولید سوپراکسید فاکوسیت، پراکسید هیدروژن و اسید هایپوکلرو است. عفونت‌های ریوی، پوستی، لنفاوی و کبدی در اینها شایع است. استئومیلیت آبسه اطراف مقعد و انسداد دستگاه تناسلی - ادراری نیز شایع است. ویژگی‌های میکروبیولوژیکی عفونت‌های مرتبط با CGD به دلیل اختصاصی بودن نسبی آنها قابل توجه است. استاف اورئوس B.cepacia complex سراشیا مارسنس، نوکاردیا و آسپرژیلوس اکثریت قریب به اتفاق عفونت‌ها را در آمریکای شمالی و اروپا تشکیل می‌دهند. در مواردی که مواجهه شایع است عفونت‌های BCG سل و سالمونلا نیز برجسته است. همانند سایر ناهنجاری‌های نوتروفیل شایع‌ترین عامل بیماری در CGD استاف اورئوس است. تشخیص CGD با سنجش تولید سوپراکسید یا پراکسید هیدروژن مانند اکسیداسیون دی هیدروردامین یا احیای نیتروبلوتترازولیوم انجام می‌شود.

فصل ۲۰: Penicillins and β -Lactamase Inhibitors

۱- آقای ۲۶ ساله از ۷ روز پیش با تشخیص سلولیت تحت درمان با کلوگزاسیلین قرار گرفته و پس از ۴۸ ساعت تب بیمار قطع شده است. از روز گذشته تب‌دار شده است. در بررسی‌ها افزایش کراتینین سرم و در آزمایش کامل ادرار هماچوری، پروتئینوری و اتوزینوفیلوری دارد. در لام خون محیطی اتوزینوفیلی دارد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (پورد ۱۴۰۴)

الف) قطع کلوگزاسیلین (ب) شروع استروئید
ج) شروع IVIG (د) شروع آنتی هیستامین

پاسخ: الف

مندل ۲۰۲۶ فصل ۲۰ صفحه ۲۶۸

۲- کسانی که دچار علائم التهابی موضعی در غدد لنفاوی شده‌اند از قبیل ارغوانی شدن پوست در محل غده لنفاوی و افزایش سریع اندازه آن (بزرگتر از ۲ سانتی متر) پس از گرفتن نمونه جهت انجام بررسی‌های لازم شامل اسمیر و کشت ترشحات آسپیره شده و/یا بررسی پاتولوژیک نمونه بیوپسی.

۳- در افیوژن پلور اگزوداتیو یک و یا دو طرفه (پس از رد سایر علل باکتریال، ضمن انجام اسمیر و کشت مایع و در صورت امکان انجام بررسی‌های بیشتر شامل PCR، کشت نسج پلور و بررسی هیستوپاتولوژیک و تست ADA و چنانچه اقدامات تشخیصی به نتیجه نرسد، به خصوص در صورتی که PPD مثبت باشد)

۴ - در مننژیت و توپرکلومای مغزی، بیماران با علائم مننژه‌ای حاد و یا مزمن و مایع مغزی نخاعی غیرطبیعی در صورت رد سایر علل باکتریال، در کنار بررسی‌های بیشتر از نظر قارچ و سایر مایکوباکتریوم‌ها شروع درمان تجربی ضد سل ضرورت دارد.

در مطالعه‌ای در افرادی که علائم خطر دارند شامل تب < ۳۹، تائیکاردی < ۱۲۰ یا تاکی پنه < ۳۰ درمان تجربی در بیمارانی که Critically ill هستند و در مناطق Highly Endemic قرار دارند میزان Survival را بهبود بخشیده است.

گایدلاین کشوری عفونت همزمان HIV و سل - صفحه ۲۳- درمان تجربی سل

۱۳- بیمار آقای ۴۲ ساله که مسافرت به مناطق جنوب شرقی کشور داشته، به علت تب و لرز مراجعه نموده است. در بررسی لام خون محیطی گلبول‌های انگل زده بزرگ‌تر و فرم آمبوئید انگل رویت می‌شود که در بررسی دقیق لام بیمار فرم گامتوسیت موزی شکل مشاهده می‌شود. در بررسی کیت تشخیصی سریع نوارهای P.F, P.V و نوار کنترل C رنگی شده است. برای درمان بیمار کدامیک از داروهای زیر ارجح می‌باشد؟ (نبرد ۱۴۰۴)

الف) کوارتم (ب) آرتسونیت (ج) فنسیدار (د) کلروکین

پاسخ: الف

درسنامه کشوری مالاریا ص ۴۶

در موارد عفونت توام کوارتم ارجح است. در صورت عدم دسترسی به کوارتم می‌توان از آرتسونیت و فنسیدار نیز استفاده کرد مشروط به اینکه آرتسونیت براساس دوز توصیه شده به مدت ۷ روز ادامه یابد. بدیهی است درمان ضد عود نیز با تجویز پریماکین (رژیم ۱۴ روزه یا ۸ هفته‌ای) برای درمان ویواکس ضروری است. کوارتم مجموعه دو داروی آرتیمتر و لومفانتین است که در کودکان زیر ۵ کیلوگرم و یا سابقه‌ی حساسیت نباید استفاده شود.

مصرف این دارو در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود.

عوارض آن شامل سرگیجه، خستگی، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، درد شکم، تپش قلب و... می‌باشد.

طولانی شدن QT در ECG به نسبت کلروکین و مفلوکین کمتر است. توصیه می‌شود کوارتم همراه با غذا و یا نوشیدنی‌های پر چرب (شیر) مصرف شود.

۱۴- آقای ۳۴ ساله با تب و سردرد از چهار هفته قبل مراجعه کرده است. در شرح حال بیماری و مصرف داروی خاصی را ذکر نمی‌کند. بعد از انجام سی تی اسکن مغز جهت بیمار LP انجام می‌شود که آزمایشات به شرح زیر است: CSF (pr=128mg/dl, glu=20mg/dl, WBC= 180lymph=80%)

درمان ضد رتروویروسی باید در همه مبتلایان به HIV، بدون توجه به تعداد سلولهای CD4 شروع شود. این موضوع برای همه صادق است ولی به خصوص در مرحله ایدز، در مادران باردار و عفونت حاد یا اخیر اچ‌ای وی اهمیت بسیاری دارد زیرا یا فرد را در معرض مرگ و میر و موربیدیت قرار می‌دهد و یا خطر انتقال به دیگران را می‌افزاید. باز هم تاکید می‌شود که در شروع درمان باید بیمار را از فواید داروهای ضد ویروسی آگاه نمود و راهبردهایی را به کار برد که وی را در مراقبت نگاه داشته و به درمان پایبند نماید.

در زمینه بعضی عفونتهای فرصت طلب نظیر مننژیت کریپتوکوکی و مننژیت سلی، شروع زودهنگام درمان ممکن است منجر به IRIS جدی و شدید شده و لازم است درمان ضد رتروویروسی را متناسب با نوع بیماری فرصت طلب و وضعیت ایمنی فرد، به تعویق اندازیم. توجه داشته باشید که قبل از تشخیص درمان عفونتهای فرصت طلب مبادرت به شروع درمان آنتی رتروویرال نکنید

۳۳- خانم ۲۳ ساله با سابقه یک هفته‌ای درد و تورم مفاصل و تب خفیف و بی‌حالی مراجعه کرده است. او در شیرخوارگاه کار می‌کند. در معاینه فیزیکی تورم و حساسیت متقارن مفاصل بین انگشتی پروگزیمال، زانوها، و مچ پاها وجود دارد. ESR بالا و (anti-CCP) منفی می‌باشد. اخیراً تعدادی از کودکان ساکن مرکز دچار تب و راش شده‌اند. واکسیناسیون کودکان کامل است. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (نبرد ۱۴۰۴)

الف) روبلا (ب) هپاتیت ب (ج) پاروویروس B19 (د) آلفا ویروس

پاسخ: ج

با توجه به تزریق قبلی واکسن، روبلا و هپاتیت B مطرح نمی‌باشد و با توجه به کار در شیرخوارگاه و شیوع پاروویروس در این سنین پارو ویروس بیشتر مطرح است

آرتریت یا آرتروپاتی ناشی از عوامل ویروسی اغلب حاد است، همزمان با علائم و نشانه‌های بیماری سیستمیک تب‌دار رخ می‌دهد و همراه با سایر تظاهرات بیماری برطرف می‌شود. ویروس‌ها ممکن است مستقیماً با آلوده کردن سینوویوم یا غیرمستقیم از طریق پاسخ‌های ایمنی میزبان باعث آرتریت شوند و بسیاری از پاتوژن‌ها آن به خوبی شناخته نشده است.

پاروویروس B19

شاید شایع‌ترین شکل آرتریت ویروسی در کشورهای توسعه‌یافته توسط پاروویروس B19 انسانی ایجاد شود. در کودکان، عفونت پاروویروس B19 انسانی با تب، بثورات پوستی، آبریزش بینی، سردرد و کسالت بروز می‌کند. بثورات پوستی به طور کلاسیک با "چک‌های سیلی خورده" قرمز روشن و "جوش‌های ریز توری شکل و مشبک" روی تنه و اندام‌ها بروز می‌کند. آرتروز در کمتر از ۵٪ از کودکان مبتلا رخ می‌دهد و تمایل به نامتقارن و کم مفصلی بودن دارد و عمدتاً زانو را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بزرگسالانی که به پاروویروس انسانی B19 آلوده می‌شوند، اریتم کلاسیک صورت که در کودکان مشاهده می‌شود را نشان نمی‌دهند و با یک بیماری تب‌دار و شبه آنفولانزایی با درد مفاصل برجسته و التهاب مفاصل همراه با عدم وجود رتیکولوسیتوز مراجعه می‌کنند. موارد معمولاً در اواخر زمستان و اوایل بهار مشاهده می‌شوند و شیوع منطقه‌ای و بیمارستانی بیماری گزارش شده است. یک بثورات پوستی مرتبط، در صورت وجود، یک بثورات زودگذر و غیرقابل تشخیص روی تنه و کمتر در اندام‌ها است که ممکن است برخی از جنبه‌های مشبک نشان داده شده توسط کودکان را نشان دهد آرتروز یا درد مفاصل برجسته در زنان مبتلا به عفونت پاروویروس B19 انسانی شایع‌تر از مردان است و

به ترتیب ۶۰٪ و ۳۰٪ از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور مشخص، یک پلی‌آرتریت متقارن حاد و نسبتاً شدید مفاصل اینترفالانژیال پروگزیمال و متاکارپوفالانژیال با سفتی صبحگاهی همراه است و تا حدودی شبیه آرتریت روماتوئید است. زانوها، مچ دست‌ها و مچ پاها نیز ممکن است درگیر شوند. تقریباً در یک سوم بیماران، به ویژه زنان، علائم مفصلی به صورت دوره‌های عود بیماری با فواصل بدون علامت رخ می‌دهد. یک بیماری دو فازی ممکن است در برخی از بیماران مبتلا به بیماری حاد تب‌دار که چند روز از بثورات و علائم مفصلی فاصله دارد، بروز کند. تشخیص به صورت بالینی انجام می‌شود و آزمایش مثبت سرولوژیک یا PCR خون محیطی، تشخیص را تأیید می‌کند، اگرچه نتایج مثبت و منفی کاذب با هر دو آزمایش رخ می‌دهد.

اگرچه علائم مفصلی معمولاً ظرف ۲ هفته برطرف می‌شوند، آرتریت پلی‌آرتیکولار مداوم ممکن است در ۲۰٪ از بیماران زن به دنبال عفونت حاد پاروویروس B19 انسانی ایجاد شود و در برخی افراد ممکن است تا چند ماه و گاهی اوقات بیشتر طول بکشد. در چنین بیمارانی، فرسایش مفاصل و شواهد عینی التهاب سینوویال ایجاد نمی‌شود و مطالعات پیگیری، تورم طولانی مدت مفاصل یا محدودیت دامنه حرکتی مطابق با موارد واقعی را نشان نمی‌دهند. آرتریت مزمن. درمان آرتریت مزمن پاروویروس B19 انسانی با داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) حمایتی است و به جز در موارد استثنایی، ایمونوگلوبولین داخل وریدی اندیکاسیون ندارد. چندین عفونت آلفاویروس با آرتریت مرتبط هستند و در سراسر جهان، به ویژه در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری، توزیع شده‌اند.

این آربوویروس‌ها معمولاً باعث بیماری‌های پراکنده بومی می‌شوند؛ با این حال، جهش ویروسی یا افزایش شیوع پشه‌های ناقل آنها ممکن است منجر به شیوع انفجاری دوره‌ای تب، بثورات پوستی و آرتروز شود.

ویروس چیکونگونیا از طریق نیش پشه‌های گزنده روزانه گونه‌های آئدس منتقل می‌شود. وجود پشه ناقل، *Aedes albopictus*، در اروپا و آمریکا، همراه با مسافرانی که از سفر بازمی‌گردند و سطح بسیار بالایی از ویرمی دارند، یک نگرانی بهداشت عمومی است، زیرا عفونت می‌تواند به راحتی در این مناطق نیمه گرمسیری که قبلاً بومی نبودند، ایجاد شود.

تب چیکونگونیا با یک بیماری تب‌دار حاد دو مرحله‌ای مشخص می‌شود که مرحله اولیه آن سردرد، کسالت، درد عضلانی، درد مفاصل متقارن یا پلی‌آرتریت و در تا ۷۰٪ موارد، بثورات پوستی است. علائم مفصلی اغلب بسیار شدید هستند (چیکونگونیا به معنای "آنچه که کج می‌شود یا خم می‌شود") و عمدتاً مچ دست، مچ پا و مفاصل کوچک دست‌ها و پاها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. پس از ۵ تا ۷ روز تب و یک دوره کوتاه بهبود علائم، پلی‌آرتریت با یا بدون تنوسینوویت اغلب عود می‌کند و ممکن است ناتوان‌کننده باشد. برخی موارد ممکن است شبیه تب دنگی یا عفونت ویروس زیکا باشند که هر دو در مناطقی که تب چیکونگونیا رخ می‌دهد، بسیار بومی هستند. مشابه عفونت ناشی از پاروویروس انسانی B19، یک نوع مزمن از آرتریت مرتبط با ویروس چیکونگونیا نیز توصیف شده است. تشخیص آرتریت مرتبط با تب چیکونگونیا بر اساس معیارهای بالینی، اپیدمیولوژیک و آزمایشگاهی است. آزمایش‌های سرم حاد و نقاهت با PCR و ایمونوفلورسانس غیرمستقیم و سرولوژی سنجش ایمونوسوربنت متصل به آنزیم بیشترین کاربرد را دارند. درمان‌های توصیه‌شده برای آرتریت مزمن چیکونگونیا، که همگی شواهد کمی دارند، شامل NSAIDها، کورتیکواستروئیدهای با دوز پایین و DMARDها هستند.

۳۴- فرد HIV مثبت که هنوز درمان آنتی رتروویرال وی شروع نشده بود به دلیلی به مدت دو ماه در زندان به سر می‌برد و بعد از اتمام دوره زندان مشخص می‌شود فرد هم سلولی ایشان مبتلا به سل ریوی بوده است. در بررسی انجام شده سل فعال و علائم خاصی ندارد ولی تست پوستی توبرکولین ۱۰ میلی متر دارد. جهت ادامه درمان کدامیک از موارد زیر ارجح است؟ (بورد ۱۴۰۴)