



سرشناسه	صفوی، سیده سولماز، ۱۳۵۹-
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سوالات ارتقا و بورد تخصصی عفونی سال ۱۴۰۲: ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی رشته بیماری‌های عفونی Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases edition 9th, 2020/ پاسخدهی به سوالات سولماز صفوی.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	ص. ۶۷۲
شابک	۹۳۰۰۰۰۰ ریال: 978-622-5603-76-9
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 9th. ed, 2020" به ویراستاری جان یوجین بنت، رافائل دالین، مارتین جی. بلیزر است.
موضوع	بیماری‌های واگیر -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Communicable diseases -- Examinations, questions, etc. پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medicine -- Examinations, questions, etc. بنت، جان یوجین، ۱۹۳۳ - م. Bennett, John Eugene دالین، رافائل Dolin, Raphael بلیزر، مارتین ج. Blaser, Martin J. ماندل، جرال. Mandell, Gerald L. - م. ۱۹۳۶ داگلاس، رابرت گوردون، ۱۹۳۴ - م. Douglas, Robert Gordon
شناسه افزوده	RC۱۱۱
شناسه افزوده	۹۰۷۶/۶۱۶
شناسه افزوده	۹۳۴۴۲۱۱
شناسه افزوده	فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

مجموعه سوالات ارتقا و بورد تخصصی عفونی سال ۱۴۰۲ به همراه پاسخ تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases edition 9th, 2020	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
پاسخدهی به سوالات: دکتر سولماز صفوی	تیراژ: ۲۰ نسخه
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۷۶-۹
صفحه آرا: رزیدنت یار	بهاء: ۹۳۰۰۰۰ تومان
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنجوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ ، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / [www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سؤالات ارتقا و بورد تخصصی

عفونی سال ۱۴۰۲

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی رشته بیماری‌های عفونی

**Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases edition 9th, 2020**

پاسخدهی به سؤالات

دکتر سولماز صفوی

رتبه برتر بورد تخصصی سال ۱۴۰۱

از دانشگاه علوم پزشکی همدان

---

## فهرست

---

سؤالات ارتقا ۱۴۰۲ ..... ۹

سؤالات مورد ۱۴۰۲ ..... ۳۳۵





**سوالات و پاسخنامه**

**ارتقا ۱۴۰۲**

۱. مرد ۴۵ ساله‌ای به علت تماس نزدیک با فرد مبتلا به سل فعال ریوی به شما مراجعه می‌کند. در آزمایشات تست کوانتیترون TB مثبت گزارش می‌شود ولی گرافی سینه نرمال است و آزمایش خلط از نظر سل منفی است. جهت درمان پیشگیری از سل کدام رژیم دارویی ارجح است؟

الف) ریفامپین ۴ ماه

ب) ایزونیاژید ۶ ماه

ج) ایزونیاژید ۹ ماه

د) ریفاپنتین ۳ ماه

پاسخ گزینه: الف

سؤال فوق از مقاله ۲۰۲۱ nejm مطرح شده است.

عنوان مقاله: Latent Tuberculosis Infection





Table 2. Dose, Frequency, and Prescribing Information for Recommended Regimens for Treatment of LTBI.\*

Priority and Regimen†	Dose for Adults and Children ≥12 Yr of Age <sup>37,38</sup>	Additional Prescribing Information‡
<b>Preferred</b>		
Isoniazid plus rifampentine once weekly for 3 mo (12 doses)§	Isoniazid: 15 mg/kg/dose rounded up to nearest 50 or 100 mg; maximum dose, 900 mg Rifampentine: 750 mg per dose if weight is 32.1–49.9 kg; 900 mg per dose if weight is ≥50 kg; maximum dose, 900 mg	Administration: taking with high-fat foods increases rifampentine absorption and is recommended. Avoid concomitant aluminum-containing antacids and foods with high monoamine content. Adverse reactions: possible hypersensitivity reaction (3.8%), rash (0.8%), hepatotoxic effects (0.4%). <sup>24</sup> Hypersensitivity reactions can include hypotension, bronchospasm, angioedema, conjunctivitis, and urticaria. Drug–drug interactions: rifampentine causes reductions in plasma concentrations of certain drugs, including warfarin, apixaban, rivaroxaban, dabigatran, hormonal contraceptives, levothyroxine, methadone, and many HIV antiretroviral drugs. The effect of once-weekly rifampentine appears to be less than that of daily rifampin, but data are limited. For interactions with isoniazid, see below.
Rifampin once daily for 4 mo	10 mg/kg/day; maximum daily dose, 600 mg	Administration: taking on an empty stomach is preferable, if side effects are acceptable. Adverse reactions: hepatotoxic effects (0.3%), rash or other allergy (0.2%), hematologic toxic effects (0.2%), unacceptable GI adverse events (0.1%). <sup>31</sup> Drug–drug interactions: as for rifampentine, above.
Isoniazid plus rifampin once daily for 3 mo	Isoniazid: 5 mg/kg/day; maximum daily dose, 300 mg Rifampin: 10 mg/kg/day; maximum daily dose, 600 mg	Administration: taking on an empty stomach is preferable, if side effects are acceptable. Avoid concomitant aluminum-containing antacids and foods with high monoamine content. Adverse reactions: limited published data; hepatotoxic effects (1–6%), rash (1–8%), unacceptable GI adverse events (0–6%). <sup>35</sup> Isoniazid can cause peripheral neuropathy that can be mitigated by pyridoxine (25–50 mg/day).¶ Drug–drug interactions: as for rifampentine (above) and isoniazid (below).
<b>Alternative</b>		
Isoniazid once daily for 6 mo  **	5 mg/kg/day; maximum daily dose, 300 mg	Administration: taking on an empty stomach is preferable, if side effects are acceptable. Avoid concomitant aluminum-containing antacids and foods with high monoamine content. Adverse reactions: hepatotoxic effects (2–3%), rash (0.6%), possible hypersensitivity (0.5%). <sup>26,31,36</sup> Isoniazid can cause peripheral neuropathy that can be mitigated by pyridoxine (25–50 mg/day).¶ Drug–drug interactions: Isoniazid can increase the serum concentrations of carbamazepine, phenytoin, warfarin, disulfiram, and others. Isoniazid can decrease the serum concentrations of itraconazole and ketoconazole.
Isoniazid once daily for 9 mo  ††	Same as above	Same as above

### □ رژیم های درمانی ارجح به ترتیب اولویت

- ایزونیاژید به همراه ریفامپنتین یک بار در هفته به مدت ۳ ماه (۱۲ دوز)

رژیم ایزونیاژید به همراه ریفامپنتین یک بار در هفته برای استفاده در افراد باردار یا کسانی که احتمال دارد در طول دوره درمان باردار شوند توصیه نمی‌شود زیرا ایمنی آن در این جمعیت‌ها مورد مطالعه قرار نگرفته است.

نحوه مصرف: مصرف با غذاهای پرچرب باعث افزایش جذب ریفامپنتین می‌شود و توصیه می‌شود. از مصرف همزمان آنتی‌اسیدهای حاوی آلومینیوم و غذاهای با محتوای مونوآمین بالا خودداری شود.





## سوالات و پاسخنامه

بورد تخصصی ۱۴۰۲

۱. آقای ۴۰ ساله به دلیل هپاتیت B مزمن، کاندید درمان است. بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌باشد. داروی انتخابی کدام است؟

الف) تنوفویر دیزوپروکسیل

ب) لامیوودین

ج) انتکاویر

د) اینترفرون

پاسخ: گزینه ج

مندل ۲۰۲۰ - فصل ۱۴۵ - صفحه ۲۴۸۸

### هپاتیت B پس از پیوند کلیه

HBV با عوارض و مرگ و میر بالایی در گیرندگان پیوند کلیه همراه است. ری اکتیویشن HBV در بیماران پیوند کلیه‌ای که قبلاً دچار عفونت HBV شده‌اند ولی برطرف شده است و با آزمایش HBsAg منفی و anti-HBc مثبت، با یا بدون anti-HBs مثبت مشخص می‌شود، رخ می‌دهد، اما خطر کلی آن کم است. همه دریافت کنندگان پیوند کلیه‌ای که HBsAg مثبت هستند، باید درمان ضدویروسی با نوکلئوتیدها یا نوکلئوزیدها (ترجیحاً انتکاویر یا تنوفویر آلفانامید TAF) را قبل یا در زمان پیوند دریافت کنند و بعد از آن به طور نامحدود ادامه دهند.



در دریافت کنندگان پیوند کلیه با anti-HBc مثبت با یا بدون anti-HBs باید هر ۳ تا ۶ ماه پس از پیوند کلیه اندازه‌گیری لود DNA HBV انجام شود و در صورت فعال شدن مجدد ویروس (قبل از شروع هپاتیت بالینی)، درمان نوکلئوتید یا نوکلئوزیدی را دریافت کنند.

ری اکتیویشن HBV در بین بیمارانی که از اهداکنندگان anti-HBc مثبت پیوند دریافت می‌کنند کم است و ممکن است به شکل تحت بالینی ظاهر یابد. پروفیلاکسی HBV قبل از پیوند از احتمال وقوع HBV در گیرندگان پیوند کلیه غیرایمنی که اهداکنندگان آن‌ها دارای آنتی HBe مثبت هستند محافظت می‌کند.

۲. جوان ۲۷ ساله که با تابلوی فارنژیت ناشی از مونونوکلئوز EBV تحت مراقبت‌های درمانی قرار دارد، با تاییکاردی شدید و درد قفسه سینه به کلینیک مراجعه کرده و بستری شده است. در صورتی که انجام MRI قلب بروز میوکاردیت را مطرح کند، تجویز کدام یک از مداخلات درمانی زیر را توصیه می‌کنید؟

الف) ایمونوگلوبولین وریدی

ب) آسیکلوویر وریدی

ج) پگ اینترفرون

د) پالس متیل پردنیزولون

پاسخ: گزینه ب

مندل ۲۰۲۰ - فصل ۱۳۸ - صفحه ۲۳۹۹

درمان مونونوکلئوز عفونی

درمان حمایتی

درمان مونونوکلئوز عفونی تا حد زیادی حمایتی است، زیرا بیش از ۹۵ درصد از بیماران بدون درمان خاص و بدون عارضه بهبود می‌یابند. برای جلوگیری از آسیب به طحال، باید از ورزش‌های تماسی یا بلند کردن اجسام سنگین در ماه اول بیماری و تا زمانی که اسپلنومگالی برطرف نشده است خودداری کرد. برای بررسی اندازه طحال می‌توان از سونوگرافی استفاده کرد. در صورت وجود یبوست، باید با یک ملین ملایم درمان شود. استامینوفن یا عوامل ضدالتهابی غیراستروئیدی می‌توانند در تسکین گلودرد و در سرکوب تب مفید باشند. گلودرد ممکن است با غرغره کردن با آب نمک گرم کاهش یابد.





### عوامل ضدویروسی

آسیکلوویر، گانسیکلوویر و فوسکارنت تکثیر EBV را در شرایط آزمایشگاهی مهار می‌کنند. با این حال، این داروها فقط بر روی DNA پلیمرز ویروسی که موجب عفونت لیتیک می‌شود تأثیر می‌گذارند. از آنجایی که عفونت EBV عمدتاً نهفته است، جای تعجب نیست که این عوامل در درمان مونوکلئوز عفونی بی‌اثر باشند.

### کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئیدها معمولاً نباید در مونوکلئوز عفونی بدون عارضه استفاده شوند. ترکیب آسیکلوویر و پردنیزولون طول مدت علائم را کاهش نمی‌دهد یا منجر به بازگشت زودتر به کار نمی‌شود. مطالعات دیگر با کورتیکواستروئیدها نشان داده است که کورتیکواستروئیدها باعث کاهش دوره تب و تسریع در رفع علائم اوروفارنکس می‌شود اما بر لنفادنوپاتی یا درگیری کبد و طحال تأثیر نمی‌گذارد. یک خطر تئوریک وجود دارد که کورتیکواستروئیدها ممکن است پاسخ ایمنی میزبان را مهار کنند و در نتیجه مخزن بزرگتری از سلول‌های آلوده نهفته ایجاد شود که به طور بالقوه می‌تواند بیماران را در معرض خطر بیماری بدخیم مرتبط با EBV قرار دهد.

کورتیکواستروئیدها ممکن است در موارد مونوکلئوز عفونی کمپلیکته مفید باشند. بزرگی لوزه‌ها که باعث به خطر افتادن راه هوایی می‌شود به سرعت به کورتیکواستروئیدها پاسخ می‌دهد و نیاز به تراکتوستومی را از بین می‌برد. کورتیکواستروئیدها همچنین ممکن است در آنمی همولیتیک اتوایمیون، ترومبوسیتوپنی شدید و آنمی آپلاستیک مفید باشند. برخی از محققان همچنین از استفاده از کورتیکواستروئیدها برای درگیری CNS، میوکاردیت یا پریکاردیت حمایت می‌کنند. در برخی موارد بیماری شدید یا طولانی مدت و ناتوان کننده، کورتیکواستروئیدها ممکن است مفید باشند. اگر کورتیکواستروئیدها در این شرایط تجویز شوند، درمان باید با دوزهای معادل ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم پردنیزون در روز در یک رژیم روزانه منقسم شروع شود. پاسخ معمولاً سریع است و دوز را می‌توان در یک دوره ۱ تا ۲ هفته‌ای کاهش داد.

### بیماری لنفوپرولیفراتیو (LPD)

رویکرد درمان برای LPD مونوکلونال در مقایسه با نوع پلی کلونال و بسته به اینکه LPD در پیوند HSCT یا پیوند SOT ایجاد می‌شود متفاوت است.