

## שחזור שלב א' בפנימית 2012

1. באיזה מהמחלות הבאות **אין** מקום להשתמש בסטרואידים כחלק מן הטיפול?  
 א. מנינגיטיס שחפתית  
 ב. **Pott's disease (אוסטאומיייליטיס)**  
 ג. פריקרדיטיס שחפתית  
 ד. IRIS בחולה איידס

2. מטופל עם המוגלובין 17, המטוקריט 53, טסיות 150000, רמת אריתרופאטין גבוהה. 2JAK שלילי. סטורציית חמצן בגזים 96%. איזו מהבדיקות הבאות מומלצת?

- א. **CT בטן**  
 ב. אלקטרופורוזה של צורות המוגלובין.  
 ג. MRI ראש  
 ד. מעבדת שינה  
 ה. תפקודי ריאה

עמוד 457

3. מה נכון לגבי אוסטאופורוזיס שנובע מטיפול בסטרואידים?  
 א. יש יותר פגיעה בעצם טרבקולרית מאשר קורטיקלית.  
 ב. מתן סטרואידים לסירוגין (יום כן, יום לא) אינו מפחית משמעותי את הסכנה לאוסטאופורוזיס.  
 ג. סטרואידים באינהלציה לא גורמים לאוסטאופורוזיס  
 ד. קורה רק במינון של מעל 20 מ"ג ליום

Trabecular bone is affected more rapidly than the cortical bone.

4. חולה עם גליובלסטומה מגיע לחדר המיון כשהוא מבולבל מאוד, נתון 103. מה הטיפול?  
 א. לפני טיפול יש לוודא כי לא מדובר בפסאודוהיפונתרמיה  
 ב. מתן סיליין 3%, אין לתת יותר מליטר ביממה הראשונה.  
 ג. **מתן סיליין 3%, אך אסור בקצב של יותר מ-50 סמ"ק בשעה.**  
 ד. מתן סיליין 0.9% ובהמשך סיליין היפרטוני 3% לפי הצורך  
 ה. כדורי NACL
5. חולה **סוכרתי**, עם BMI 31, רמת LDL 144, רמת טריגליצרידים 200, רמת HDL 34. קיבל טיפול בסטטינים, אך הטיפול הופסק בשל כאבי שרירים קשים. מה החלופה המועדפת?  
 א. **פיבראט** (היעילים ביותר להורדת טריגליצרידים ולהעלאת HDL)  
 ב. ניאצין. (חלופה טובה אך עלולה להשפיע לרעה על איזון הסוכרת)  
 ג. כולסטרמין.  
 ד. 3 OMEGA  
 ה. LDL apheresis
6. מי מהחולים הבאים נמצא בסיכון יתר לפגיעה כבדית מאקמול?  
 א. **HCV**  
 ב. NAFLD  
 ג. טיפול כרוני ב-cimetidine  
 ד. autoimmune hepatitis
7. איזה מהתרופות הבאות אסורה לחלוטין בהריון?

- א. ניטרופורנטואין.  
 ב. טיגציקלין.  
 ג. Metronidazole  
 ד. MEROPENEM.

קלאס D יש רק ל3 תרופות –קלירטרומיצין, אריתרומיצין, וטטרציקלין/טיגציקלין

8. מה היה הממצא במחקר OASIS 7 ?

- א. מתן מינון גבוה של פלביקס (העמסה של 300 מ"ג וטיפול יומי של 150 מ"ג לשבוע) לא הוריד תמותה בחולי ACS.  
 ב. מינון של אספירין 325 מ"ג אינו עדיף על 100 מ"ג ב-ACS.  
 ג. פרסוגל עדיף על פלביקס ב-ACS.

9. חולה עם היפרפאראתיירוידזם, עברה ניתוח בו נראו 4 בלוטות תקינות. עברה כריתה של שלוש בלוטות וחצי בלוטה הושלתה תחת העור. כעבור שבועיים, עדיין סידן 12. מה הסיבה הסבירה ?

- א. יש מיקום אטיפי של אדנומה  
 ב. זה לא היפרפאראתיירוידזם וכדאי לחפש מקור אחר  
 ג. ניתוח לא טוב מספיק  
 ד. יש למדוד PTHrp

In a minority of cases, if no abnormal parathyroid glands are found in the neck, the issue of further exploration must be decided. There are documented cases of five or six parathyroid glands and of unusual locations for adenomas such as in the mediastinum.

10. מה נכון לגבי ספיריבה ב-COPD ?

- א. מפחית תדירות החמרות, ומפחית חומרת ההחמרות  
 ב. מעלה 1FEV  
 ג. מחזק את שרירי הנשימה  
 ד. מייבש את הכיח

- ארבונט- משפר סימפטומים ומשפר באופן מיידי FEV 1
- ספיריבה - תיתרופיום - משפר סימפטומים ומוריד אקססרביציות.
- מחקרים של שניהם הראו שאף אחד מהם אינו משפיע על קצב התדרדרות FEV1
- במחקר גדול RCT הייתה לספיריבה נטיה לשיפור בתמותה אבל לא מספיק מובהק סטטיסטית.

11. מה נכון לגבי מדידת לחץ דם אמבולטורי ?

- א. חיוני לאבחון תסמונת החלוק הלבן.  
 ב. מנבא תחלואה קריוסקולרית טוב יותר.  
 ג. לאנשים עם ל"ד יתר בלילה - יש סיכון קרדיוסקולרי גבוה יותר

12. מה נכון לגבי MDS ?

- א. הקריוטיפ הוא בעל משמעות פרוגנוסטית אך לא משפיע על בחירת טיפול.  
 ב. הקריוטיפ הוא בעל משמעות פרוגנוסטית וגם משפיע על בחירת טיפול.  
 ג. הקריוטיפ הוא בעל משמעות לבחירת הטיפול, ללא משמעות פרוגנוסטית  
 ד. אין משמעות פרוגנוסטית לקריוטיפ, והוא אינו משפיע על הטיפול

13. בת 50, מופיעה עם החמרה באנזימי כבד, עלייה ניכרת בגאמאגלובולינים, ANA חיובי. מה הטיפול ?

- א. פרדניזון 30 מ"ג ביום + אימורן 50 מ"ג ביום. (או פרדניזון 60 מג' ללא אימורן)  
 ב. פרדניזון 2 מ"ג לק"ג ביום.  
 ג. פרדניזון וציקלופוספאמיד  
 ד. אינטרפרון

14. מה **אין** באי ספיקת אדרנל מרכזית (\*זה המונח שהשתמשו בו) ?

- א. היפונתרמיה
- ב. **היפרקלמיה** (מכיוון שאין חוסר במינרלוקורטיקואידים כאשר הבעיה מרכזית ולא אדרנלית)
- ג. ירידה בייצור אנדרוגנים (יורד בשני המקרים)
- ד. חורון (חוסר בACTH)

15. חולה עם ל"ד 70/50, היפונתרמיה, היפרקלמיה. טופל בגלוקוז ואינסולין ופיתח היפוגליקמיה בתגובה. מה הסיבה להיפונתרמיה?

- א. **חסר קורטיזול**
- ב. חסר מינרלוקורטיקואיד.
- ג. חסר TSH
- ד. חסר אינסולין

**Loss of ACTH --> loss of Cortisol --> loss of inhibitory feedback on ADH --> mild SIADH --> hyponatremia**

16. בת 23, מתלוננת על צרבת, אבחנת העבודה שלך היא GERD. אין לה כל תלונות אחרות, אך מציינת ירידה במשקל. מה המהלך שניתן לבצע שיבסס את האבחנה ?

- א. ביצוע גסטרוסקופיה **לזהוי סיבוכי מחלת GERD.**
- ב. מתן PPI לשבועיים.
- ג. מדידת PH מטריה ל-24 שעות
- ד. בדיקת מנומטריה

17. איש מבוגר גר בבית לבד עם ירידה קוגניטיבית, מגיע עם תלונות של שלשול ופריחה באיזורים חשופים לאור. איזה ויטמין חסר לו ?

- א. 12B
- ב. **ניאצין**
- ג. חסר VIT D
- ד. חסר VIT C
- ה. חסר VIT A?

18. כיצד תתאפיין הרעלת ויטמין A בבחור צעיר בן 21 ?

- א. **ראייה כפולה, פרכוסים, כאבי ראש, פפילאדמה**

19. חולה מטופל ב-ACE-I, אמלודיפין, אטנולול, אלטרוקסין וסטמבסטטין. מתחיל עכשיו טיפול באמידארון. מה נכון ?

- א. **אמידארון מעכב CYP450 ויש מקום להפחית מינון של סטטין.**
- ב. אינו משפיע על אף אחת המתרופות הנ"ל
- ג. יש להעלות מינון אלטרוקסין ב-50%
- ד. ככל הנראה יעלה רמת אמלודיפין ו-ace

Coadministration of amiodarone (inhibitor of CYP450 3A4) may increase the plasma concentrations of HMG-CoA reductase inhibitors (i.e., statins) that are metabolized by the isoenzyme.

20. מה החידק הנפוץ ביותר באוסטאומייליטיס ?

- א. **SA**
- ב. STREP
- ג. COAG -NEG STAPH
- ד. E COLI/PSEUDOMONAS
- ה. TB

21. מה נכון לגבי DABIGATRAN ?

א. הפינוי כלייתי ברובו.

ב. הפינוי בכבד

ג. הפינוי על ידי מערכת רטיקולו-אנדוטיליאלית

ד. לא הופך למטבוליט פעיל משהו

22. חולה CD, HIV 100-4 חום 38, תסנינים ריאתיים דו"צ.  $2\text{Po} - 60$ . דהסטורציה של 85% מה לעשות ?

א. טיפול ברספרים + סטרואידים.

ב. לא ניתן להתחיל טיפול ב HAART מחשש IRIS

ג. הפסקת הטיפול אינה קשורה בכמות תאי cd 4.

ד. טיפול בקלינדמיצין+ סולפהמטוקסזול

For patients with a  $\text{PaO}_2 < 70$  mmHg or with an a-a gradient  $> 35$  mmHg, adjunct glucocorticoid therapy should be used in addition to specific antimicrobials

23. אישה בהריון, מאובחן כעת סיפיליס. אלרגית ל PENICILLIN. מה יש לעשות ?

א. דסנסטיזציה לפניצילין וטיפול IM פעם בשבוע במשך 3 שבועות.

ב. רק אם מדובר בחולי HIV יש מקום לביצוע דסנסטיזציה וטיפול ב PENICILLIN דרך הוריד לשבועיים

ג. טיפול באריטרומיצין לשבוע

ד. טיפול באזיטרו לשבוע

24. חולה מקבל טיפול בשחפת פעילה. כעבור 3 חודשים תרבויות כיה עדיין חיוביות, צומח זן עמיד לריפמפיין. מה עושים ?

א. להחליף ריפמפיין בשתי תרופות בקטריוצידיות.

ב. לעשות ניתוח לובקטומיה ולטפל בתרופות חדשות

ג. להוסיף סטרפטומיצין למשך 18 חודשים

ד. להחליף את ארבעת התרופות

25. בחור עם כאבים בחזה, חום 38. מצורף משטח דם: מה האבחנה ?

א. sickle cell disease

ב. sickle cell trait

26. בת 75, פונה בגלל בלוטה מוגדלת באקסילה. בהיסטולוגיה לימפומה פוליקולרית. בבדיקה גופנית נימושו גם 3

בלוטות מוגדלות במפשעה. אין אנמיה או טרומבוציטופניה, החולה חשה בטוב. מה הטיפול ?

א. ניתן להסתפק במעקב בלבד.

ב. יש לעשות השתלת מח עצם

ג. הקרנות לאזור יביאו לריפוי מוחלט בסבירות גבוהה

ד. גם עם טיפול פרוגנוזה גרועה

In an asymptomatic patient, no initial treatment and watchful waiting can be an appropriate management strategy and is particularly likely to be adopted for older patients with advanced-stage disease.

27. מי מהבאים מנבא פרוגנוזה טובה ב-AML ?

א.  $t(15;17)$

ב.  $3\text{inv}$

ג. T (9,22)

ד. קריוטיפ מורכב

$t(15;17)$  have a **very good** prognosis (approximately 85% cured)

$t(8;21)$  and  $\text{inv}(16)$  a **good** prognosis (approximately 55% cured)

**complex karyotype,  $t(6;9)$ ,  $\text{inv}(3)$ , or  $-7$  have a very poor prognosis**

28. מתואר חולה קרצינומה של הפרוסטטה, כעת עם זיהום, PT ו-PTT מוארכים, שברי תאים במשטה, טרומבוציטופניה 80,000 ללא דימום, פיברינוגן נמוך מתחת ל-90. מה תתן? (לפי הפרק שתי התשובות הראשונות נכונות מכיוון שמצויין שפיברינוגן נמוך מ-100 קרין, וגם תפקודי קרישה מוארכים)

א. קריופריציפטט.

ב. FFP.

ג. טסיות

ד. ויטמין K

thrombocytopenia ( $<10,000-20,000/L^3$ ) – replace

PT ( $>1.5$  times the normal) replacement with FFP is indicated

Low levels of fibrinogen ( $<100$  mg/dL) or brisk hyperfibrinolysis - infusion of cryoprecipitate (plasma fraction enriched for fibrinogen, FVIII, and vWF).

29. גבר עם ל"ד 230/130, מבולבל, בבדיקת פונדוסים בצקת פטמות. במשטה הדם שברי תאים. קראטינין 1.1. טסיות 15000. מה הטיפול?

א. לבטולול להורדת ל"ד לערכים סביב 160/100

ב. פלסמה פרסיס.

goal of therapy is to reduce mean arterial blood pressure by no more than 25% within minutes to 2 h or to a blood pressure in the range of 160/100–110 mmHg.

30. מהי אינדיקציה לניתוח מיידי בחולה עם SBE?

א. איוושה דיאסטולית חדשה עם דסטורציה וחרחורים אינספירטוריים על פני שתי הריאות 3 ימים לאחר התחלת טיפול

ב. נרקומן עם סטאפ אאורוס ואנדוקרדיטיס מימין

ג. חולת לופוס 5 שנים מלאחר החלפת מסתם מיטרלי עם חום יומיים לאחר התחלת טיפול אנטיביוטי

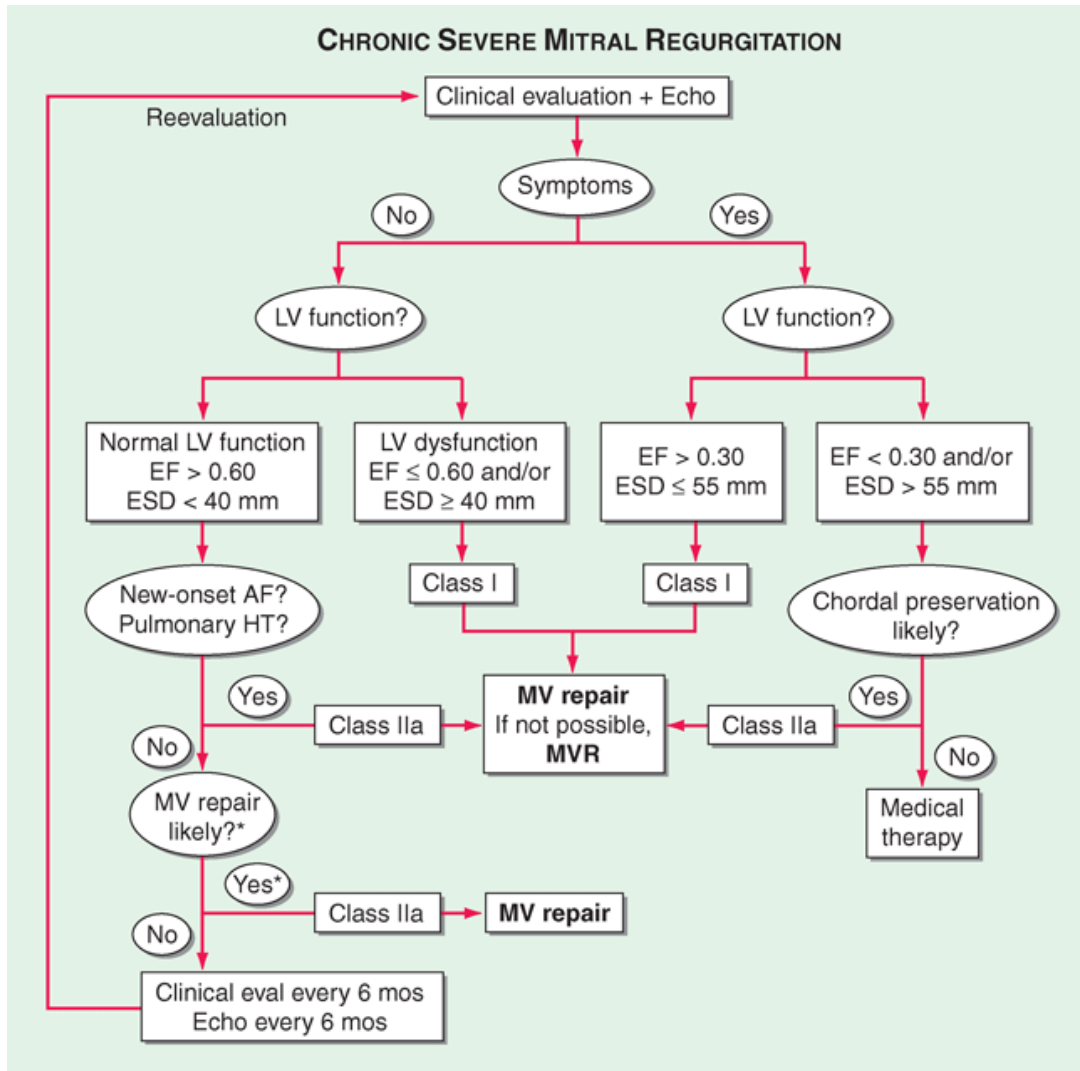
left-sided endocarditis and moderate to severe heart failure due to valve dysfunction who are treated only medically have a 50% mortality rate without surgery. Acute aortic regurgitation plus preclosure of mitral valve = emergent same day operation

31. חולה בן 55, אסימפטומטי עבר אקו לב. נמצא MR חמור, ESD, EF 62%. כיצד תטפל?

א. צנתור כלילי והפנייה לניתוח לתיקון/ החלפת מסתם

ב. טיפול תרופתי בלבד

ג. מעקב אקו



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition*: www.accessmedicine.com  
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

32. מי מהבאים נחשב כסובל מתסמונת מטבולית

- א. בן 60, היקף מותן 106, LDL 130, ל"ד 130/60, HDL 35-TG 200
- ב. בת 45 היקף מותן 80, LDL 150, ל"ד 145/90, HDL 70, TG 53
- ג. בת 60, היקף מותן 77, LDL 100, ל"ד 145/90, HDL 100, TG 4

שלושה מהבאים:	
•	1. היקף בטן מעל 102 בגברים 88 בנשים
•	2. ל"ד מעל 130 סיסטולי או 85 דיאסטולי
•	3. TG מעל 150 או תרופות
•	4. HDL מתחת 40 בגבר 50 אשה או תרופות
•	5. IFG או DM או תרופות

33. חולה בעברו heiry cell leukemia לפני שנתיים. התקבל כעת עקב חום, הזעות לילה וירידה במשקל, קראטינין 2, פריחה בצורת שיש ו-drop foot. כיצד נתקדם באבחנה?

א. ביופסיה מח עצם

ב. בדיקת anca

ג. PET CT

ד. ביופסיה של ה-SURAL NERVE

היירי סל לאוקמיה מתאפיינת ברגישות יתר לזיהומים מסוג MAC ולווסקוליטיס מאוחר. זה כנראה מה שיש לחולה. בפרק על נירופתיה פריפרית מציעים לאבחן את זה בביופסיה מעצב הסוראל, שהוא עצב סנסורי בלבד שאפשר להקריב. במידה ותתגלה ההסטולוגיה המתאימה, יש אבחנה דפיניטיבית.

34. חולה עם UC מזה 5 שנים, מפתח הפרעה כולסטטית באנוזימי כבד. כיצד נתקדם באבחנה?

א. US דרכי מרה

ב. MRCP

ג. CT

35. מתוארת חולה עם אוושה מידסיסטולית ופיצול קבוע של 2S שלא משתנה בנשימה. מה יש לה?

א. VSD

ב. ASD

ג. אי ספיקה מיטרלית

36. אקג שנראה כמו סינוס טכיקרדיה והארכת QT. שואלים מה התרופה שתגרום לכך?

א. דיגוקסין

ב. אמטרופטילין

ג. דופאמין

ד. חוסמי בטא

37. בת 42, עם אירועים חוזרים של קור באצבעות, עם שינוי צבע. בשנה האחרונה שמה לב להתעבות העור באצבעות במתפשט גם לשאר הגוף, כמו גם החלה בירור לדיספגיה. כעת מגיעה עם ל"ד גבוהים ביותר והפרעה בתפקודי כליות- מה הטיפול המומלץ?

א. פרדניזון

ב. קפטופריל

ג. METHYLPRED

ד. HYDRALAZINE

38. בת 22, פעילה מינית, סובלת מזיהומים חוזרים בדרכי השתן כי 2-3 פעמים בחודש מזה שנתיים- שואלת על טיפול מניעתי.

א. METRONIDAZOLE אחרי כל מגע מיני

ב. CEFUROXIME פעם ביום למשך שנה

ג. AMOXICILLIN 3 פעמים ביום לחצי שנה - מספר פעמים בשבוע

ד. NITROFURANTOIN כל יום לחצי שנה

ה. אין התוויה לטיפול מניעתי

Three prophylactic strategies are available: continuous, postcoital, or patient-initiated therapy. Continuous prophylaxis and postcoital prophylaxis usually entail low doses of TMP-SMX, a fluoroquinolone, or nitrofurantoin. These regimens are all highly effective during the period of active antibiotic intake. Typically, a prophylactic regimen is prescribed for 6 months and then discontinued, at which point the rate of recurrent UTI often returns to baseline. If bothersome infections recur, the prophylactic program can be reinstated for a longer period

39. שאלה על חולה עם MM שמתגלה אצלו היפונטראמיה של 120 והוא אתסמיני, אוסמולריות בדם תקינה.

- א. טיפול בכדורי NACL  
 ב. לא צריך טיפול  
 ג. טיפול בסליין היפרטוני  
 ד. טיפול ב-NORMAL SALINE

חולים עם היפונתרמיה אמיתית נוטים להיות היפו-אוסמולליים. אם אני מבין נכון את השאלה מוצג לנו כאן חולה עם פסאודוהיפונתרמיה, כלומר ירידת ספיריטוס של רמת הנתרן בדם בגלל נוכחות של חלבון בכמות רבה בפלסמה (חלבון המיאלומה), שמטעה את שיטת המדידה המעבדתית. אם זה כך, החולה לא צריך טיפול כי בעצם יש לו רמות נתרן תקינות.

40. מה טיפול הכי יעיל ל-HERPES SIMPLEX?  
 א. epivir.  
 ב. VALCYCLOVIR.  
 ג. ZIDOVUDINE  
 ד. TAMIFLU.

41. מה הגורם הכי שכיח לאנדוקרדיטיס בחולה חודש אחרי ניתוח החלפת המסתם?  
 א. STAPH AUREUS.  
 ב. CONS.  
 ג. STREP VIRIDANS.  
 ד. מתגים גרם שלילים

בשנה הראשונה אחרי ניתוח מסתמי המחולל המוביל הוא CONS ("שוב שכחנו לחטא את בית החזה לפני הניתוח..."). במקום השני סטאפ אוראוס. כעבור שנה מהניתוח אין הבדל בין מטופל עם מסתם מלאכותי למטופל עם community acquired endocarditis ולכן המחולל המוביל בשני המקרים הוא סטרפטוקוק. בנוסף, אצל מזריקי סמים בדומה לאנדוקרדיטיס על מסתם נטיבי שהוא health-care associated ("שוב הכנסתי ונפלתי בלי חיטוי") = המחולל המוביל הוא סטאפ אוראוס!

42. חולה לאחר הכנסתליין ל-TPN, מה נכון?  
 א. ANTIBIOTIC LOCK יכול להפחית את שיעורי הזיהום  
 ב. רוב הסיכוי שייזדהם תוך 72 שעות  
 ג. עדיף לתת תרופות באותו ליינ כדי למנוע שיעורי זיהום הקשורים בהכנסת ליינ חדש  
 ד. האם candida ב-line tip, אין צורך להוציא את הליין

Catheter infections can be minimized by dedicating the feeding catheter to TPN, without blood sampling or medication administration. Central catheter infections are a serious complication with an attributed mortality of 12–25%. Infections in central venous catheters dedicated to feeding should occur less frequently than 3 per 1000 catheter-days. Home TPN catheters that become infected may be treated through the catheter without removal of the catheter, particularly if the offending organism is *S. epidermidis*. Clearing of the biofilm and fibrin sheath by local treatment of the catheter with indwelling alteplase may increase the likelihood of eradication. Antibiotic lock therapy with high concentrations of antibiotic, with or without heparin in addition to systemic therapy, may improve efficacy. Sepsis with hypotension should precipitate catheter removal in either the temporary or permanent TPN setting.

43. תיאור של חולה אסימפטומטית שעוברת בירור של אנמיה מיקרוציטית אשר לא מגיבה לטיפול על ידי כדורי ברזל, ומאגרי ברזל תקינים. מראים תמונה של TARGET CELLS ושואלים מה יהיה בבדיקות שלה?  
 א. רמה גבוהה של HGBF ו-2HGBA  
 ב. בטא תלסמיה מייגור



44. תיאור של חולה עם ארטריטיס במפרקי MCP 2,3, שזוף על אף שלא נחשף לשמש, עור וגלוקוז בצום 120-140. שואלים מה יהיה מוגבר בבדיקות מעבדה שלו.

א. נחשת

ב. סידן

ג. מגנזיום

ד. פריטין

45. שאלה על מנגנון של GERD

א. הרפייה זמנית של LES

ב. זיהום ב H.PYLORI

ג. FAST GASTRIC EMPYTING

46. תיאור של חולה צעיר עם מקור הציפור בבליעת בריום, הרחבת ושט פרוקסימית ועלייה בלחץ ב-LES. שואלים מה הטיפול לטווח ארוך ופחות תופעות לוואי.

א. חוסמי סידן

ב. SILDENAFIL

ג. LAPAROSCOPIC MYOTOMY

ד. טיפול ב BOTOX

ה. 3 NITRATES פעמים ביום לפני ארוחה

The only durable therapies for achalasia are pneumatic dilatation and Heller myotomy. Pneumatic dilatation, with a reported efficacy ranging from 32–98%, is an endoscopic technique using a noncompliant, cylindrical balloon dilator positioned across the LES and inflated to a diameter of 3–4 cm. The major complication is perforation with a reported incidence of 1–5%. The most common surgical procedure for achalasia is laparoscopic Heller myotomy, usually performed in conjunction with an antireflux procedure (partial fundoplication); good to excellent results are reported in 62–100% of cases.

47. בן 57 עם HAIRY CELL LEUKAEMIA, טופל לפני 6 שינים. הגיע עם DROP FOOT ופריחה שיש בגב. בנוסף קוצר נשימה.

מה הבדיקה הבחירה?

א. ביופסיה של sural n

ב. מח עצם

ג. PET CT

48. גבר בן 78 עם חסימה חלקית ממושכת של דרכי שתן. מה צפוי?

א. NOCTURIA ו POLYURIA

ב. שתן מרוכז (ירידה ביכולת ריכוז השתן)

ג. בססת מטבולית (חמצת היפרכלורמית – טבלה 2-289)

ד. היפוקלמיה (היפרקלמיה משנית לירידה ב GFR)

49. שאלה על הרעלת אקמול:

א. רק אחרי 24-48 שעות יופיעו כאבי בטן ובחילות (מתחילים 12-4 שעות אחרי וחולפים כעבור 24-48 שעות)

ב. הטיפול במוקומיסט מוכתב על פי סימפטומים ורמות אקמול בדם (רק רמות בדם)

ג. צריך לקחת רמות לפחות 4 שעות לאחר הלקיחה

ד. כל חולה חייב לעבור שטיפת קיבה (אפקטיבי ב 30 דק' הראשונות בלבד)

ה. המרכיב הרעיל עובר דה-טוקסיפיקציה על ידי גלוטטיון

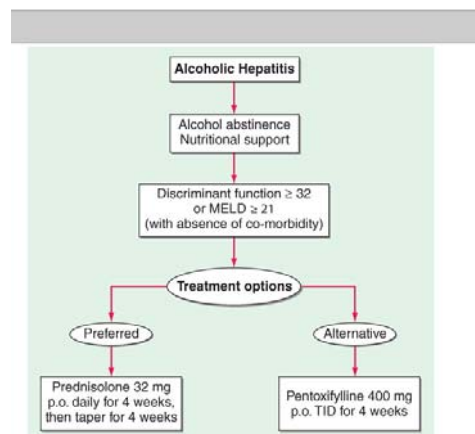
Metabolite, *N*-acetyl-benzoquinone-imine (NAPQI), is detoxified by binding to "hepatoprotective" glutathione to become harmless, water-soluble mercapturic acid, which undergoes renal excretion.

50. מה מהבאים נכון לגבי טיפול בהרעלות  
 א. תמיד יעזור עם אבחנה לבדוק תוכן קיבה במיון  
 ב. TOX SCREEN בשתן הוכח כמשפר אבחנה וטיפול  
 ג. חייב להתייעץ עם טוקסיקולוג לפני מתן ANTI DOTE  
 ד. במידה וההרעלה היא בתרופות שחרור מושהה, ניתן לטפל ע"י Whole bowel irrigation (Chapter e50)  
 ה. במידה וניתנות מנות חוזרות של פחם פעיל, יש להוסיף גם סורביטול

51. גבר מגיע למיון מעורפל הכרה, בבדיקתו נראה מוזנח, יש הפטוספלומגליה, PANCYTOPENIA, וסימנים של פסוריוזיס קלה. הייתה גם רמת אלבומין של 2.2, סידן 7.6 וזרחן נמוך. מה יכול להיות הסיבה?  
 א. METHOTREXATE TREATMENT?  
 ב. MDS  
 ג. ALCOHOLISM  
 ד. B12 DEFICIENCY -  
 ה. PERNICIOUS ANEMIA

52. MELD CALCULATION  
 א. INR, BILI, CREAT, מיימת  
 ב. אנצפלופטיה, מיימת INR ALBUMIN BILI  
 ג. INR, ALB, BILI  
 ד. INR, BILI, CREAT

53. גבר בן 60, ברקע אלכוהוליסט עד לפני שנה. התקבל עם כאבי בטן, עליית טרנסאמינזות, INR מוארך ב- 3 שניות, ביילרובין 3. פרט להפסקת שתיית אלכוהול, מה נמליץ? (בשחזור אין ערך קריאטינין. אך גם בהנחה שהוא תקין הMELD הוא 23)  
 א. STEROIDS  
 ב. PENTOXYPHILLINE  
 ג. השתלת כבד  
 ד. ANTI TNF  
 ה. לא צריך טיפול נוסף



\*\*אופציה שנייה: השאלה בלי ספק משוחררת גרוע, אך אני מניח שהם מתכוונים לחישוב של DF כי הם נתנו הפרש בשניות של תוצאות בדיקות קרישה - אני מניח שהכוונה הייתה ל PT ולא ל INR, שנמדד ביחידות אבסולוטיות ולא בשניות. אם זה באמת ככה, ה DF הוא בסביבות  $27 = 6 * 4.6$ , והחולה לא צריך טיפול בסטרואידים.

A discriminant function calculated as  $4.6 \times [\text{the prolongation of the prothrombin time above control (seconds)}] + \text{serum bilirubin (mg/dL)}$  can identify patients with a poor prognosis (discriminant function  $>32$ )

===

54. מה מדד פרוגנוסטי לא טוב במבחן מאמץ  
 א. הופעת עליות ST בצורת UP-SLOPING  
 ב. הימשכות צניחות ST גם 5 דקות אחרי סיום הבדיקה  
 ג. עליה בלחץ הדם של 20 מ"מ"כ  
 ד. הופעת כאבים בחזה שעה אחרי סיום הבדיקה  
 ה. הגעה לדופק של 140

The development of angina and/or severe ( $>0.2$  mV) ST-segment depression at a low workload, i.e., before completion of stage II of the Bruce protocol, and/or ST-segment depression that persists  $>5$  min after the termination of exercise increases the specificity of the test and suggests severe IHD and a high risk of future adverse events

55. שאלה לגבי מתן PTU  
 א. מותר להשתמש בהיריון כי לא עובר עליה  
 ב. הופעת אגרנולוציטוזיס היא תלוית מינון

Propylthiouracil is usually used because of relatively low transplacental transfer and its ability to block  $T_4 \rightarrow T_3$  conversion

56. מה מופיע ראשון בHCV?  
 א. ANTI HCV IgM  
 ב. HCV RNA  
 ג. עליה בAST  
 ד. עליה בALT

HCV RNA  $\Rightarrow$  ALT  $\Rightarrow$  anti-HCV

57. מה יראה שלחולה יש זיהום חד בHBV?  
 א. HBsAg  
 ב. HBE-AB  
 ג. HBc IgG  
 ד. HBc IgM

58. שאלה על אישה בת 80 עם קראטינין 2 עם נפיחות וכאבים בבוהן עם גבישים בצורת מחט בניקור. שואלים מה הטיפול המקובל היום בהתקף אקוטי:  
 א. NSAIDS  
 ב. סטרואידים  
 ג. ALLORIL

59. מה היא הדיאטה המומלצת לחולים עם HTN?  
 א. הגבלת מלח לפחות 6 גרם, דיאטה עשירה במגנזיום ואשלגן  
 ב. דיאטה עניה במגנזיום ואשלגן, הגבלת מלח לפחות 6 גרם  
 ג. הגבלת מלח לפחות 2 גרם  
 ד. הגבלת מלח לפחות 10 גרם, דיאטה עניה באשלגן ומגנזיום

**TABLE 247-7 Lifestyle Modifications to Manage Hypertension**

Weight reduction	Attain and maintain BMI <25 kg/m <sup>2</sup>
Dietary salt reduction	<6 g NaCl/d
Adapt DASH-type dietary plan	Diet rich in fruits, vegetables, and low-fat dairy products with reduced content of saturated and total fat
Moderation of alcohol consumption	For those who drink alcohol, consume ≤2 drinks/day in men and ≤1 drink/day in women
Physical activity	Regular aerobic activity, e.g., brisk walking for 30 min/d

60. באיזה מהמצבים הבאים לא תהיה ירידה במשלים

א. MEMBRANOPROLIFERATIVE – ב-70%

ב. LUPUS NEPHRITIS – Hypocomplementemia ב-70-90%

ג. CHOLESTEROL EMBOLI (hypocomplementemia 15%)

ד. WEGENER'S

ה. SBE - circulating immune ,hypocomplementemia, high titers RF, type III cryoglobulins - complexes

61. חולה מבוגרת שמגיעה למיון עם קוצר נשימה, דהסטורציה 85%. בדיקה גופנית תקינה, צל"ח תקין. אין לה מחלות רקע. עם 2PCO נמוך. מצורף אקג עם סינוס טכיקרדיה ו3Q3t ושואלים מה צריך לעשות:

א. ספירומטריה

ב. CTA של עורקי הריאה

ג. צנתור ימני

62. חולה עם BURKITT LYMPHOMA שמגיע למיון. לחץ דם נמוך, גודש ניכר של ורידי צוואר, קולות לב מרוחקים. אקג עם ELECTRICAL ALTERNANS /שואלים מה הצעד הבא?

א. גנזלים ואקו דחוף

ב. CT חזה

63. חולה אלכוהוליסט, הובא למיון כאשר יש לו חום וקוצר נשימה, פולט כיה עם ריח רע. בהאזנה לריאות - חרחורים מצד שמאל.

מראים תמונת צילום חזה שנראית אבצס.

א. אנטיביוטיקה

ב. הכנסת נקז

ג. ניתוח

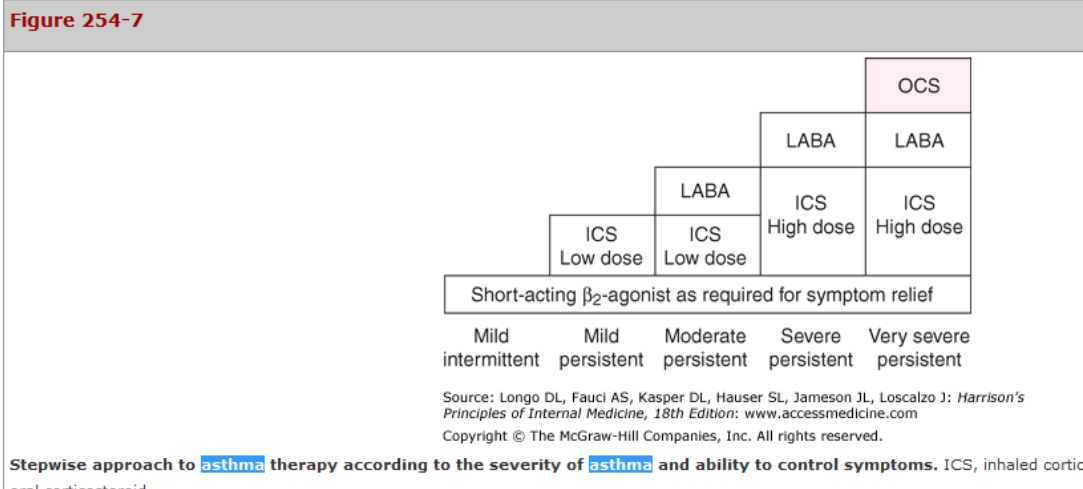
64. מה הטיפול ל MILD PERSISTENT ASTHMA

א. אנטילאוקוטריאנים

ב. ICS ו SABA לפי הצורך

ג. ICS

ד. ICS ו LABA



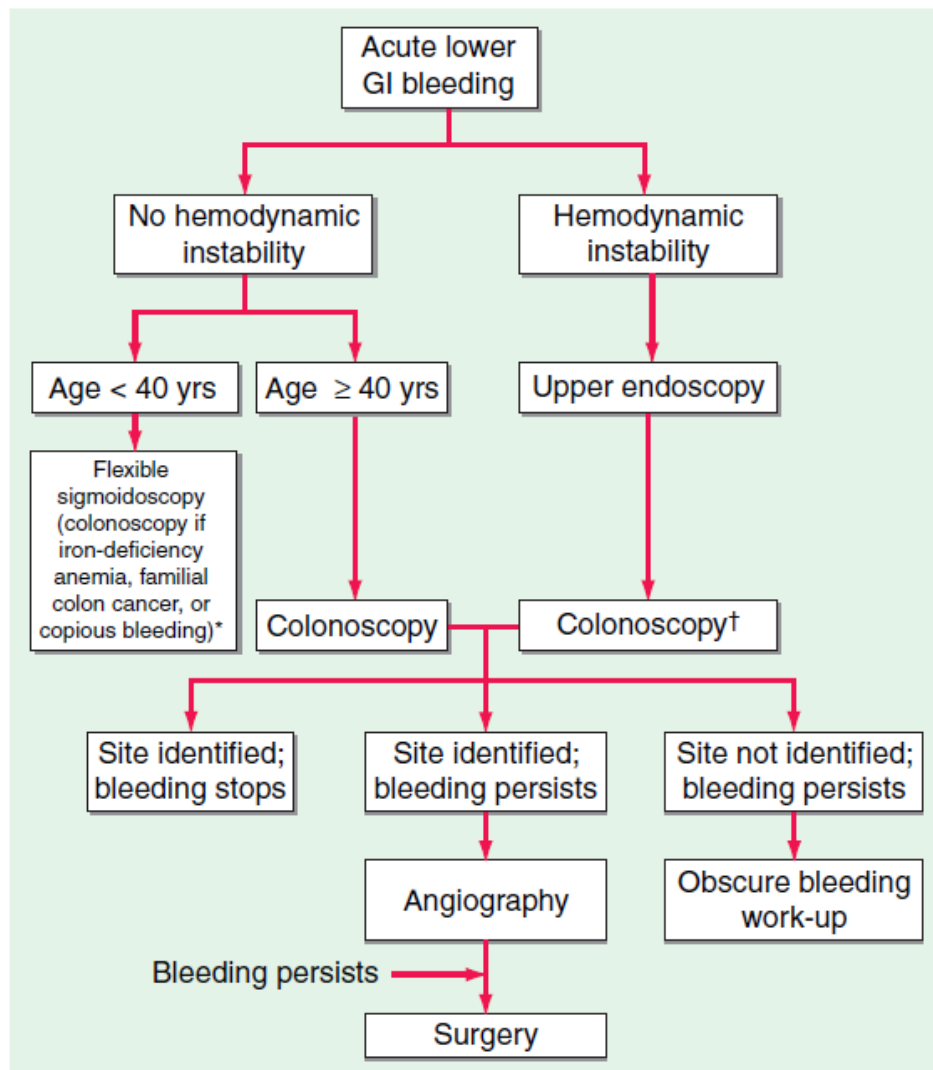
65. חולה שמגיע למיון בתמונה של קוצר נשימה. נראה טכיפנאי, מזיע. גלי A מודגשים בצוואר לעיתים. בהאזנה לריאות קרפיטציות בשני שליש של הראיות דו"צ. אישתו אומרת שעבר MI גדול לא מזמן. אקג עם Monomorphic VT. שואלים מה לעשות.  
 א. טיפול ב-LIDOCAINE  
 ב. שוק מסונכרן של 200 J  
 ג. טיפול בחוסמי בטא  
 ה. אמיודרון

For any **monomorphic** wide complex rhythm that results in hemodynamic compromise, a prompt R-wave synchronous shock is required!

66. חולה שעבר קולונוסקופיה עם כריתה של 4 פוליפים בגודל 4-8 מ"מ, שבביופסיה התברר שהם היפרפלסטיים. שואלים לגבי המשך מעקב.  
 א. לחזור על קולונוסקופיה בעוד חצי שנה לוודא כריתה מלאה של הפוליפים (רק במקרה של כריתה לא חלקית צריך לחזור אחרי 3-6 חודשים)  
 ב. לחזור לקולונוסקופיה בעוד 10 שנים – במקרה של פוליפים היפרפלסטיים של פחות מ 1 סמ  
 ג. לעשות גסטרוסקופיה לשלול PAF (במקור...)

Personal History of Polyps or Colorectal Cancer		
1 or 2 small (<1 cm) adenomas with low-grade dysplasia	Repeat colonoscopy in 5 years	Assuming complete polyp resection
3 to 9 adenomas, or any adenoma ≥1 cm or containing high-grade dysplasia or villus features	Repeat colonoscopy in 3 years; subsequent colonoscopy based on findings	Assuming complete polyp resection
≥10 adenomas	Colonoscopy in <3 years based on clinical judgment	Consider evaluation for FAP or HNPCC; see recommendations below
Piecemeal removal of a sessile polyp	Exam in 2 to 6 months to verify complete removal	
Small (<1 cm) hyperplastic polyps of sigmoid and rectum	Colonoscopy in 10 years	
>2 serrated polyps, or any serrated or hyperplastic polyp ≥1 cm	Repeat colonoscopy in 3 years	
Incompletely removed serrated polyp ≥1 cm	Exam in 2 to 6 months to verify complete removal	
Colon cancer	Evaluate entire colon around the time of resection, then repeat colonoscopy in 3 years	

67. חולה בן 75, מטופל באופן קבוע ב-ASPIRIN, קיבל לאחרונה גרות VOLTAREN עקב כאבי פרקים. מפתח דימום רקטלי טרי. במיון - לא יציב המודינמית, טכיקרדי, המוגלובין 7 שלפני זה היה 14. PR דם טרי. קיבל PC ונוזלים. מה הצעד הבא?  
 א. להכניס זונדה ואם אין דם לבצע קולונוסקופיה  
 ב. סיגמאידוסקופיה דחופה



68. מספר ממצאי ספירומטריה ושואלים למי מי החולים יש אסתמה  
 א.  $Fev_1$  1-43%, משתפר לאחר מרחיבי סמפונות ל-75% שהם 600 סמ"ק

69. חולה מקבל עירוי דם ומפתח חום של 38.5, לח"ד תקין. מה נכון?  
 א. ניתן למנוע תמיד על ידי הקרנה וסינון מנת דם לכל חולה  
 ב. מכיוון שמדובר בתגובה אימונית יש לקחת תרבית דם רק אם חום נמשך או יש ירידת לחץ דם  
 ד. למרבית החולים נמצא בסרום נוגדנים כנגד HLA

אם מדובר על febrile nonhemolytic transfusion reaction (FNHTR).

70. חולה עם מיימת חדשה חום וכאבי בטן. שואלים מה צריך לעשות  
 א. להתחיל FUSID וSPIRINOLACTONE  
 ב. לבצע TIPS  
 ג. לבצע ניקור אבחנית של המיימת  
 ד. ניקור טיפולי להוציא את המיימת

71. חולה עם מחלה ביפולרית וסוכרת. שמקבלת טיפול בNOVONORM וLITHIUM. מגיעה בתלונה של פוליאוריה כ-4.5 ליטר ביום. במעבדה היפונטראמיה של 121, אשלגן תקין. גלוקוז בדם -290. אוסמולריאות של השתן 80, נתרן בשתן -140. באיזו הפרעה מדובר?

א. PRIMARY POLYDIPSIA

ב. CENTRAL DI.

ג. NEPHROGENIC DI.

ד. SIADH

ה. היפרגליקמיה

חולה היפונטרמי, פוליאוריה, עם אוסמולריות שתן מאוד נמוכה, כמעט במינימום האפשרי של הכליה. גם ידוע שהוא משוגע מבחינת הגלוקוז, רמות של 290 מסבירות כ-3 מא"ק של שינוי בנתרן, כך שגם לאחר תיקון אתה נשאר עם היפונטרמיה של 125. לדעתי ההסבר היחיד שתופס את כל התמונה זה פולידיפסיה. בהיפונטרמיה - אוסמולריות בשתן מתחת 100 זה פולידיפסיה ומעל 400 אבחנה ל של SIADH.

72. מה איננו יכול להחמיר אנצפלופטיה כבדית:

1. היפוקלאמיה

2. אצידוזיס

ג. דימום מדרכי עיכול עליונות

ד. זיהום

73. מה משך הטיפול האנטיביוטי המונע בקרדיטיס אשר נגרם על ידי STREP בRHEUMATIC FEVER?

א. נוכחות או היעדר קרדיטיס לא משנים את משך הטיפול

ב. למשך חצי שנה

ג. למשך שנתיים

ד. במידה והיה קרדיטיס אך אין נזק מסתמי טיפול עד גיל 21 או 5 שנים (האחרון מהם)

ה. במידה והיה קרדיטיס אך אין נזק מסתמי טיפול עד גיל 21 או 10 שנים אחרי האירוע האחרון (מה שיותר מאוחר)

- **Rheumatic fever with carditis and clinically significant residual heart disease** requires antibiotic treatment for a minimum of **10 years after the latest episode**; prophylaxis is required until the patient is **aged at least 40 years** and is often continued for life.
- **Rheumatic fever with carditis and no residual heart disease** aside from mild mitral regurgitation requires antibiotic treatment **for 10 years or until age 21 years** (whichever is longer).
- **Rheumatic fever without carditis** requires antibiotic treatment for **5 years** or until the patient is aged **21 years** (whichever is longer).

74. חולה עם RA. מגיעה עם חום סיסטמית 38 ואודם ונפיחות בברך מזה 3 ימים. מה הצעד אבחנתי הבא?

א. ניקור

ב. NSAIDS

ג. זרקית STEROIDS

ד. לתת אנטיביוטיקה ישר

75. מתואר חולה צעיר בן 40 אשר מגיע למיון בתמונה של קוצר נשימה. באקג - פרפור פרוזדורים מהיר חדש. בהאזנה נשמעו קרפיטציות מפורשות על פני שתי הריאות. באקו לב היצרות מיטרלית חמורה עם שטח המסתם המיטרלי 1.6 וטרומבוס בLA. מה לעשות.

א. טיפול תרופתי ואנטיקואגולציה, בהמשך TEE חוזר

ב. MVR וטרומבאקטומיה

ג. קומיסורוטומיה מלעורית ואנטיקואגולציה

76. בחור בן 40 עם צליליטיס בשוק ללא סימנים סיסטמיים. - בעברו פריחה מקולו-פפולרית קלה לאחר טיפול ב-PENICILLIN. כיצד נטפל?

1. **CEFAZOLIN**

2. CIPRO

3. RESPRIM

77. בחור בן 40 הגיע עקב כיב ב-GLANS PENIS עם שוליים נוקשים. מתאר ששכב עם הרבה נערות ליווי. אבחנה?

א. **LYMPHAGRANULOMATOUS VENERUM**

ב. CHANCRE

ג. HSV

ד. CHONDYLOMA

ה. SECONDARY SYPHILIS.

כיב עם שוליים נוקשים מאפיין מאוד סיפיליס ראשוני. בהעדר תשובה זו, נראה לי שהתשובה הכי קרובה עפ"י הטבלה בעמ' 1108 היא לימפוגרנולומה וונרום. השוליים של צ'נקרואיד רכים.

78. למי נותנים טיפול מניעתי לאנדוקרדיטיס?

א. חולה עם אנדוקרדיטיס בעבר שעומדת לפני ניתוח עקירת שן

ב. חולה עם MVP לפני ציסטוסקופיה

79. בן 55 הגיע למיון עם ERYTHRODERMA, ל"ד 80/50, חום גבוה, היפראמיה בלחמיות. בהמשך עלייה בקריאטינין, ועלייה באנזימי כבד.

מה הסיבה?

א. **TOXIC SHOCK SYNDROME**

ב. CARCINOID

ג. LEPTOSPIROSIS

ד. ברוצלה

ה. ריקציה

התייצגות של אריטודרמה, אחריה התפשטות המערבת לחמיות ובהמשך אי ספיקה רב מערכתית מתאימה יותר ל STSS. קרצינואיד גורם התקפי הסמקה ושלשול, לא אי ספיקה רב מערכתית (ועד כמה שזכור לי גם לא למעורבות משטחי לחמית או שוק)

80. חולה אם אי ספיקת לב. באקג - סינוס עם RBBB ו NYHA CLASS II

מה יאריך את החיים וישפר פרוגנוזה?

א. **ACEI**

ב. חוסמי סידן

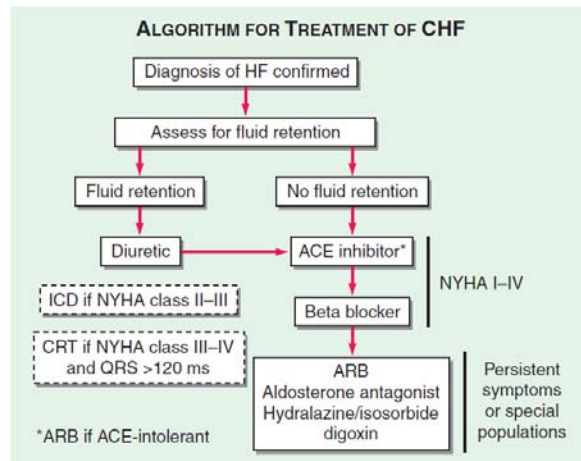
ג. BB לבד

ד. להוסיף טיפול ב-BETA BLOCKER רק עם לוייו ב CRTD

ה. קוצב DDDR

לפי תרשים הזרימה בעמ' 1909 השימוש ב ACEI מומלץ לפני מתן חסמי בטא.





81. מה נכון לגבי מתן סטרואידים ב-BACTERIAL MENINGITIS?  
 א. ל-PREDNISON יעילות גבוהה יותר מה-DEXAMETHASONE לכן עדיף להשתמש בו  
 ב. לתת DEXA 20 דק לפני מתן אנטיביוטיקה  
 ג. ניתן לתת במשך 6 שעות בדריפ

82. שאלה לגבי זולינגר אליסון, עם כיבים מרובים בתריסרון, קפלים מעובים בקיבה ושתי גרורות בכבד. מה הטיפול?  
 א. טיפול ב-PPI באותם מינונים כמו ב-PUD רגיל  
 ב. שילוב של PPI ואוקטראטייד (Chapter 293)  
 ג. המואמבוליזציה של הוריד ההפטי  
 ד. הוספת STREPTOZOTOZIN לא גורמת לתופעות לוואי משמעותיות  
 ה. גם בנוכחות מטסטוזות בכבד וללא טיפול הישרדות של 60% ל-5 שנים. (hepatic metastasis have <20% survival at 5 years)

83. מה נכון לגבי תסמונת נפרוטית במבוגרים?  
 א. גורם בשכיחות גבוהה (או כמעט תמיד) לאי ספיקת כליות  
 ב. טרומבוס בוריד הכלייה הינו תופעה משנית למצב זה  
 ג. ניתן למצוא גלילים של תאי דם לבנים ברוב המקרים

84. מה היא ההגדרה של OSA?  
 א. 5 או יותר אירועים של אפנאה בשעה בלילה ועייפות במשך היום  
 ב. 10 או יותר אירועים של אפנאה בשעה במשך הלילה ועייפות במשך היום  
 ג. עודף משקל ועדות על נחירות בלילה

85. חולה עם COPD במיון, קוצר נשימה. לאחר טיפול באנהלציות וסטרואידים סטורציה 79% בא.ח. מה לעשות?  
 א. לתת חמצן במשקפיים 2 ליטר לדקה  
 ב. לתת חמצן במסכה 4 ליטר לדקה  
 ג. לתת חמצן במסכה עם שמירת על סטורציה של 90% בא.ח.  
 ד. חמצן דרך PAP  
 ה. הנשמה

אופציה שנייה: אני חושב שהיתה כאן טעות בשיחזור, כי ברור שלא ייתכן לתת חמצן במסיכה וכך לשמור על סטורציה מעל 90% "באוויר חדר". אם מתעלמים מ"אוויר חדר" בתואנה של שיחזור גרוע, נראה לי שזו התשובה היותר טובה. לפי הספר, תחילת תמיכה נשימתית ניתנת לפי רמות פחמן דו חמצני, לא לפי רמות החמצן. אם כי בתכל"ס, במיון כולנו נוהגים כך.

86. מה אינדיקציה להכנסת נקז בחולה עם תפליט פלאורלי?  
 א. 500 נויטרופילים בנוזל

ב. יחס LDH בנוזל פלאורלי לעומת פלזמה יותר מ-0.6

ג. PH פחות מ-7.2

ד. נוזל בכמות גדולה

Indications for thoracentesis:

1. Loculated pleural fluid
2. Pleural fluid pH <7.20
3. Pleural fluid glucose <60 mg/dL
4. Positive Gram stain or culture of the pleural fluid
5. Presence of gross pus in the pleural space

87. שבחורה צעירה מגיעה עם תלונות על שינויים ביציאות- תמונה של IRRITABLE BOWEL SYNDROME - מה הכרחי לאבחנה?

א. הקלה בתסמינים לאחר יציאה

ב. הופעת התסמינים בשעות הלילה

ג. תסמינים 3 ימים בחודש בשלושת החודשים האחרונים

ד. מחלה פסיכיאטרית ברקע

Recurrent abdominal pain or discomfort **at least 3 days per month in the last 3 months** associated with *two or more* of the following:

1. Improvement with defecation
2. Onset associated with a change in frequency of stool
3. Onset associated with a change in form (appearance) of stool

88. שאלה לגבי ADYNAMIC BONE DISEASE באיסק כליות כרונית

א. נוטנים CALCIUM כדי לעלות את הרמה שהיא נמוכה

ב. CALYPHYLAXIS אך ורק בTERTIARY HYPERPTH

ג. נגרם כתוצאה ממתן ויטמין D וקלציום במינונים גבוהים.

Characterized by reduced bone volume and mineralization and may result from excessive suppression of PTH production, chronic inflammation, or both. Suppression of PTH can result from the use of vitamin D preparations or from excessive calcium exposure in the form of calcium-containing phosphate binders or high-calcium dialysis solutions.

89. בן 42, אלוכוהוליסט, מתקבל עם כאבי בטן, עלייה בטרנסאמינזות, INR מוארך ב-6 שניות מהתקין, בילירובין 9. כיצד נטפל?

א. פרדניזון פומי ומעקב באשפוז

ב. שחרור מהמיון

ג. רמיקיד

90. חולה עם תסמינים של טיירוטוקסיקוזיס. ללא גויטר אך נמוש נודול. TSH נמוך, 4T ו-3T גבוהים, 4T יותר מ-3T. מבצעת מיפוי בלוטת המגן ומראים תמונה שנראית כמו HOT NODULE. מה הטיפול?

א. ביצוע FNA תחת US

ב. טיפול במינונים גבוהים של אנטי-טיירוואיד

ג. טיפול באנטי-טיירוואיד ובהמשך טיפול עם יוד רדיאקטיבי

ד. CT צוואר לבדוק אם אין סימני לחץ

91. חולה עם רקע של יתר לחץ דם, סוכרת ואיסק לב ידועה. מגיע בתמונה של קוצר נשימה הולך וגובר במאמצים קלים. במעבדה אנמיה של 7.9 מיקרוציטית. שואלים מה הצעד הבא?

א. גסטרוסקופיה

ב. מתן ברזל דרך הוריד

ג. מתן מנת דם

ד. מתן ברזל פומי

92. אישה צעירה, אם ל-3 ילדים, בריאה בד"כ. לאחרונה תלונות של חולשה, כאבי בטן, שלשולים. במעבדה אנמיה בסביבות 7-8, מיקרוציטית, טסיות WBC תקינים. שואלים מה הבדיקה הראשונה שתעשה?

א. ברזל, פריטין, טרנספריין, אריטרופואטין

ב. ברזל, טרנספריין, פריטין, רמת ANA

ג. ברזל, טרנספריין, פריטין

מתוך הגישה לאנמיה – בדיקות מעבדה

93. אישה צעירה עם OSA + BMI 41, סוכר בצום גבוה. ניסתה בעבר דיאטה לירידה במשקל שלא צלחה. שואלים מה ניתן להמליץ לה?

א. ORLISTAT

ב. הגברת פעילות גופנית

ג. דיאטה דלת פחממות

ד. טיפול פסיכולוגי

ה. ניתוח בריאטרי

94. אישה צעירה עם BMI 31 מתעניינת לגבי סיכוי שלה לפתח סוכרת בהמשך, מה מבין הבאים הוא גורם סיכוי משמעותי בשבילה לפתח סוכרת

א. ילידת תינוק של 3.9 ק"ג

ב. בן דודה מדרגה ראשונה עם השמנת יתר וסוכרת

ג. חסר פעילות גופנית

ד. לח"ד 130/80

Table 344-3 Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus
Family history of diabetes (i.e., parent or sibling with type 2 diabetes)
Obesity (BMI $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> )
Physical inactivity
Race/ethnicity (e.g., African American, Latino, Native American, Asian American, Pacific Islander)
Previously identified with IFG, IGT, or an A1C of 5.7–6.4%
History of GDM or delivery of baby $>4$ kg (9 lb)
Hypertension (blood pressure $\geq 140/90$ mmHg)
HDL cholesterol level $<35$ mg/dL (0.90 mmol/L) and/or a triglyceride level $>250$ mg/dL (2.82 mmol/L)
Polycystic ovary syndrome or acanthosis nigricans
History of cardiovascular disease

95. מה הסימן המעבדתי הראשון של עמידות לאינסולין?

א. היפוקלמיה

ב. עלייה בחומצות שומן בסרום

ג. רמת אינסולין נמוכה בצום

הסימן המעבדתי הראשון לאי סבילות לגלוקוז הוא עליה בטריגליצרידים, או עליה ביחס טריגליצרידים/HDL מעל 3:1. היפוקלמיה איננה חלק מהסינדרום המטבולי, ורמת אינסולין נמוכה בצום היא המצב הרצוי לאדם בריא (במקביל לעליה בהורמונים קאונטר-רגולטוריים של סטרס כגון גלוקגון וקורטיזול).

96. חולה עם חום, שיעול, קוצר נשימה מתקבל למיון עם לח"ד 80/50, איסק נשימתית, עובר הנשמה. מיד אח"כ לח"ד יורד ל-60/30 טכיקרדיה 140, לא מגיב לליטר נורמל סליין בהרצה. בצילום חזה -ARDS? פנאמוניה דוצ? - שאלו מה הטיפול היעיל ביותר לחולה זה?

א. סטרואידים לטיפול באיסק אדרנל

ב. משתנים

ג. נפח הנשמה 6 מ"ל לק"ג

ד. הכנסת סואן-גנץ ומדידת PCW

ה. הכנסת קטטר למדידת SVR ולפי זה טיפול בנוזלים וזופרסורים

מה שהוכח זה הנשמה בTV נמוך 6 מל/קג, וטיפול במשתנים והגבלת נוזלים על מנת להוריד לחץ מילוי של LA על מנת לצמצם בצקת. כל היתר או לא מומלץ או מומלץ חלש

97. רמת קלציום 10.4, פוספור 3.7 מה הבדיקה הבאה-

א. ויטמין D

ב. רמת PTH

98. לאיזה מהתרופות הבאות לא בודקים רמה בדם?

א. גאראמיצין

ב. CYCLOSPORIM

ג. מרופנם

ד. Lithium

ה. Theophylline

99. סיפור על זקן שהתעלף בבית נמדד דופק 43, באקג ברדיקריה עם חסם הולכה

א. קוצב לב זמני ובהמשך קוצב קבוע

100. סיבה הכי נפוצה להמופטיזיס

א. זיהומים

ב. עישון

ג. PE

101. מה הסיבוך האקוטי הכי נפוץ בחולי דיאליזה?

א. דם GI בשל מתן הפריין במהלך הדיאליזה

ב. ירידת ל"ד

ג. זיהומים

102. פסאודומונס נפוץ בחולים הבאים-

א. ברונכיטיס

ב. אמפיזמה

ג. חולים דמנטים

ד. חולים מטופלים בדיאליזה

103. חולה בא למיון עקב צריבת מתן שתן, בבדיקה קליום 7.4. קריאטינין 1.1, מראים תמונה של אק"ג תקין. ללא סימפטומיים בכלל. מה צד הבא?

א. קלציום גלוקונייט

ב. לחזור על בדיקה

ג. לחזור על הבדיקה ובנתיים לתת אינסולין וגלוקוז

מצד אחד בתרשים הזרימה יש לשלול בתחילה פסאודוהיפרקלמיה (זה מה שחשבת). ארז לעומתי חושב שהחולה צריך טיפול, מאחר ורמות האשלגן מעל 6.5. עמ' 358 - נראה שהתשובה הכי מלאה וטובה לפי רוח הכתוב בפרק היא לחזור על הבדיקה, אבל לטפל במקביל.

104. חולה עם כאבי פרקים שהיה מטופל בסטרואידים מגיע בתמונה של ירידת לחץ דם, ללא גודש ורידי צוואר, פריפריה חמה. שואלים מה נכון?

א. אין כל חשיבות במבחן סינקטן

ב. יש לתת PREDNISON 60 מג

ג. במידה והאבחנה לא ברורה נעדיף טיפול בדקסמטזון על פני טיפול בפרדניזון

ד. יש להימנע ממתן וזופרסורים על מנת לא לפגוע בתפוקת הלב

105. מה הטיפול לMSSA אוסטאומיאליטיס

CLOXACILLIN ל-4-6 שבועות

ב. צפזולין ואחר כך מוקסיפן פומי

ג. ציפרו פומי למשך חודש

106. מתואר חולה עם Grand mal עם מסה באונה ימנית 700 osmolarity NA 50 urinary Na 110 מה הטיפול המידי?

א. סליין 3% וFUROSEMIDE כי FURODEMIDE מקטין את FREE WATER DIURESIS

ב. demeclocycline

ג. הגבלת שתייה

ד. NS 0.9 1 l תוך 3 שעות

ה. NS 3% 1-2mol per h

107. איזה תרופה תגרום להיפונטראמיה בסבירות גבוהה?

א. GABAPENTIN

ב. CARBAMAZEPINE

ג. גנטמיצין

ד. דיגוקסין

108. חולה עם BMI 32, HbA1C 2.6

לחולה סיפור משפחתי של סוכרת.

א. לחולה יש סוכרת, להתחיל מטפורמין, דיאטה וייעוץ דיאטנית.

ב. לחולה יש סוכרת, דיאטה + דיאטנית.

ג. לחולה GLUCOSE INTOLERANCE, דיאטה + sulphonylureas

ד. לחולה GLUCOSE INTOLERANCE, דיאטה + metformin

109. חולה DM 2 טופל בMETFORMIN, הופסק עקב אי ספיקת כליות (?). איזה טיפול להמליץ שאין עליה במשקל ולא גורם להיפוגליקמיה?

א. rosiglitazone

ב. DDPIV

ג. sulphonyureas

ד. אינסולין ארוך טווח

110. מה נבדק בבדיקת הספירומטריה? (זו היתה השאלה ואלו התשובות.....).

- א. RV  
 ב. 1FEV  
 ג. TLC  
 ד. DLCO

111. חולה שמגיע עם חום ושיעול פרודוקטיבי. טופל בקהילה מספר ימים בזINNAT ללא הטבה. מגיע כעת לחדר מיון. לציין שגם משלשל ורמת הנטרן 130. בצל"ח תסנין. טופל בחדר המיון בIV CEFTRIAZONE. מה המשך הטיפול?

- א. הטיפול שקיבל במיון הוא נכון ויש להמשיך אותו  
 ב. יש להוסיף MACROLIDE או QUINOLONE לטיפול של החולה זה  
 ג. להפסיק טיפול אנטיביוטי כי ככל הנראה החולה סובל מזיהום ויראלי  
 ד. להפסיק רוצפין ולתת משהו אחר (לא זוכרת)  
 ה. להוסיף Vanc בשאלה של pneumococcal עמיד

112. חולה מגיע לבירור מימת. בדם- אלבומין-3.6, במימת- אלבומין-2.4, חלבון-4. מה גרם למימת? tuberculosis of pericard

- ב. chf  
 ג. נפרותי  
 ד. cirrhosis  
 ה. קרצינומטוזיס

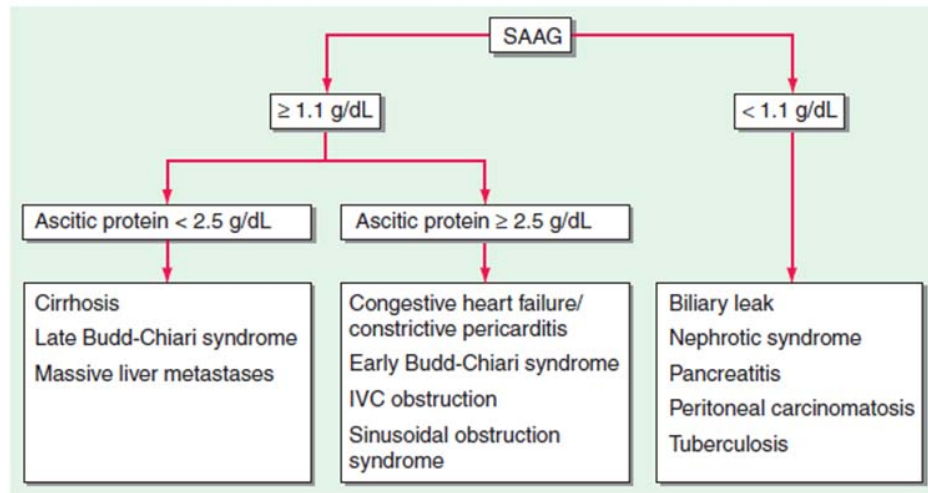


Figure 43-3 Algorithm for the diagnosis of ascites according to the serum-ascites albumin gradient (SAAG). IVC, inferior vena cava.

113. מה נכון לגבי טיפול בINFLUENZA

א. AMANTADINE יעיל גם לסוג A ולסוג B

ב. Oseltamivir גורם לbronchospasms וכדי להימנע לחולה אסטמה

ג. OSELTAMIVIR למשך 5 ימים מקצר את משך המחלה ל1-1.5 ימים אם ניתן ב48 שעות הראשונות של המחלה

ד. טמיפלו יעיל תמיד לא משנה מתי ניתן

114. חולה עם 1FEV נמוך וFVC נמוך. איך ניתן לקבוע שסובל ממחלת ריאות רסטריקטיבית?

- א. TLC  
 ב. CT בית חזה  
 ג. ביופסיה של הריאה

ד. ברונכוסקופיה  
DLCO

115. חולה מופנה למרפאת כבד בשל תשובות מעבדה אשר הדגימו- **HBSAG חיובי**, **HBCORE IGG חיובי**, **HBEAG שלילי**, **HBEAB חיובי**, **HBV DNA 11.000**, טראנסאמינזות פי 2 מהנורמה. מה נכון לגבי החולה?  
א. החולה מחוסן טבעית נגד הפטיטיס B  
ב. חולה עם **HBV כרוני** ויש צורך להתחיל טיפול כמקובל  
ג. חולה עם **PRECORE MUTANT** וצריך להתחיל טיפול  
ד. חולה עם צההפטיטיס אקוטית, רוב הסיכויים שיתגבר ללא טיפול

חולים עם מוטציית פרה-קור לא מפתחים נוגדנים לאנטיגן E?

116. חולה עם אי ספיקת לב ואנמיה 8.9 מקבל מנת דם. במהלך מתן המנה מפתח קוצר נשימה, כאבי גב, וחום. לח"ד תקין. בנוסף להפסקת המנה מה צריך לעשות?  
א. לתת נוזלים ומשתנים  
ב. פוסיד  
ג. יש להכין אותו עם **Prednisone and antihistamines**. לפני מתן העירוי הבא  
ד. להתחיל אנטיביוטיקה

117. חולה פונה עקב ארטריטיס לא סימטרית בברכיים וקרסוליים. בשתן- חלבון בכמות גדולה. באנמיה- סבל בעבר מאירועים של כאבי בטן ומספר אירועים של אריספלס בקרסול ימין- איך תטפל?  
א. קולכיצין  
ב. סטרואידים  
ג. NSAIDS  
ד. המטין בעת התקף

קולכיצין... מתואר חולה עם FMF ועמילואידוזיס כלייתי,

118. בת 45 עם סוכרת, מופנית לבריור עקב כאבים בחזה בעלי אופי דוקר עוברת מבחן מאמץ. מה נכון?  
א. בחולה זה סיכוי שתשובה תהיה FALSE POSITIVE נמוך  
ב. בדיקה נחשבת חיובית אם יש עלייה של לחץ דם ב20 מ"מ"כ  
ג. אם יש **CLBB** או צניחות **ST** באקג בסיסי עדיף לבצע מיפוי לב  
ד. במחלת לב אסכמית ידוע הרגישות של הבדיקה מעל 95%

119. מה מבין הנוגדנים הבאים מהווה מדד לאקטיביות של מחלה ראומטולוגית  
א. ANA  
ב. ANCA  
ג. ANTI CCP  
ד. **ANTI DS DNA**  
ה. אנטי צנטרומר

120. בחולות לופוס עם איזה סוג של נוגדנים יש לעקוב אחרי הדופק של העובר?  
א. ANA  
ב. ANTI DS DNA  
ג. **ANTI-RO**

121. חולה בן 64 עם יתר לחץ דם וסוכרת. מגיע בתמונה של כאבים לוחציים בחזה. בבדיקה גופנית אוושה הולוסיסטולית מקרינה לאקסילה ופיצול רחב של 2S. מה עוד מצפים למצוא בבדיקה גופנית?  
א. OPENING SNAP  
ב. קול ראשון מודגש  
ג. 3S

PULSUS PARVUS ET TARDUS.ד  
**PULSUS BISFERENS.ה**

122. חולה צעיר שמגיע למיון מעורפל הכרה. תמונת גזים עם חמצת מטבולית עם AG גבוה. בעיה עינית כלשהיא- papilloedema? אוסמולריאות גבוהה בדם. שואלים מה הטיפול?  
**ETANOL.א**  
 N-ACETYL CYSTEIN.ב  
 METHANOL.ג

השילוב של חמצת עם פער אניונים ופער אוסמוליטים גבוה, בשילוב עם דיכוי הכרה ופגיעה בעצב האופטי מכוונת מאוד להרעלת אתילן גליקול, או מטאנול. כדאי לבדוק את השתן לגבישי אוקסלאט. טיפול הבחירה הוא פומפיזול תוך ווריד, ובהעדרו אתאנול תוך ווריד. המודיאליזה שמורה לחולים עם חמצת מתחת ל 7.3, או פער אוסמוטי מעל 20.

123. חולה צעיר, מתקבל למיון עקב קוצר נשימה קשה. בבדיקתו- מעורפל הכרה, אישונים צרים, חרחורים בהאזנה על פני שתי הריאות. צל"ח תקין. בבדיקתו- מתנשם, סטורציה 88% P<sub>CO2</sub> - 50 מ"מ"כ.  
 IV MORPHINE.א  
 IV NALOXONE.ב  
 IV FLUMAZENIL.ג  
 ד.הידרלזין  
 ה.הנשמה תשובה נכונה

124. צלח עם אדנופתיה הילארית, פראוטיטיס דו"צ ב BAL יחס CD4/CD8 מעל 5, לימפוציטים 20%. מה האבחנה?  
 א. סרקואידוזיס  
 ב. היסטיוציטוזיס  
 HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS.ג

125. חולה עם ווגנר מזה מספר שנים, עם תגובה טובה לטיפול בסטרואידים וציקלופוספאמיד, עם העלמות סימפטומים ושיפור בהרגשתו הכללית. מטופל כעת באימורן בלבד. כעת מגיע למרפאה, לדבריו ללא שינוי במצבו, רק בדיקת המעבדה מראה עליה של פי שתיים בטיטר של cANCA. מה יש לעשות?  
 א. שינוי תרופתי  
 ב. לא לעשות כלום  
 ג. להוסיף טיפול ב prednisone למספר שבועות ולחזור על הבדיקה.  
 ד. להתחיל סטרואידים וציקלופוספמיד  
 ה. להחליף טיפול באימוראן למטוטרקסט, ועד להשפעה להתחיל במקביל פרדניזון.

ההתייחסות לנושא של הסרולוגיה בווסקוליטיס מעורפלת מאוד. ממה שאני מבין את הכתוב ב CANCA 2787, לא מהווה מדד טוב למעקב אחר מצב החולה או על הגדרתו כרילפס, במיוחד אם הקליניקה המתוארת מוגדרת ללא שינוי.

the absolute height of the antibody titers does not correlate well with disease activity; and patients with granulomatosis with polyangiitis (Wegener's) in remission may continue to have high antiproteinase-3 (cANCA) titers for years

126. שאלה על משמעות LBBB-  
 א. חמור יותר בנוכחות RIGHT AXIS DEVIATION מאשר עם קיים ציר שמאלי  
 ב. חולים עם LBBB יש להם סיכון יותר גבוה של מחלת קרדיוסקולרית.  
 ג. לחולים עם LBBB לרוב יש פגיעה בתפקוד חדר שמאל  
 ד. אבחנתי להיפרטרופיק קרדיומיופתי  
 ה. תמיד קיימת הפרעה מבנית בלב

127. חולה עם 2CHF NHYA מטופל במספר תרופות בנוסף באקג RBBB, מה לגבי הוספת חסמי ביטא  
 א. חוסמי בטא הוכחו שמשפרים תסמינים ומורידים תמותה  
 ב. חוסמי בטא אסור להוסיף כאשר EF מתחת ל 40%



ג. אסור להשתמש בחוסמי בטא בחולה עם RBBB

128. טיפול ב-CLOPIDOGREL ASPIRIN - לגבי INSTENT THROMBOSIS

א. השתל DES מונע IN STENT RESTENOSIS

ב. טיפול משובל ב-ASPIRIN ו-PLAVIX מונע IN STENT RESTENOSIS

ג. כשמפסיקים טיפול ב-ASPIRIN ו-PLAVIX אחרי חודש עולה הסיכוי ל-IN STENT THROMBSIS

טיפול כפול מוריד את הסיכון לטרומבוזיס (לא לסטנוזיס), והשימוש ב-DES מוריד בערך בחצי את הסיכון ללקות בסטנוזיס. נראה שהתשובה הנכונה נוגעת להפסקת הטיפול. בעמוד 2037 אומרים שזה נכון בעיקר לחודש הראשון, אבל לא רק.

129. לחשב CHADS SCORE = 2

א. בן 75 בעברו TIA

ב. בן 65 עם סוכרת

ג. בן 67 עם יתר לחץ דם ו-MS

130. איזה מהמדדים הבאים חשוב בקביעת הטיפול בחולה עם שחמת על רקע הפטיטיס B כרונית? (ניסוח כמעט

מדויק)

1. אלבומין

2. HBVDNA

3. HBEAG

4. מיימת

5. ALT

131. חולה עם HBV ידוע, תפקודי כבד תקינים. בסונר בטן נראה גוש בגודל 3 ס"מ בכבד, איך להתקדם-

א. CT תלת פאזי כבד/MRI

ב. אין צורך בהמשך הדמייה באבחנה הינה חד משמעית

ג. ביופסיה של הנגע

132. טיפול בגונוראה

א. רוצפין + אזניל

ב. ציפרו

ג. Doxycillin בלבד

133. קונטרהאינדקציה למתן IABP-

א. AR

ב. אנאוריזמה של האאורטה הבטנית

134. טיפול לפריזמנטל אנגינה-

א. טיפול ב-NIFEDIPINE יעיל

ב. טיפול ב-ASPIRIN יעזר

135. בת 72 אוסטאופרוזיס, כבר 20 שנה במנופאוזה. מה טיפול בחירה-

א. ALENDRONATE

ב. RALOXIFEN

ג. PTH

136. איזון סוכר מיטבי לחולה מונשם בספסיס-

א. ערכים 140-180

ב. ערכים 80-120

ג. אנסולין דרך הוריד

137. מה נכון לגבי היפראלדוסטרוניזם ראשוני?

א. לרוב בגלל UNILATERAL ADRENAL HYPERPLASIA

ב. תמיד מלווה בהיפוקלאמיה

ג. תרופות כמו ספירונולקטון גורמים להיפראלדוסטרוניזם ראשוני

למרבה השמחה, מה שכתוב בפרק על הפרעות אדרנל (2949) סותר לחלוטין בכמה מסיחים את מה שכתוב בפרק על יתר לחץ דם שניוני (2050), למשל לגבי שכיחות אדנומה מול היפרפלסיה, ערכי הסף לרנין/אלדוסטרון, וההצדקה להפסקת תרופות בציר RAA. גם השאלה הזו וגם זו שאחריה לדעתי ברות ערעור ואין טעם לענות עליהן.

138. חולה בן 72, מטופל בשילוב של 5 תרופות ליתר לחץ דם (כולל ACEI, חוסמי אלפא, חוסמי בטא, טיאזיד

וCCB). עדיין לחץ דם גבוה 160/90, אשלגן ונתרן תקינים. מה נכון?

א. כאשר עושים הכנסת סטנט לעורק הכליה מצפים לירידה משמעותית בערכי לחץ דם ברוב המקרים

ב. יחס רנין/אלדוסטרון בחולה זה יהיה אבחנתי כאשר יהיה מעל 30

ג. אין צורך להפסיק תרופות את התרופות אותן נוטל החולה הנל לפני בדיקת רנין/אלדוסטרון

ד. אין צורך בבירור ליליד שניוני עקב גילו של החולה

ה. סבירות נמוכה שמדובר בהיפראלדוסטרוניזם, עקב העובדה כי אין היפוקלאמיה.

139. חולה צעירה עם אבני כליות, עברה ct פרוטקול אבנים בו התגלה גוש באדרנל כ-1.8 ס"מ. החולה אסימפטומטית,

לחיד תקין, בדיקה גופנית תקינה. מה הצעד הבא?

א. ביצוע FNA

ב. לאור העובדה כי FNA עלול לפזר תאים ממאירים יש לבצע כריתה של הגוש.

ג. בירור האם בעל משמעות אנדוקרינית

ד. המשך מעקב הדמייתי

140. בת 62, 5 שנים לאחר השתלת כלייה, סוכרתי מטופל באינסולין. מגיע בתמונה של כאבי ראש, ירידה בממצב

ההכרה. ב-LP : חלבון-200, גלוקוז -7, תאים-150 הרוב נויטרופילים, לחץ פתיחה מוגבר. ומגלים שמשטח גרם

ותרבית ללא צמיחה. בנוסף מהמעבדה מודעים על צמיחה של "שמר" בתרבית דם. מה נכון?

א. הממצאים בLP לא מתאימים לאנצפליטיס ואין צורך בטיפול

ב. טיפול אנטיפיריטי אמפירי

ג. לחץ הפתיחה המוגבר אינו מתאים למחלה שלו ולכן אין להתייחס לבדיקה זו

ד. ככל הנראה מדובר בקונטמינציה של תרבית הדם

ה. גלוקוז נמוך ב-CSF נובע ככל הנראה מהיפוגליקמיה

141. חולה צעיר שעובר דיאליזות בשל ESRD לאחר PSGN. מבצעים אקג שמראה גלי T מחודדים, QRS מורחבים.

מה הצעד הראשון שתעשה?

א. מתן אינסולין וגלוקוז

ב. קלציאום גלוקונט

ג. מתן KAYAXALATE

ד. אנהלצית VENTOLIN.

הצעד הראשון בטיפול בהיפרקלמיה עם שינוי אק"ג הוא קלציום.

142. חולה עם אורוספסיס. בגזים-PH תקין, ביקרבונט-14, פחמן דו חמצני-24, אניון גאפ גבוה. שואלים מה

ההפרעה כאן

א. חמצת מטבולית ואלקלואיס רספירטורי

ב. גזים תקינים

ג. בססת מטבולית וחמצת רספירטורית

ד. חמצץ מטבולית וחמצת רספירטורית

ה. Respiratory alkalosis

143. עוד תמונת גזים עם PH-7.31, ביקרבונאט נמוך, כלור גבוה, AG 14. PCO2 יצא 14. שואלים מה מתאים?  
א. הרעלת סליצילאטים

ב. ACUTE GLOMERULINEPHRITIS  
ג. הרעלת אטילן גליקול

אני בטוח שבמתווה המקורי השאלה היתה פתירה. מה שחסר זה הפער האוסמולרי, שיכול לעזור להבדיל בין הרעלת סליצילטים להרעלת אלכוהולים, אם הוא גדול מ 15.

144. חולה עם פרכוס כללי. בצלח- ממצא בפסגת ריאה ימנית... בבדיקות מעבדה היפונטראמיה 115. מה הטיפול הנכון?

א. הגבלת שתייה

ב. כדורי NaCl

ג. סליין 0.9%

ד. סליין 3%

ה. סליין 3% ו IV FUSID

145. איפה לא נראה ORTHOSTATIC HYPOTENSION

א. סוכרת

ב. מחלת פרקינסון

ג. עמילואידוזיס

ד. טיפול ב tricyclic antidepressants

ה. בורגדה

146. בן 60, מטופל בקומדין עקב פרפור פרוזדורים. הגיע למיון עקב הקאת קפה טחון. במיון- לח"ד 120/80, ללא טכיקרדיה, המוגלובין 12. נינוח. מעבדה- INR - 10. מה הטיפול?

1. מנת דם

2. ויטמין K

3. FFP

4. ויטמין K ו FFP

ויטמין K בלבד רלוונטי אם החולה לא מדמם. לפי הכתוב בעמ' 1000, משתמע שבנוכחות דימום יש לבצע רברסל גם עם ויטמין וגם עם FFP

147. בן 40, BMI 31, רושם להיענות נמוכה, סוכרים לא מאוזנים, המוגלובין מסוכרר 7.1%. מטופל במטפורמין כעת- מה תוסיף לטיפול זה?

1. סולפוניאוריאה

2. ביגואנידים (מסיח מקורי)

3. 4DPP

4. אינסולין

5. רוזיגליטזון

148. חולה עם אסתמה ברקע מגיע למיון עם קוצר נשימה. מה הטיפול הראשוני שיקבל?

א. PREDNISON

ב. ALBUTEROL/SALMETEROL

ג. מגנזיום

ד. FLUCATISONE

149. אישה בת 80, עם סוכרת, מגיעה לבירור. עקב פרפור פרוזדורים שלא ידוע גילו. אתסמינית, אקו לב ללא LV DYSFUNCTION. שואלים מה להמליץ לה במשך.

א. טיפול ב ASPIRIN בלבד

ב. טיפול באנטיקואגולציה, PROCOR וחוסמי בטא להשגת דופק מיטבי

**ג. טיפול באנטיקואגולציה וחוסמי בטא ל-RATE CONTROL**

ד. טיפול בפרופונן וחסמי בטא להשגת דופק מיטבי וקומדין.

150. חולה שמגיע עם בצקות פריפריות, גודש ורידי צוואר, ללא קוצר נשימה, האזנה לריאות תקינה. בבדיקה גופנית אוושה דיאסטולית הנשמעת טוב ב-LSB. מה הצעד הבא?
- תפקודי ריאות
  - ברונכוסקופיה
  - CT חזה?
  - אקו

151. חולה עם רקע של RA, מטופל במטותרקסט. מופנה לבירור המגלובין 9. בבירור אנמיה התגלה רמת פריטין 50, ברזל 40, TIBC-280. מה נכון?
- לחולה אנמיה מחוסר ברזל ויש לטפל בה בכדורי ברזל
  - האבחנה המבדלת העיקרית היא בין אנמיה מחסר ברזל לבין אנמיה של מחלה כרונית ובשביל להבדיל יש לבדוק את SOLUBLE TRANSFERRIN RECEPTOR
  - אבחנה מבדלת כנל ובשביל להבדיל יש לבדוק רמת אריטרופואטין
  - התמונה מתאימה לאנמיה של מחלה כרונית
- ה. התמונה מתאימה על רקע טיפול במטותרקסט

15=40/280 סטורציה בין 10-30 מתאים למחלה כרונית וגם TIBS נמוך מ-300

**TABLE 103-6** Diagnosis of Hypoproliferative Anemias

Tests	Iron Deficiency	Inflammation	Renal Disease	Hypometabolic States
Anemia	Mild to severe	Mild	Mild to severe	Mild
MCV (fL)	60–90	80–90	90	90
Morphology	Normo-microcytic	Normocytic	Normocytic	Normocytic
SI	<30	<50	Normal	Normal
TIBC	>360	<300	Normal	Normal
Saturation (%)	<10	10–20	Normal	Normal
Serum ferritin (µg/L)	<15	30–200	115–150	Normal
Iron stores	0	2–4+	1–4+	Normal

**Abbreviations:** MCV, mean corpuscular volume; SI, serum iron; TIBC, total iron-binding capacity.

מס	תשובה	עמוד / Obs
1	ב	POTTS
2	א	457 סכמה אמנם קיימת אפשרות בטבלה של זיהוי המוגלובינופתיות עם אפיניות גבוהה לחמצן, אך הזיהוי לא נעשה עם אלקטרופורזה, עמוד 858).
3	א	3135
4		לפני תיקון הנתרן, לוודא שלא מדובר בפסוידוהיפונתרמיה. זה לא נכון!
5	א? ב?	החולה בשאלה היה סוכרתי לכן ניאצין הוא קונטרה אינדיקציה. האפשרות הסבירה היא פיברט.
6	א? ג?	2561 סימטידין מעקב את הקצב ומונע יצירת מטבוליט רעיל מאקמול. פעם היה נהוג לתת סימטידין לאחר הרעלה למניעת טוקסיות.
7	ב	1142
8	א	מינון מוגבר של פלביקס ב-ACS לא שיפור תוצאות. עמוד 2018.
9	א	3104
10	א	2157
11	ב	2047
12	ב	קריוטיפ משפיע על פרוגנוזה וגם על בחירת טיפול. עמוד 897.
13	א	2587 - אם כי יש בטקסט אופציה של פרדניזון לבד
14	ב	טקסט + טבלה 2956-2957
15	ב	טבלה 2957 נראה לי שזאת הייתה הכוונה, אם כי גם חסר קורטיזול גורם להיפנתרמיה במנגנון של עליית AVP. זה לא נכון. תארו שם גם חולשה וכו התשובה
16	א? ב?	מתן PPI לשבועיים ? אמנם יש ירידה במשקל, אך מטרת גסטרוסקופיה היא לגלות בעיות כמו כיב ולא סיבוכים של GERD. עמוד 2435. עם זאת, לפי עמוד 306 בהחלט יש מקום לגסטרוסקופיה אם יש "ירידה לא מוסברת במשקל".
17	ב	594
18	א	602. עליית ICP.
19	א	

	1071	א	20
	1000	א	21
רספרים+סטרואידים. זה היה חולה עם HIV והייתה אופציה שלא כדאי להתחיל טיפול ב-HAART כי יכולה לגרום ל-IRIS שהיא גם נכונה		א? ב?	22
	1387	א	23
להחליף ריפמפין בשתי תרופות בקטריוצידיות. עמוד 1354. אבל הסיבה ל-FAILURE היא משני ל-RIFAMPICIN RESISTANCE לכן לא כדי להתיחס עליו כמו RIFAMP FAILURE ולהוסיף טיפול ב-STREPTOMYSIN ל-12-18 חודשים?		א? ג?	24
		א	25
	929	א	26
	910	א	27
		א?	28
	2058		29
	AR – 1061 חמור	א	30
	1935	א	31
			32
			33
			34
			35
			36
			37
			38
			39
			40
			41
			42
			43

		44
		45
		46
		47
		48
		49
		50
		51
		52
		53
	2005	ב 54
	2926	א 55
	2543	ב 56
	2540	ג 57
	2838	ב 58
	2054	א 59
	(ה) 2340, (ו) 2790, (ז) 2377, (ח) 2341, (ט) 2344	ג 60