

## שחזור בחינת שלב א ברפואה פנימית 2014

1. בן 75, מגיע עקב אירועים בשל בלבול, בעברו כריתת קיבה בשל לימפומה לפני 15 שנה. (לא זוכרת אם קיבל טיפול כימותרפי משלים), בבדיקות מעבדה הימוגלובין 8.2, MCV-111, WBC-2400, PLT---, מה תצפה לראות בלשד של החולה.

- שינויים המתאימים ל-MDS בשל גילו של החולה
- שינויים מגלובלסטים
- תפיסה שומנית של מח עצם
- DRY TAP

עמ' 868 – אחרי כריתת קיבה צפוי מחסור בקובלמין בשל מחסור ב-IF. חסר זה מסביר בלבול, אנמיה מקרוציטית ולויקופניה קלה. השינויים הצפויים הם שינויים מגלובלסטיים במח העצם.

2. מתקבל חולה עם אשלגן 2 בדם, באיזה מהמקרים הבאים תהיה כמות האשלגן הכולל בגוף הכי גבוהה?

- טיפול בתיאזיד
- טיפול בפוסיד
- הקאות
- טיפול בונטולין

קונצנזוס סביב השולחן שמדובר בשיפט תאי של שימוש בבטא אגוניסטים, כלומר וונטולין.

3. מה עולה בזקנה?

- טסטוסטרון
- אלדוסטרון
- GH
- פרולקטין

עמ' 575 – פרולקטין יציב או עולה. טסטוסטרון, אלדוסטרון ו GH נוטים לרדת. מעניין לציין שהורמוני התריס נשארים גם הם יציבים.

4. מה נכון לגבי BNP?

- עולה רק באי ספיקה סיסטולית אך לא בדיאסטולית
- עולה משמעותית באי ספיקת לב שמאלית ולא ספציפי לאי ספיקת לב ימנית
- עולה בשמנים
- נמוך בנשים יחסית לגברים

עמ' 1906 – מסתבר ש BNP יורד בשמנים, בשל פירוק ברקמת השומן. עולה כמובן באי ספיקת לב סיסטולית ודיאסטולית (אם כי במידה פחותה יחסית לסיסטולי). בנשים ובחולים עם אי ספיקת כליות. הרמה עולה גם באי ספיקה ימנית וגם בשמאלית, ויש סתירה בין המקורות לגבי איזה צד מעלה יותר.

5. חולה בן 50, בריא בדר"כ. התקבל בשל חום וקוצר נשימה חדשים. בצילום חזה שצורף נזל פלאורלי בכמות גדולה מימין. שאלו מה לא סביר שגרם למצבו?

- לופוס
- אי ספיקת לב
- לימפומה
- מזותליומה
- גידול ריאתי

אין דרך לאמת את זה, אבל לאור העובדה שמדובר בגבר צעיר יחסית, ובריא עד כה, לופוס מאוד לא סביר.

6. בן 70, ברקע יל"ד מטופל. בבדיקת סטיק אקראית נמצא חלבון +1 בשתן. קריאטנין 1.3. באיסוף ל-24 שעות נמצא 10 גרם חלבון בשתן והחולה אובחן עם FSGS. מה נכון?

- לאור תפקודי כליות שמורים יש להתחיל טיפול בפרדיניזון במינון גבוה
- טיפול הבחירה הינו ציטוטוקסי.
- יש לטפל בשילוב ציטוטוקסי + פרדיניזון
- במידה ויעבור השתלת כלייה יש 25-40% סיכוי להשנות המחלה בשתל
- אין מקום לטיפול אימונוסופרסיבי בחולה זה

עמ' 2346 – טבלה המפרטת את הסיבות ל FSGS. את זה צריך לחבר עם העובדה שיש הבדל בין החלבון הנמדד בסטיק לחלבון המתקבל באיסוף. MM לא מופיע כאופציה. במידה ואכן מדובר ב Primary FSGS, אכן יש הישנות של המחלה בשתל, בשיעורים המצוינים בשאלה.

7. חולה HIV התקבל בתמונה של קוצר נשימה, סטורציה 88% וחום נמוך. צורפה תמונה של צל"ח עם הצללה אלבאולרית דו"צ ממושטת. שאלו מה הקו הטיפולי?

- פנטמידין ולאחר מכן להשלים ברונכוסקופיה
- רספרים ופרדניזון ולאחר מכן להשלים ברונכוסקופיה
- אין מקום לביצוע ברונכוסקופיה

עמ' 1547 – זיהום ב PCP הוא זיהום נפוץ בחולי איידס, אם כי לא הנפוץ ביותר (זה פנאומוקוק). על פניו נראה שמדובר ב PCP, אולם המופע בחולי איידס אינו אקוטי, אלא אינדולנטי, ולא מתפתחים בו תסנימים אלבאולריים אלא אינטרסטיציאליים אם בכלל. התיאור מתאים יותר לזיהום של קריפטוקוקוס. אם אכן מדובר ב PCP, רספרים מתאים בקו טיפול ראשון, ופנטמידין תוך ווריד קו שני אם הראשון נכשל. בהריון נכתב בפירוש שהפרדניזון נועד לחולים עם סטורציה 70% ומטה. האבחנה של PCP היא תמיד לפי גידול המזהם במעבדה, ברונכוסקופיה היא השיטה המועדפת לכך. הטיפול, כמובן, לא ימתין לאבחנה דפניטיבית אלא יתחיל אמפירית במקביל. תשובה ב' נראית הכי פחות לא-נכונה.

8. בן 22 עבר השתלת کلیה מאימו. שוחרר עם קריאטנין 1.0 וטיפול בטקוולימוס ופרדניזון. שישה שבועות לאחר הניתוח התקבל עם קריאטנין 1.3. דופלר כליה תקין. מה הגישה המקובלת?

- במידה ורמת טקוולימוס גבוהה אין מקום לביצוע ביופסיית כליה כי החולה מכוסה
- במידה ורמת טקוולימוס נמוכה יש להעלות מינון
- התחלת טיפול בפרדניזון במינון גבוה בלי קשר לתוצאת הביופסיה
- חובה לבצע ביופסיית כליה טרם קבלת החלטה טיפולית כלשהי

עמ' 2331 – מאחר ועורק הכליה פתוח לפי דופלר, הדילמה הקלינית כאן היא דחייה צלולרית של השתל אל מול הרעלת טקוולימוס (חסם קלציניורין). הריסון אומר שרמות טקוולימוס בדם לא נמצאות בקורלציה טובה למידת השפעתו על תאי הכליה המושתלת, אלא אם הן מאוד נמוכות או מאוד גבוהות. הטיפול בדחיה הוא סולומדרול, לא פרדניזון. לדעתי התשובה היא ביופסיה ואז החלטות, אולם לא הגענו לקונצנזוס סביב השולחן.

9. חקלאי עם חום ממושך, ללא כל קליניקה נוספת. סרולוגיה ל-Q FEVER פאזה 1 היתה 1:800 ופאזה שנייה היתה 1:100. מה הטיפול?

- דוקסיל-14 יום
- דוקסי + הידרוקסיכלורוקווין ל-14 יום
- דוקסי + הידרוקסיכלורוקווין ל-18 חודשים

עמ' 1416 – כייל גבוה מ 1:800 לפאזה 1 ונמוך יחסית לפאזה 2 אופייני ל-Q Fever כרוני, כלומר אנדוקרדיטיס של המחולל הזה. תמונה סרולוגית הפוכה תימצא במחלה האקוטית (בכל מקרה מדובר ב IgG). הטיפול במחלה הכרונית דורשת שילוב של הדוקסילין הידוע, עם הידרוקסיכלורוקווין, שנדרש בכדי לגרום אלקליניזציה של הפגוליזוזומים ובכך להפוך את הדוקסילין לבקטריצידי נגד המחולל. משטר הטיפול ימשך ל 18 חודשים, ובמהלכו החולה עלול לפתח תגובת ג'ריש הרקסהיימר.

10. לאיזה סרטן EBV לא גורם?

- הודג'קין
- ברקיט
- נזופרינקס
- PERITONEAL LYMPHOMA

עמ' 1469 – הווירוס עלול להודג'קין (מיקיס סלולריטי), ברקיט וקרצינומה של הנזופרינקס. נושא הברקיט יותר אופייני לאפריקאים בשל פרה-דיספוזיציה גנטית. בנוסף, הווירוס גורם גם ללימפומה של CNS, לימפומה מסוג T-cell, וקרצינומה של הקיבה.

11. חולה עם סרטן ריאה ממושט, מתקבל מעורפל הכרה, סידן 15.5. מלבד טיפול בנוזלים ופוסיד, מה הינו טיפול שייסע בשמירה על ערכי סידן תקינים בהמשך?

- פמידרונט תוך ורידי
- פרדניזון 1 מ"ג/ק"ג
- המודיאליזה
- קלציטונין

עמ' 828 – בהיפרקלצמיה של ממאירות הבחירה תהיה ביספוספונטים. יש יתרון מסוים להוסיף סטרואידים בממאירויות ההמטולוגיות. קלציטונין משמש כגשר קצר טווח, אולם זמן ההשפעה שלו מוגבל, ונועד לייצב את החולה עד הטיפול הביספוספונטים. המודיאליזה שמורה לחולים שלא מגיבים בכלל לטיפול תרופתי שמרני יותר.

12. חייל התקבל לאחר שתיית חומר בלתי מזוהה. בבדיקות הדם PH 7.3, ביקרבונט 20, PCO2- 38, כלור 90, נתון 145, אשלגן 3.5. מאיזו הפרעה סובל הנ"ל?

- חמצת עם AG רחב ובססת נשימתית
- חמצת עם AG רחב משולבת עם AG לא רחב
- חמצת עם AG רחב ובססת מטבולית
- חמצת מטבולית עם AG תקין ובססת נשימתית

לחייל יש חמצת עם AG מורחב של 38.5, והיא מטבולית בשל ביקרבוט נמוך. לא נתעצל, ונחשב את "פער הפער". בכמה ה AG עלה מעל 12? במקרה הזה ב 26.5.  
בכמה ביקרבוט ירד מתחת ל 24? רק ב 4. "פער הפער" מחושב כך -  $\Delta AG - \Delta Bic = 22.5$ . אם פחות מ 5 יש הפרעה נוספת של חמצת מטבולית עם AG תקין.  
אם מעל 5 יש הפרעה נוספת של בססת מטבולית. זו התשובה הנכונה במקרה זה – חמצת מטבולית של AG מורחב עם בססת מטבולית נלווית.

### 13. איזה זיהום שכיח בחודש הראשון לאחר השתלת איבר סולידי?

- א. EBV, CMV, הרפס סימפלקס
- ב. סטאפ, סטרפ ואי קולי
- ג. ליסטריה וסלמונה
- ד. פטריות

עמ' 1126 – בחודש הראשון לאחר השתלת האיבר, הזיהום הוא עדיין זיהום חיידקי פוסטאופרטיבי. תשובה ב' היא הנכונה, ומקורם של החיידקים הוא ככל הנראה מהפצע הניתוחי או מההשקות. זיהומים הרפטיים מופיעים בתקופה המאוחרת, מעל 6 חודשים.

### 14. חולה ב-PV מאוזן שנים רבות עם טיפול בהידרוקסיאוריה עם HCT מתחת ל-45%. לאחרונה בבדיקות הדם הופיעה ירידה חדשה ב-HCT ל-33% עם מגמת עלייה ב-LDH. מה השלב הבא?

- א. משטח דם לסכיטוציטים
- ב. תבחין קומבס לשלילת AIHA
- ג. בביופסיית מח עצם יהיה DRY TAP
- ד. תופעת לוואי של הידראה

עמ' 900 – הדבר היחיד שלמדתי מהשאלה זה שיעד ההמטוקריט לגברים הוא פחות מ 45% ונשים פחות מ 42% למניעת אירועים טרומבוטיים. לאוקמיה אקוטית מזכרת כסיבוך פוטנציאלי של PV, לא מדובר ספציפית על AIHA. לחולי PV יש לעתים MDS אך הוא לא משפיע על אריטרופואזיס ולא אמור לגרום לירידת המוגלובין. אנחנו לא יודעים את התשובה, א' או ב' באים בחשבון.

### 15. מה נכון לגבי אבחון של ליגיונלה?

- א. בדיקת אנטיגן בשתן חיובית גם לאחר השלמת טיפול אנטיביוטי
- ב. לתרבית דם ה-YIELD הכי גבוה
- ג. הבדיקה לאבחון בשתן היא PCR

עמ' 1238 – תבחין השתן נשען על זיהוי האנטיגן. האנטיגן נשאר בשתן עד חודשיים לאחר תחילת טיפול אפקטיבי. תרבויות כיח או BAL הן שיטת האבחנה הדפיניטיבית למחלה. שיטות ה PCR הן עדיין קוריוז מחקרי בעת כתיבת המהדורה.

### 16. בת 75 חולה סוכרת מטופלת בגלוקופאז. לאחרונה הותחלה תרופה חדשה שאינה זוכרת את שמה. בחודש האחרון שלשולים בלתי פוסקים, ומספר אירועים של סינקופה. מה סביר כי התחילה?

- א. בייטה
  - ב. אקרבוז
  - ג. רוזיגליטזון
  - ד. סולפינאוריה
- קונצמוס סביב השולחן לאקרבוז.

### 17. בת 30, ברקע IBS לאחרונה אירועים חוזרים של בלבול שחולף בשעות הבוקר, כולל דיסאוריינטציה, דפיקות לב מהירות והזעה. בקבלתה גלוקוז 40, מותשת. מה סביר כי יש לה?

- א. גסטרינומה
- ב. אינוסלינומה
- ג. גלוקומה
- ד. קרצינואיד
- ה. נטילת תרופות

עמ' 3066 – נשמע כמו אירועים של היפוגליקמיה לפי סימני הסטרס ותיעוד של גלוקוז נמוך. גסטרינומה מתבטאת בכאב בטן, שלשול ו GERD. בקרצינואיד יש שלשול והסמקה. גלוקוגומה מתבטאת בדרמטיטיס, אבדן משקל, שלשול ואי סבילות לגלוקוז. התשובה הסבירה ביותר בעינינו היא ב'. אינוסלינומה צריכה לעלות כחשד בכל חולה עם התקפי היפוגליקמיה, בייחוד אלו שמתעוררים לאחר צום, ובחולים עם רקע משפחתי של MEN1. האבחנה נעשית בהדגמת היפוגליקמיה עם ערכי אינסולין גבוהים בבדיקת באתון זמן. יש מרכזים שדורשים גם מדידת חלבון C ובטא הידרוקסיבוטיראט.

### 18. מה נכון לגבי מיפוי ריאות באבחון של תסחיף ריאות?

- א. הבדיקה לרוב מדויקת – בדיקה תקינה שוללת תסחיף ריאתי בסבירות גבוהה
- ב. רגישות גבוהה אך 50% סגוליות
- ג. יעילה יותר מצילום חזה בהנחה שהצילום תקין (שחזור לא מדויק לסעיף זה)

עמ' 2173 – אם אתה רוצה לאבחן PE, מיפוי יותר טוב מצילום. בכל מקרה הבדיקה לא מדויקת – עדיף לבצע CT אנגיו, המיפוי שמור למעשה למקרים בהם CTAn לא זמין, לא בטיחותי או נעשה ופוענח כלא דיאגנוסטי.

19. באיזה מקרה לא שומעים S4

- א. יתר לחץ דם
- ב. תירטוקסיקוזיס
- ג. פרפור פרזדורים
- ד. הריון טרמסטר שלישי

עמ' 1827 – קול רביעי אינו נוכח בפרפור פרזדורים. הקול נובע מתרומת העליה למילוי חדר שמאל, ובנוכחות פרפור אין כיווץ יעיל של העליות.

20. תיאור של חולה מטופל באמיודארון בשל פרפור, לא ידוע על בעיה בבלוטת התריס או במשפחה, מה סביר שיהיה לו

מבחינת השפעה על בלוטת התריס

- א. Type 1 amiodarone toxicity
- ב. Type 2 amiodarone toxicity
- ג. CA של בלוטת התריס

עמ' 2930 – בחולים ללא בעיות בלוטת תריס קודמות אצלם או במשפחה, AIT מסוג 2 הוא הדפוס השכיח. לציין כי הוא מתאפיין בווסקולריות נמוכה של הבלוטה בזוהר.

21. תיאור של חולה עם פרפור פרזדורים, בסינוס תחת טיפול בפרוקור, פיתחה היפותירואידיזם בנוכחות נוגדנים ל-

TPO, מה נכון לעשות?

- א. הפסקת אמיודארון
- ב. המשך טיפול באמיודארון ומתן ליבותורקסין

עמ' 2930 – היפותירואידיזם תחת טיפול בפרוקור אופייני לנשים עם כייל לאנטי TPO בעת התחלת הטיפול. על פי רוב אין צורך להפסיק פרוקור – ניתן לאזן את החולה באמצעות תוספות אלטרקסין.

22. חולה עם א"ס לב, הוספה לו תרופה אשר החמירה את הא"ס, מה הוסף לו ?

- א. פוסיד
- ב. ACE-I
- ג. ARB
- ד. Sprinolcatone
- ה. Verapamil

עמ' 1907 – מבין התרופות המחריפות אי ספיקת לב קיימת נמנה חסמי בטא, NSAID, חסמי סידן, אנטי TNF, תרופות אנטיאריטמיות מכל קבוצת 1 וסטולול (שהוא קבוצה 3). יתר האפשרויות הן דווקא תרופות שמשפרות הישרדות או סימפטומים באי ספיקת לב.

23. מה נכון לגבי תיאופילין?

- א. יעילות גבוהה
- ב. במינונים נמוכים גורם לברדיקרדיה
- ג. מעכב cAMP ומרפה שריר חלק

עמ' 2110 – תיאופילין הוא מעכב של PDE בשרירים החלקים של נתיב האוויר, ובכך מעלה את רמת ציקליק AMP ומרפה שריר חלק. נחשב ביעילות נמוכה יחסית לבטא אגוניסטים, ובמינונים גבוהים גורם כאב ראש, בחילה, הקאות, ואף טכיאריטמיות ופרקוסים. יש לשמר בתחום תרפויטי צר של 10-20 מ"ג/ליטר.

24. בן 25 מתקבל מחוסר הכרה, סמני חתכים על הידיים. ל"ד 160/100. במעבדה המוגלובין 10, טסיות 125, תאים

לבנים 4.5, בילירובין 5, ללא סכיסטוציטים, קריאטנין מוגבר. מה סביר כי גרם למצבו?

- א. אלכוהול
- ב. קוקאין
- ג. גמילה מבנזו
- ד. גמילה מקנבינואידים

עמ' 3548 – גם אלכוהול וגם קוקאין באים בחשבון. אלכוהול סביר יותר מאחר והוא עונה על האנמיה, לביליות בלחץ הדם, והיפרבילירובינמיה.

25. מה נכון לגבי טיפול בקוצר נשימה בחולה הנוטה למות?

- א. רק רבע מהחולים יסבלו מתסמין זה טרם מותם
- ב. הטיפול הינו במשתנים ואנהלציות בלבד
- ג. במקרה של חרדה ניתן לטפל בבנזו או אופיאטים 4-6 פעמים ליום
- ד. במקרה של הפרשות טיפול בסקשן בלבד

עמ' 74 – עד 75% מהחולים הנוטים למות יסבלו מקוצר נשימה טרם מותם. מדובר בתסמין מעורר חרדה אף יותר מהכאבים. אם ניתן להתעסק ישירות עם הסיבה – עדיף. אם צריך טיפול סימפטומטי, יש להתחיל באופיאטים, עדיף מורפין דרך הווריד, אין תועלת באופיאטים באינהלציות. ניתן להוסיף לו בנזודיאזפינים, במיוחד אם יש חרדה, אך הם לא קו ראשון ולא מונותרפיה בכל מקרה. הפרשות יטופלו בסקופולמין, גודש במשתנים, ו COPD באינהלציות, על פי הצורך. התשובה הכי נכונה היא כנראה ג'.

26. חולה קשישה, דמנטית, סיעודית, חולת סוכרת ויל"ד. מתקבלת לאחר מספר ימים של מחלת חום. עור יבש, חם, דופק 108 (לא צוין בשאלה ל"ד). נתון 165, אשלגן 3.5, קריאטינין 1.4, אוריאה 90, סוכר גבוה, מתאים ל-HHS. מה הטיפול המתאים ביותר בשלב זה?

- א. סליין 0.45 ליטר לשעה בארבע שעות הראשונות
- ב. סליין 0.9 שני ליטר לשעה לארבע שעות הראשונות
- ג. מתן אשלגן תוך ורידי
- ד. תמיסת דקסטרז

עמ' 2979 – מקובל לפתוח את הטיפול בהחייאת נוזלים, ואם הנתרן גבוה מ 150 יש לתת סליין 0.45% במקום 0.9%. קצב הטיפול הוא 1-3 ליטר על פני 2-3 שעות. ברגע שהסימנים ההמודינמיים נרגעים ניתן להאיט את קצב החזרת הנוזלים ולהתחיל להתעסק בהחזרת אשלגן וזרחן.

27. מה נכון לגבי איזון כאב?

- א. ניתן להתחיל טיפול בפנטניל עם קצר טווח לפי צורך
- ב. מתחילים באופיטים קצרי טווח לאחר קביעת תוכנית טיפולית עובריים לארוכי טווח
- ג. קצרי טווח בלבד לפי צורך
- ד. NSAID לפי צורך
- ה. טרמדקס 100 מ"ג וקצרי טווח לפי מצב החולה

עמ' 72 – בהנחה שמדובר בטיפול בכאב פליאטיבי, הרעיון הוא להגיע למצב של מתן טיפול ארוך טווח והצלה רק במידת הצורך. זו תהיה שגיאה לבסס את הטיפול רק על כאב מתפרץ שעליו החולה מדווח. מאידך, לא מקובל להתחיל ישר בטיפול ארוך טווח. לכן, יש להשקיע 24-48 שעות בלמידת הצרכים של החולה באמצעות שימוש בטיפול קצר טווח בלבד. לאחר מכן עוברים לטיפול ארוך טווח במינון אקוויפוטנטי עם מנות הצלה אקסטרה על כך.

28. בן 33 התקבל בשל קונג'נקטיביטיס, קוצר נשימה וחום. בצילום חזה תפליטים דו"צ. סטיק שתן עם עקבות חלבון ותאי דם אדומים. קריאטינין ותפקודי כבד תקינים. מה הכי יקדם את האבחנה?

- א. ביופסיית כליה
- ב. ביופסיית ריאה
- ג. ביופסיית אף
- ד. אנטי PR3

עמ' 2792 – ככל הנראה מדובר בווגר. התפוקה הכי גבוהה מבחינה אבחנתית במצב זה היא ביופסיה ריאתית. ביופסיית כליה היא כלי חשוב לקביעת תוכנית הטיפול, אולם התמונה תהיה לא ספציפית לווגר במיוחד בשלבים המוקדמים (כאמור קריאטינין עדיין תקין). סרולוגיה לאנטי פרוטאינז תומכת באבחנה אך אינה אבחנתית בפני עצמה.

29. תיאור של חולה על התקף של גאוס, מה נותנים ?

- א. אלופורינול
- ב. נפרוקסן 1000 מ"ג

עמ' 2837 – דיכוי התקף חריף נעשה ב NSAID במינון הנקוב, או קולכיצין, או סטרואידים, או סינקטן. לא נותנים אלופורינול.

30. מה נותנים כטיפול ב- ankylosing spondylitis

- א. NSAIDS קבוע
- ב. NSAIDS בהתקפים
- ג. MTX
- ד. פרדניזון
- ה. Anti-TNF

עמ' 2777 – הקו הראשון לטיפול הוא NSAID קבוע, ולא רק בהתקפים. זה לא רק מפחית כאבים, אלא גם משנה ומאיט את מהלך המחלה ההרסני למפרק. אנטי TNF אלפא משיג תגובות טובות בכל הספונדילוארטרופתיות אולם עדיין לא רשומים בהריסון קקו טיפולי ראשון.

31. חולה עם ווגנר אווסקוליטיס אחרת ? ופגיעה כלייתית, מה תוסיף לטיפול מלבד התחלת סטרואידים?

- א. מיקופנולט
- ב. מבטרה
- ג. אימורן
- ד. MTX
- ה. Azathioprine

עמ' 2792 – מבטרה (ריטוקסימב) נחשב יעיל כמו ציקלופוספמיד בשילוב עם סטרואידים להשראת רמיסה בחולים עם פגיעה כלייתית קשה. אזטיופריין, מטטרקסט ומיקופנולט נחשבים כתרופות אחזקה ולא אינדוקציה. לגבי אימורן אין התייחסות בספר.

32. בן 30, שבועיים לאחר טיפול באוגנדה מתייצג בשל חום, צמרמורת, כאב ראש וכאב שרירים.

- א. לאור זמן החביון חטף את המחלה בארץ
- ב. יש לקחת סרולוגיה לדוגמה

ג. בירור טיפה עבה

עמ' 1695 – אבחנת מלריה מבוסס על הדגמת הטפיל במשטחי דם – הן טיפה עבה והן טיפה דקה. עומס הטפיל מבוטא במספר ה RBC הנגועים לכל 1000.

33. בת 40, ביצעה תבחין נשיפה חיובי (לא פרטו למה שלחו אותה מלכתחילה). מה נכון?

א. יש להתחיל טיפול נוגד H.P בכל מקרה

ב. יש להתחיל טיפול נוגד H.P רק אם בגסרוסקופיה כיבים בקיבה או בדואדנום

ג. כיוון שגסטרו תקינה לא תתחיל טיפול

עמ' 1264 – האינדיקציות החזקות ביותר לארדיקציה של HP היא כיבים המיוחסים לזיהום או לימפומה מסוג B. יש קווים מנחים הממליצים גם על ארדיקציה במקרה של תסמיני דיספפסיה, אולם רק 7% מהחולים מרגישים שיפור תחת טיפול ארדיקציה כזה. טיפול הארדיקציה הוא שילוב של לוסק, קלרטרומיצין ופולג'יל, כולם פעמיים ביום, למשך 7-14 יום.

34. מה מחמיר GERD

א. מאמץ

ב. ארוחות

ג. שתיית מים

ד. Metoclopramide

עמ' 2427 – גם מאמץ וגם ארוחות מחמירים ריפלוקס. ערעור!!

35. תיאור של בחורה צעירה עם GERD וגסטרוסקופיה תקינה מגיבה לטיפול בלוסק אך סובלת מהחמרות בהפסקתו, מה נכון

מה נכון

א. גסטרוסקופיה תקינה אינה שוללת GERD

ב. יש צורך במונומטריה לצורך אבחנה סופית

עמ' 2428 – במקרים רבים מאבחנים GERD גם בהיעדר אסופגיטיס אנדוסקופי. במקרים של תגובה גרועה לטיפול בדיקת הבחירה היא ניטור pH, ולא מנומטריה.

36. שאלה על יתר לחץ דם ריאטי ותגובה ל- NO בצנתור ימני, איזו תרופה נותנים?

א. ויאגרה

ב. אילופרוסט

ג. ניפדיפין

עמ' 2077 – צינתור ימני חיובי בכל חולה עם יתר לחץ דם ריאטי, ומקובל לכלול בו בדיקת תגובה לווזודילטור קצר טווח, כגון NO בשאיפה, או טיפול תוך ווריד באפופרוסטנול או אדנוזין. תגובה תיחשב כאשר יש ירידה של מעל 10 מ"מ כספית בלחץ ריאטי חציוני והשגה של לחץ ריאטי סופי של פחות מ 40 מ"מ כספית. בגדול, לחולים בהם נצפית כזו תגובה ניתן לרשום חסמי סידן כגון ניפדיפין או אמלודיפין במינון גבוה, והפרוגנוזה שלהם יותר טובה.

37. תיאור של עצור שמגיע עם היפופוספטיה והיפולקצמיה, נתונים המתאימים לחוסר ויטמין D, שואלים מה נכון?

א. יש צורך בתיקון רמת סידן לפני מתן זרחן

ב. ניתן לתת זרחן פומי

עמ' 3088 – לפני תחילת טיפול בהיפופוספטיה יש לתקן את רמות הקלציום. ההחלטה על דרך מתן הזרחן תלויה ברמתו בדם, מידע שלא ניתן לנו בשאלה הזו.

38. מה שיעור הדבקת HIV ביחסי מין אנלים אצל Receptient ?

א. 60%

ב. 40%

ג. 20%

ד. פחות מ-2%

עמ' 1512 – השיעור הוא סביבות 1.4%. לכל מגע מיני.

39. מה נכון לגבי CML

א. שיפור בפרוגנוזה עם התחלת טיפול ב-IMATINIB

עמ' 915 – גליבק (אימטיניב מסילאט) הוא מעכב תחרותי של ABL קינאז שעוצר טירוזין פוספורילציה שמתחילה מגירוי הקולטן הזה. הוא משיג רמיסיה המטולוגית מחולטת ב 95%, בהשוואה ל 50% בלבד על אינטרפרון אלפא וציטרבין. התמרה בלסטית קורית רק ב 3% תחת אימטיניב, אל מול 8.5% במשטרי הטיפול הישנים. אימטיניב ניתן למעשה לכל החיים. תופעות לוואי עיקריות – צבירת נוזלים, בחילות, התכווצויות שרירים, שלשול ופריחה. נדיר אבל מצדיק הפסקת טיפול – דיכוי מעצם.

40. אילו מהמצבים הבאים מגדירים HIV כ-AIDS

א. זיהומי ריאה חוזרים

ב. מינינגיטיס מינינגוקוקלי

ג. זיהום הרפס בדרמטום אחד

עמ' 1547 – מבחינה ריאתית מדובר בדלקת ריאות חידקית חוזרת, שחפת ו PCP אשר מופיעים בחולים חיוביים ל HIV (AIDS defining disease).

41. מה היא תרופת הבחירה לטיפול בקריפטוקוקוס ?

א. קספופונגין

ב. ווריקונזול

ג. אמפוטריצין B

עמ' 650 – בחולה אימונוקומפטנטי הטיפול הריאתי הוא פלוקונזול. זיהום חוץ ריאתי אך לא CNS יטופל בפלוקונזול או אמפוטריצין B. זיהום במערכת העצבים המרכזית יטופל באמפוטריצין B לתקופת אינדוקציה שלאחריו טיפול ארוך טווח בפלוקונזול. בחולה המדוכא חיסון טיפול הבחירה הוא שילוב אמפוטריצין B פלוס פלוציטוזין, ולאחר מכן אחזקה על פלוקונזול לכל החיים (!). ייתכן שגם וורוקונזול הוא תרופה טובה לקריפטוקוקוס, אך הניסיון הקליני עימו מועט.

42. מה הביטוי השכיח ביותר של זיהום בהרפס ?

א. הרפס לביאליס

ב. הרפס גיניטאליס

עמ' 1455 – הרפס לביאליס הוא ההסתמנות השכיחה ביותר ל HSV1.

43. מה נכון לגבי טיפול מניעתי לאחר חשיפה לחולה עם מיניגיטיס הנגרם ע"י מיניגוקוק

א. רוצפין תרופה יעילה

ב. מתן טיפול מניעתי צריך להינתן תוך יומיים מהחשיפה

ג. ריפמפין יעיל ב-100%

עמ' 1219 – רוצפין היא תרופה יעילה ב 95% לארדיקציה של מיניגוקוק. ריפמפין יעיל רק ב 85-80%. ציפרו ואופלוקס חלופות סבירות. אין התייחסות ספציפית למגבלות זמן במתן הטיפול לאחר החשיפה, כתוב משפט כללי על מתן בהקדם, כנראה שמדובר על השבוע שלאחר החשיפה שבו הסיכון לפתח זיהום הוא הגדול ביותר.

44. מה נכון לגבי סטראואידים בשאיפה בחולה COPD

א. מורידים תמותה

ב. מפחיתים תדירות החמרות

ג. משפרים FEV1

עמ' 2151 – ICS מפחיתים את שיעור ההחמרות ב 25% בערך, ויש לתת אותם לכל חולה עם למעלה משתי החמרות בשנה, או לחולה עם תגובה אקוטית מרשימה לאחר ברונכודילטציה. הנתונים לגבי הפחתת תמותה ושיפור FEV1 כרגע נמצאים בדיבייט משמעותי בין המומחים בתחום, ולפחות על פי המהדורה אין הסכמה לגביהם.

45. שאלה לגבי Sick Cell Crisis בחולה עם כאבים, לויקוציטוזיס ללא חום והימגלובין 10

א. להימנע מאופיאטים

ב. לתת אנטיביוטיקה מייד לאחר תרבויות דם

ג. לתת הידרציה מרובה

עמ' 856 – עיקר הטיפול הוא הידרציה ואופיאטים. הידרציה חשובה בעיקר לפני פעילות גופנית. הגורם השכיח ביותר להחרפה הוא סטרס. אין התייחסות ספציפית למועד מתן אנטיביוטיקה בהחרפות בחולים אלו.

46. בן 50, אובחן כסובל מ- HIV עם CD4 מתחת ל-50, תלונות ממושכות על כאבי ראש, בLP נמצאו שמרים. הוחל טיפול אנטי פטרייתי ואנטי רטרווירלי. לאחר שבועיים מגיע עם בלבול, חום, החמרה במצב הכללי. בבדיקת CT ללא ממצא פוקלי. מה הגורם?

א. זיהום TB שלא אובחן

ב. IRIS

ג. עמידות לטיפול אנטי פטרייתי

ד. תופעת לוואי של אחת מהתרופות האנטי רטרווירליות

עמ' 1541 – הגרף מראה שבתחומי ספירה כזו, הסיבוכים הרלוונטיים הם Wasting Syndrome, PML, טוקסופלסמה, פנאומוציטיס שניוני, CMV ו MAC. לגבי השאלה הזו מדובר כנראה בקריפטוקוקוס, שמתחיל להופיע עם ספירות מתחת ל 100 במהלך סובאקוטי – כאב ראש, בחילה, הקאות, חום. מאובחן בצביעת India Ink של CSF. הטיפול כאמור הוא אמפוטריצין B פלוס פלוציטוזין לאינדוקציה, אחריו פלוקונזול מניעתי. ההחמרה החדשה אחרי שבועיים היא Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (עמ' 1556), כלומר החמרה החום ובלמיפאדניטיס בחולים שהחלו ART בשבועות האחרונים, במיוחד אם החלו מספירה של 50 ומטה.

47. חולה לאחר ניתוח תיקון אנוריזמה באורטה בטנית, מזדהם בתקופה פרה-אופרטיבית כרגע בקטרמיה עם חיידק גרם שלילי, מה החיידק הסביר ?

א. אי קולי

ב. סלמונלה

ג. שיגלה

קשה לדעת. ככל הנראה אי קולי כחיידק מזיהם פרי-אופרטיבי.

48. אישה בת 60, פנתה בגלל כאבים בחזה, איוושה סיסטולית 3/6, בבדיקה הולם מוסט שמאל קולות לב מרוחקים נשמע S4. באק"ג (מצורף) סמני LVHi STRAIN. מה הבדיקה לבצע?

- א. בדיקת מאמץ
- ב. אקו לב
- ג. CT קרדיאלי
- ד. צנתור דחוף

עמ' 1939 – התיאור מתאים ל AS, בדיקת הבחירה היא אקו לב.

49. למי מהבאים תעשה CT קורונריים – חולה עם כאבים בחזה, נשלל ארוע קורונרי חריף.

- א. בחור צעיר מבחן מאמץ ומיפוי תקינים לפני שבוע
- ב. חולה סכרת בן 60 מטופל בדיאליזה
- ג. חולה עם טכיקרדיה וטירוסטוקסיקוזיס לאחר התחלת טיפול לשליטה בהיפרתירואידיזם
- ד. חולה קטוע רגל בשל תאונת דרכים עם מבחן מאמץ לא אינפורמטיבי לאחרונה
- ה. חולה לאחר שני צנתורים התערבותיים עם הכנסת DES.

אי קונצוזוס סביב השולחן ואין רפרנס טוב לשאלה הזו. בגדול, חולים שעברו מבחני מאמץ לא אינפורמטיביים עשויים להתאים להדמיה הזו, ולכן ד'.

50. בחור צעיר עם כאבים בחזה, איוושה סיסטולית 3/6 פרה-סטרגלית שמתגברת בוולסלבה, ובמעבר לעמידה. מאובחן

כ-HOCM לפי אקו. מה מהבאים נכון?

- א. רוב החולים יגיעו להשתלת לב
- ב. טיפול בחסמי בטא עדיף על טיפול ב CCB
- ג. ניתן לאבחן רק ב MRI

עמ' 1968 – גם חסמי בטא וגם וורפמיל הם חלופות טובות. בדיקת הבחירה היא אקו ולא MRI, ופחות מ 5% יגיעו להשתלה. התשובה הנכונה לא רשומה כאן.

51. בן 50, א-סימפטומטי, במסגרת בדיקת סקר ביצע אקו לב ובו עדות לשטח מסתם AS1.2, עם תפקוד חדר שמאל

תקין. מה נכון?

- א. יש להפנותו ל TAVI
- ב. יש להפנותו ל AVR
- ג. יש להוסיף טיפול ב ACEI ובחסמי בטא
- ד. יש להתחיל טיפול באספירין על מנת למנוע אירועים טרומבואמבוליים.

עמ' 1941 – מוגדר כ AS בינוני (שטח 1-1.5), זקוק ל ACEI וחסמי בטא. גם סטטינים יעזרו. האינדיקציות המוחלטות היחידות להחלפת המסתם הן היצרות קשה וסימפטומטית, והתרחבות אניוריזמטית של שורש האאורטה. לגבי פרוגנוזה של AS בהעדר התערבות, תעוקת חזה מראה על הישרדות של 3 שנים, סינקופה לשנתיים, ואי ספיקת לב לשנה וחצי או שנתיים לכל היותר.

52. חולת לופוס עם צילום חזה תקין וכאבים בנשימה עמוקה בחזה דו"צ. מה הכי סביר שיש לה?

- א. PE
- ב. פלאוריטיס
- ג. ווסקוליטיס
- ד. פנאומוניה

עמ' 2729 – הביטוי הראיתי השכיח ביותר בלופוס הוא פלאוריטיס עם כאבים פלאוריטיים כמתואר. ביטויים נוספים הם דימום אליוולרי, פיברוזיס ריאתי ו Shrinkung Lung Syndrome. מגיב היטב לטטרואידים.

53. אישה בת 35 עם קוצר נשימה ושיעול יבש. צילום חזה עם שערות מודגשים (מצורף). עושים לה BAL. מה ייתן את האבחנה?

- א. מקרופגים נמקיים עם תאי לנגרהנס.
- ב. אאוזינופילים 40%, יחס CD4:CD8 מעל 5.
- ג. עדות ל 20% לימפוציטים. יחס CD4:CD8 מעל 5.

עמ' 2811 – ככל הנראה מדובר בסרקואידוזיס. התשובה היחידה שבאה בחשבון היא ג', היחס הוא מעל 3.5 לטובת CD4. התאים השולטים הם לימפוציטים, לא אאוזינופילים ולא מקרופגים, והגרנולומות במחלה זו אינן נמקיות.

54. בן 60 עם אירוע של סינקופה בבית. הגיע למיון ובוצע אק"ג (מצורף) ובו הפרעת הולכה 2:1. מה לעשות?

- א. הולטר אק"ג
- ב. מבחן מאמץ
- ג. קוצב לב קבוע

בלי לראות אק"ג קצת קשה להחליט. אם מדובר בברדיקריה יש מקום לקוצב. אם זה לא זה, כדאי לעשות הולטר כדי לראות קורלציה בין הפרעת הקצב לתסמינים.

55. בחורה קיבלה 5 מנות דם ב 48 שעות. לאחר מכן הופיעו נימולים סביב הפה. מה נצפה למצוא בבדיקת הדם?

- א. Ca 11.5 ph 7.23



ב. Ca 7.5 ph 7.23

ג. Ca 7.5 ph 7.55

ד. CA 11.5 ph 7.5

עמ' 956 – במנות דם יש ציטרט שקושר יוני קלציום, ולכן צפויה היפוקלמיה. ציטרט עובר מטבוליזם לביקרבונט, ולכן סביר להניח שמאזן הדם יהיה לכיוון של בססת.

56. גבר בן 72 עם אירועי סינקופה חוזרים. בקבלתו לחץ הדם יציב, דופק 50, גלוקוז נמדד 76. צורף אק"ג ובו LAHB ו RBBB. מה יש לעשות?

א. לתת חסמי בטא

ב. להוסיף CCB

ג. קוצבלב

ד. טיפול באמיודרון

ה. מעקב גלוקוז

שוב, ברדיקריה סימפטומטית ובמקרה זה עם הפרעות הולכה תוך חדריות. האיש צריך קוצב.

57. בן ?? כאבים בחזה. בבדיקה איוושה קלה בתחילת הדיאסטולה, קולות מרוחקים. ל"ד גבוה. צילום חזה מצורף עם הרחבת מדיאסטינום. מה לעשות כעת?

א. ניקור פריקרדיאלי

ב. CTA

ג. צנתור דחוף

ד. טיפול במשתנים.

עמ' 2064 – נראה שמדובר בדיסקציה של האאורטה. יש לבצע CTA. האושה היא AR, לחץ הדם מהווה אחד מגורמי הסיכון היחידים לסיבוך זה.

58. אק"ג עם TDP, איזו תרופה גרמה לזה ?

א. פרופפנון

ב. סוטלול

ג. חסמי בטא

ד. איקקור

עמ' 1884 – התשובה היא סוטלול בשל הארכת QT.

59. אשה עם סכרת ויתר לחץ דם. התקבלה למיון בשל כאבים בחזה. בתמונה המצורפת אק"ג עם צניחות ST ב V1-V3. מה הצעד הבא ?

א. לבצע צנתור כלילי דחוף.

ב. מבחן מאמץ

ג. אקו לב

ד. אק"ג עם 18 לידיים ימני ואחורי

הרחבת האק"ג לימני ואחורי נשמעת כצעד הגיוני מאוד, לזיהוי הפרעות רסיפרוקליות שיאבחנו לנו עליות ST.

60. חולה קרדיאלי מושלל קוצב VVI מלפני כחודש בשל AV BLOCK. אושפז עקב קוצר נשימה. בבדיקתו cannon A wave גודש ורידי צוואר. מה לעשות?

א. יש להחליף את הסוללות של הקוצב

ב. יש לבצע בדיקת EPS על מנת לזהות accessory pathway נוסף

ג. יש להחליף לקוצב דו לשכתי

ד. יש לבצע בדיקת הולטר 24 שעות על מנת לאבחן טכיאריטמיה שלא ידועה.

עמ' 1875 – מדובר ב Pacemaker Syndrome, סינדרום שבו נפגעת הסינכרוניזציה בין עבודת הקוצב להתכווצות החדר. קוצב דו חדרי פותר בעיה זו.

61. בן 66 ברקע יל"ד לפני שבוע היה מבחן מאמץ חיובי בקהילה עם צניחות ST. כעת מגיע למיון עם כאבים בחזה שחלפו 2 דקות לאחר ניטריטים. 6 שעות לאחר הגעתו למיון טרופונין תקין. מה יש לעשות?

א. לשחרר לביתו

ב. לבצע מבחן מאמץ למחרת

ג. יש לאשפזו לבצע צנתור במהלך האשפוז

ד. יש לבצע צנתור דחוף כעת

עמ' 2006 – צניחות ST בבדיקת מאמץ עשויות להיות קשורות לפרוגנוזה גרועה. יש קונצנזוס סביב השולחן לכך שהאיש צריך אישפוז וצינתור.

62. אישה בת 65. ברקע עישון כבד, יתר ל"ד. אושפזה עקב קוצר נשימה. ל"ד 150/90, דופק 100, דה סטורציה 88%. בבדיקה גודש ורידי צוואר, חרחורים מעטים על פני הריאות. קולות לב מרוחקים. באק"ג (לא מצורף) גל QR בליד V1, ציר +90. מה הדבר הסביר שגרם למצבה?

- א. טמפונדה
- ב. Corpulmonale
- ג. MI
- ד. Over pacing
- ה. Atrial flutter עם העברה 3:1.

עמ' 1914 – מכלול הסימנים מתאים יותר לקור פולמונלה על רקע מחלה ריאתית כלשהי, בשל דיספנאה, ציר ימני והתפתחות של אי ספיקת לב.

63. מה ההבדל בין קוצב VVI ל DDD ?

- א. קוצב VVI לא ניתן לתכנות
- ב. ב DDD יש 3 אלקטרודות ב VVI רק 2
- ג. מותר להשתיל VVI ב atrial fibrillation
- ד. קוצב DDD יושתל רק בחולים עם אי ספיקת לב.

התשובה לשאלה זו לא מופיעה בהריסון. האות הראשונה קובעת איפה ניתן הקיצוב, השניה איפה נעשית החישה, והשלישית מה התגובה. VVI משמעו חישה וקיצוב של החדר, עם תגובת אינהיביציה. התשובה הסבירה היא ג' – מותר להשתיל VVI, מאחר ויש סכנה במקרה זה בחישה העליה, מאחר והקוצב עלול לתת סימולטנית קיצוב בעליה ובחדר בנוכחות קצב עלייתי "משוגע". כל הקוצבים ניתנים לתכנות, וב DDD יש שתי אלקטרודות (עליה וחדר, ל VVI יש אחת, לחדר בלבד). האמירה על אי ספיקת לב לא ברורה.

64. שאלה עם האינדקציה להשתלת CRT בחולה עם אי ספיקת לב EF 23% תחת טיפול מלא סימפטומטי.

- א. סינוס, רוחב קומפלקס 130
- ב. פרפור פרודורים, רוחב קומפלקס 130

עמ' 1911 – הקריטריונים הנדרשים להשתלה הם QRS מעל 120, EF מתחת ל 35, וסימפטומים למרות טיפול מלא.

65. מי מהבאים הוא בעל פעילות סימפטומימטית?

- א. METOPROLOL
- ב. BISOPROLOL
- ג. LABETALOL
- ד. PROPRANOLOL
- ה. ESMOLOL

לא מצאנו תשובה נכונה. אוקספרנולול, פינדולול ואצבוטולול הן סימפטומימטיות.

66. בת 20, אושפזה עקב נגעים אדומים על פני העכוזים והרגליים. בבדיקת הדם קראטנין תקין. בבדיקת השתן מיקרוהמטוריה. בביופסיה עורית שקיעת IgA. מה לעשות?

- א. טיפול בסטרואידים 0.5 מג/קג
- ב. טיפול בסטרואידים 1 מג/קג
- ג. מעקב בלבד
- ד. ביופסיית כליה
- ה. טיפול ב NSADIS

עמ' 2797 – האבחנה היא הנוך שוינליין. חייבים לטפל בחולה הזה כל עוד הקריאטינין תקין, ואפשר להסתפק בביופסיית עור לצורך האבחנה (כלומר לא צריך להתנות את תחילת הטיפול בביופסיית כליה). מהלך הפתיחה הוא סטרואידים במינון מלא.

67. שאלה על סקלרודרמה עם ל"ד 180/70. מה טיפול קו ראשון ?

- א. BB
- ב. ACEI
- ג. CCB
- ד. אלדוסטרון
- ה. חסמי אלפא

עמ' 2768 – בהנחה שמדובר במשבר כלייתי, טיפול הבחירה הוא חסמי ACE קצרי פעולה. זה יותר נפוץ באפרו אמריקאים, גברים, נשים עם מחלה דיפוזית ואלו עם סרולוגיה חיובית לאנטיפולימראז 1 ו 3. המופע הרגיל הוא לחצי דם גבוהים וסימפטומטיים, פרוטאינוריה קלה עם המטוריה מיקרוסקופית, והחמרה אגרסיבית בקריאטינין על פני מספר ימים. מעניין לציין שב 10% מהמקרים האלו יש החמרה כלייתית מהירה בנוכחות לחצי דם תקינים דווקא. CCB לא משנים את מהלך המחלה.

68. חולה עם MM, מתלוננת על פוליאווריה. בבדיקה גופנית נראית מיובשת. ל"ד תקין. במעבדה יחס אוראה לקריאטנין מעל 30, קלציום 14.5, נתרן 158. מה הטיפול קו ראשון?

- א. NaCl 0.9%
- ב. NaCl 0.45%
- ג. NaCl 0.9 + FUSID
- ד. NaCl 0.45 + FUSID

חולה עם היפרקלצמיה והתייבשות. כאמור אם הנתרן מעל 150 יש צורך בחצי סלאיין. מאחר והיא מיובשת, יש לשחזר את מצב הנפח קודם לטיפול בפוסיד.

69. חולה צעירה עם בדיקה אקראית של 15,000 טסיות. שאר ספירת הדם תקינה. הופנתה למיון על ידי רופא המשפחה בשל בדיקת הדם. מה יש לעשות?

- א. משטח דם
- ב. ככל הנראה מדובר ב-ITP, לתת סטרואידים
- ג. יש להפנותה לכריתת טחול
- ד. מתן סטרואידים ו-IVIG

עמ' 966 – נראה שיש טעם בחזרה על בדיקות דם לספירה ומשטח, במיוחד אם אין עדות לדימום פעיל או טרומבוציטופניה עמוקה מאוד. אבחנה של TTP היא סבירה, אך לא היינו מתחילים טיפול לפני משטח דם.

70. חולה מטופל בקומדין הופנה למיון בשל בדיקת דם עם INR 8. ללא דימומים. מה יש לעשות?

- א. לשחררו הביתה להפסיק טיפול בקומדין כעת לעקוב אחר רמות בקהילה.
- ב. לתת 1 מ"ג ויטמין K ולשחרר
- ג. מתן FFP ואשפוז
- ד. מתן 5 מ"ג ויטמין K ואשפוז

- יצוין שמתן ויטמין K מתקן INR אך לא הוכח שמוריד סיכוי לדימום
- בחולים שמדדמים למרות שבטווח התרפויטי יש לחפש סיבה אחרת כמו גידול או כיבים
- INR 4.9 – 9 בלי דימום – ניתן 1 מ"ג ויטמין K מתחת לשון
- INR מעל 9 בלי דימום – ניתן 2-3 מ"ג ויטמין K מתחת לשון
- דימום משמעותי – ויטמין K 10 MG + IV FFP

71. צעירה מטופלת בגלולות. בממצא אקראי באולטרסאונד בטן ממצא עגול. בוצע MRI ובו עדות לאדנומה בגודל 4 סמ. מה יש להציע לחולה כעת?

- א. להפסיק גלולות ולעקוב
- ב. השתלת כבד
- ג. ניתוח כריתת הנגע
- ד. MRI כבד

הפסקת גלולות ומעקב – הממצא בסונר הכבד הוא לרוב שפיר (אדנומה הפטוסולולרית) ואופייני לנשים על גלולות למניעת הריון ומתעמלים המשתמשים בסטרואידים אנבוליים.

72. פרוגנוזה הכי פחות טובה מבין אלו בהשתלת ראות?

- א. חולה CF
- ב. חולה COPD
- ג. חולה עם יל"ד ריאתי משמעותי עם השתלה של ריאה אחת
- ד. חולה IPF
- ה. חולה עם סרקאודוזיס

עמ' 2191 – על פי הטבלה, הפרוגנוזה הכי טובה היא COPD, והכי פחות טובה ביתר לחץ דם ריאתי.

73. אילו מהמצבים הבאים מחייבים הכנסת נקז חזה

- א. Chylothorax
- ב. תרבית חיובית למיקובקטריה
- ג. PH-7.23
- ד. יחס LDH בתפליט ובסרום 0.9

עמ' 1156 – האינדיקציות לניקוז אמפיאמה הם מוגלה, חיידקים במשטח או pH פחות מ 7.2. עמ' 2180 אומר שטיפול הבחירה בכלוטורקס הוא החדרת נקז חזה.

74. חולה עם חום ונויטרופניה שמפתח חום, בבדיקתו אודם לאורך הליין, מה עושים?

א. הוצאת ליין ומתן טיפול אנטיביוטי

ב. מתן טיפול אנטיביוטי, נמתין עם הוצאת הליין

עמ' 715 – בחום ניוטרופי בו ברור לפי מראה הליין שהמקור הוא הליין עצמו – יש להרחיק אותו לאחר נטילת תרבות מהדם ומהליין עצמו. יודגש שאודם לאורך הליין מהווה אינדיקציה להרחקה, בעוד שאודם באזור הכניסה אינו אינדיקציה.

75. תיאור ארוך של אישה ואחותה ובת הדודה שלה, כולן א-תסמיניות, עם רמה מעט גבוהה של סידן

בסרום ללא אבנים בכליות, מה צפוי?

א. 10000-PTH

ב. סידן 50 בשתן, נמוך

עמ' 3105 – לפי ההקשר המשפחתי של ההיפרקלצמיה והעובדה כי אין רקע של אבנים בכליות, התיאור מתאים לדעת ל Familial Hypocalciuric Hypercalcemia, מחלה אוטוזומלית דומיננטית די נדירה, שגורמת לירידה ביכולת של תאי הפרטירואיד והכליה לחוש סידן בסרום. התוצאה היא הפרשה מעט יותר גבוהה של PTH מהמצופה לאור ההיפרקלצמיה, ובעיקר ראבסורפציה חזקה של סידן מהשתן, כלומר אין אבני סידן. זה שונה מההיפרקלצמיה של היפרפרטירואיזם ראשוני בכך שרמות הסידן בשתן נמוכות, ולא גבוהות, כלומר תשובה ב' היא הנכונה. זה לא כתוב במפורש בהיסטוריה, אבל רמת PTH של 10,000 נראה לי הגזמה פרועה לחולה FHH.

76. סטרואידים ב- IBD

א. מכניסים לרמיסיה ב-UC

ב. מכניסים לרמיסיה ב-CD

ג. מכניסים לרמיסיה ב-UC ו-CD

ד. ניתנים כטיפול אקוטי

עמ' 2489 – סטרואידים יעילים בהשראת רמיסיה גם בקרוהן וגם ב UC בדרגת חומרה בינונית-קשה. אין להם מקום באחזקת המצב לאורך זמן, להבנת האישית בשל פרופיל תופעות הלוואי הקשה שלהם, אם כי נימוק זה לא היה כתוב במפורש בהיסטוריה. אני לא רואה בעיה בתשובה שהם ניתנים כטיפול אקוטי, כך שלא ברור לי מה התשובה הנכונה לשאלה הזו.

77. תפקיד 5-ASA ב-UC

א. יעילים בשמירה על רמיסיה וגם כטיפול אקוטי

עמ' 2489 – תכשירי 5-ASA יעילים בהשראת רמיסיה ובשמירתה בחולי UC. כדאי לשים לב שבחולי קרוהן התכשירים עשויים אולי להשרות רמיסיה, אך כנראה שאין להם תרומה לשימור המצב.

78. חולה לימפומה, מקבל טיפול, כעת הישנות שניה של CD, מה הטיפול?

א. פלג'יל או ונקומיצין

ב. ונקומיצין במינונים יורדים

עמ' 1093 – שיעור ההישנות של CD הוא 15-30%, וחולה שעבר הישנות אחת נמצא בסיכון של 30-60% להישנות נוספות. ההישנות הראשונה של CD מטופלת בהצלחה שווה בפלג'יל או בונקומיצין, לגבי הישנות לאחר מכן אין קווים מנחים ברורים. טיפולים ביולוגיים, מינונים יורדים של ונקו או שילוב ונקו-ריפקסימין כולם באים בחשבון. פרט המידע לגבי הלימפומה לא ברור לי, מאחר ובהיסטוריה אין התייחסות מיוחדת למדנאי חיסון בסוגיה הזו.

79. איזו בדיקת סקר מומלצת לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס?

א. קולונוסקופיה וירטואלית כל 5 שנים

ב. קולונוסקופיה כל 5 שנים

ג. במידה וסובל מ-UC מגיל 18 אז קולונוסקופיה כל 5 שנים

עמ' 771 – אין במסמכים תשובה טובה. לבוגרים מעל גיל 50 מציע American Cancer Society שתי חלופות, והן דם סמוי בצואה אחת לשנה פלוס סיגמוידוסקופיה גמישה כל 5 שנים, או לחילופין קולונוסקופיה מלאה כל 10 שנים. אם לחולה יש בן משפחה מקרבה ראשונה שעבר סרטן המעי הגס בגיל צעיר מ 60, תחילת המעקב אצלו תהיה 10 שנים לפני גיל הופעת המשפחה אצל אותו קרוב, ותדירות המעקב תהיה אחת ל 5 שנים. עמ' 2494 – קולונוסקופיה חד או דו שנתית היא הגישה המועדפת לחולי UC. גיל התחלת המחלה אינו חשוב, מה שקובע את תחילת המעקב הוא משך המחלה, כלומר סביבות 8-10 שנים של קוליטיס מלא, או 12-15 שנים של קוליטיס שמאלי.

80. בחור צעיר שלאמו אובחן סרטן קולון בגיל 63, מהי ההמלצה לגביו?

א. קולונוסקופיה בגיל 50 ואז כל 10 שנים

ב. קולונוסקופיה בגיל 40 ואז כל 5 שנים

ג. קולונוסקופיה כעת

עמ' 770 – סקירה לסרטן המעי הגס חשובה בצעירים אסימפטומטיים במידה ויש להם קרוב משפחה מדרגה ראשונה שחלה בסרטן זה, במיוחד אם התחלואה קרתה לפני גיל 60. ראה מעלה לגבי פירוט, ולפיכך נראה שהתשובה הנכונה היא א'.

81. סיפור של מבוגר על ריח רע מהפה ודיספגיה, הקאה של אוכל לא מעוכל. מהי האבחנה הסבירה?

א. ZENKER

82. חולת סכרת עם בחילות והקאות לאחרונה. כיצד נאבחן גסטרופרזיס?

א. מזון מסומן

עמ' 2985 – מבין הנוירופתיות האוטונומיות שעלולות לקרות בסכרת נמנה התרוקנות איטית של הקיבה ("גסטרופרזיס"), עצירות לילית ואי יכולת לחוש שלפוחית מלאה ולהתרוקן בהתאם. ניתן לתעד את זמן התרוקנות הקיבה הממושך באמצעות בדיקת מיפוי במהלכה בולע החולה אוכל מסומן באיזוטופ.

83. מה מהבאים מאפיין אנמיה מחסר ברזל?

- א. TIBC או טרנספרין גבוה
- ב. פריטין גבוה
- ג. רטיקולוציטים גבוהים

עמ' 847 – אנמיה של חסר ברזל מתאפיינת בערכים גבוהים של TIBC (התקין 150-50, יכול להגיע ל 600-300), ערכים נמוכים של פריטין (התקין הוא מעל 100 לגבר ומעל 30 לאישה, כאשר פחות מ 15 הוא אנמיה של חסר ברזל פר הגדרה) וערכים נמוכים של רטיקולוציטים לאחר תיקון, מאחר ומדובר באנמיה הפוגעת במטורציה ובפרוליפרציה.

84. בת 40, סכרתית, לאחרונה אובחנה עם דיברטיקול בתריסריון. כעת שלשול, רמות נמוכות של B12 ורמות גבוהות של חומצה פולית. כיצד נאבחן?

- א. תבחין לקטולוז
- ב. טיפול אנטיביוטי ממושך

עמ' 2473 – מדובר ב Bacterial Overgrowth, כלומר פרוליפרציה של חיידקים קולוניים, כגון אי קולי ובקטריודס, בתוך חלל המעי הדק. החולה סובלת מגורם סיכון פונקציונלי, שהוא הסכרת, וגורם סיכון אנטומי, שהוא הסעיף בתריסריון. רמות נמוכות של קובלאמין נגרמות מאחר והחיידקים צורכים אותו מהמעי הדק תוך כדי תהליך הפרוליפרציה. השלשול נגרם בשל פירוק מלחי מרה ונטרולם, בעיקר על ידי זני בקטריודס. כנגד זה החיידקים מייצרים הרבה פולאט, שנספג לזרם הדם בכמויות גדולות. אבחנה אמינה יותר תתקבל מתבחין נשיפה של לקטולוז, או מדגימת תוכן החיידקים במעי הדק. הטיפול הוא, בעדיפות עליונה, לבטל את הסיבה האנטומית, כלומר כריתת הסעיף. גם אנטיביוטיקות כמו פלג'יל או אוגמנטין באות בחשבון.

85. חולה עם יל"ד כרוני, שנים רבות לא מאוזן מתקבלת לאור פרוטאינוריה 9 גרם באיסוף שתן אך רק 1+ בסטיק חלבון. מהי האבחנה הסבירה?

- א. MM
- ב. משני ליל"ד ממושך
- ג. יש לחשוד כי לחולה יש גם סכרת
- ד. יש לחשוד כי מדובר בהפרעה בודדת באלבומין

עמ' 939 – אי לא סגור על זה, אבל נראה לי שהתשובה היא Light Chain Nephropathy, בה מופרשת כמות גדולה של חלבון בשתן בסה"כ, אולם כמות מועטה של אלבומין. זה יוצר חוסר פרופורציה בין רמות החלבון הנקלטות בשיטות המדידה השונות.

86. מהי תופעת הלוואי השכיחה של בלאומיצין?

- א. FLU LIKE
- ב. פגיעה ריאתית – פיברוזיס

עמ' 702 – תופעות הלוואי השכיחות הן חום, צמרמורת, הסמקת הפנים ותופעת רנו. פיברוזיס ריאתי כתוצאה מבלאומיצין היא תופעת הלוואי הקשה ביותר, אך לא ברור אם היא אכן שכיחה.

87. אילו מהמאפיינים הבאים מתאים להיפרקלמיה באק"ג?

- א. QRS מורחב

עמ' 357 – הפרעות אק"ג מתפתחות בהדרגה עפ"י חומרת ההיפרקלמיה ובסדר צפוי מראש של חידוד גלי T, אבדן גלי P, הרחבת QRS ולאחר מכן תבנית סינוסואידלית. השינויים מאוד לא רגישים, במיוחד בחולי אי ספיקת כליות.

88. חולה מגיע עם כאבים בבליעה אחרי נטילת דוקסילין. מה יש לו?

- א. pill esophagitis

עמ' 2437 – התקלה הזו קורית כאשר גלולה לא מצליחה לרדת את כל הדרך לקיבה ונדבקת לקיר הוושט באמצע הדרך, שם היא גורמת קורוזיה והתקבות הדופן. התרופות המועדות לפורענות הן דוקסילין, טטריקלין, NSAID, ביספוספונטים, מלחי אשלגן ומלחי ברזל.

89. מה נכון לגבי האזנה של דלקת ריאות?

- א. נשימה ברונכיאלי, פרמיטוס מוגבר, עמימות בניקוש

90. גבר לא צעיר עם 5 תאונות דרכים בשנה האחרונה, שמן עם צוואר קצר ורחב, מה יכול לקדם את הטיפול שלו?

- א. CPAP

עמ' 2188 – לחולה יש OSA. הטיפול העיקרי הוא ירידה במשקל והפסקת שתיית אלכוהול. במקביל לשני אלו, הקו הראשון לטיפול הוא CPAP. למי שנכשל טיפול זה ניתן להציע שימוש בסד לסת בזמן השינה כקו טיפול שני.

91. למי מבין הבאים מגיע טיפול AB פרופילקטי לפני פרוצדורת שיניים?

א. מום כחלוני מולד שלא תוקן

ב. מושל לב ללא בעיה מסתמית

עמ' 1063 – מסתמים פרוסתטיים, אנדוקרדיטיס קודם, מחלת לב כחלונית לא מתוקנת, ששת החודשים לאחר תיקון כירורגי של מחלת לב קונגניטלית, מחלת לב קונגניטלית לא מתוקנת עם פגמים בסמוך לחומר פרוסתטי מושל, פגיעה מסתמית שהתפתחה לאחר השתלת לב.

## 92. אנטי קואגולנטים חדשים, יתרונות לטיפול למעט?

א. אין צורך לשנות מינון באי ספיקת כליות

ב. אין צורך במעקב PT/PTT

ג. פחות אינטראקציות עם תרופות אחרות

התשובה הכי מתאימה היא א', כי ברור שצריך לשנות מינון. במיוחד בדביגטרין בו יש קונטראינדיקציה לשימוש בחולים עם אי ספיקת כליות משמעותית. תשובה ג' היא גבולית, כי בכל זאת יש כמה אינטראקציות עם תרופות אחרות, אבל כנראה שזה פחות חמור מקומדין.

## 93. תמונה של CT עם ברונכיאלקטאזיות מרובות, מה החיידק השכיח בהתלקחות זיהומית ?

א. PSEUDOMONAS AERUGINOSA

עמ' 2143 – הריסון ממליץ לכוון את הטיפול התרופתי האמפירי בהתלקחות לכיסוי המופילוס אינפלאוואנה ופסאודומנס. ציפיתי לטבלה עם שכיחויות, אבל אין...

## 94. תיאור של גבר או אישה עם תלונות על סומק ושלשול, מה יקדם את האבחנה?

א. איסוף שתן ל-HIAA5

עמ' 3062 – השאלה מתארת את סינדרום הקרצינואיד, גידול נירואנדוקריני שמפריש כמויות פתולוגיות של סרוטונין. סומק ושלשול הם המופעים השכיחים ביותר של הסינדרום. יש לזכור שלאורך זמן הסינדרום עלול לגרום לפיברוזיס ופגיעה במסתמי הלב, בעיקר הטריקוספידלי והפולמוני. אבחנת הסינדרום נשענת על מדידת רמה גבוהה של סרוטונין בדם או בשתן, או את תוצרי הפירוק שלו, למשל 5-Hydroxy Indol Acetic Acid.

## 95. למי מבין אלו מנגנון פעולה של אנטי-טרומבין?

א. DABIGATRAN

ב. אפיקסבאן

ג. קסרלטו

96. תיאור ארוך ומייגע של חולה א-תסמינית אחרי כריתת בלוטת התריס 3 שנים טרם לכן עקב MEDULLARY THYROID CA וכריתת של אדרנל ימין עקב פיוכרומוציטומה גם כן בעבר. תוארו כמה פריטים במשפחה (דובר על 2MEN). כעת מתגלה אצלה גוש בן 3 ס"מ באדרנל השמאלי והיא א-תסמינית, מה הלאה?

א. כנראה מדובר ב Nonfunctioning adenoma .

ב. פיוכרומוציטומה (מדובר בmen2a בו מופיעה ב 50%) בד"כ שפיר דו"צ

עמ' 3075 – השילוב בין MTC לבין פיא' אופייני לסינדרום MEN2. בוורסיה A נוסף להם היפרפריטירואידיזם, ובוורסיה B נוסף להם גנגליונירומות של המעי. מופע הפיא' של מחלות MEN2 שונה מזה של התחלואה הספורדית בשלושה מובנים – הופעה באדרנל, בילטרליות (בלמעלה מ 50%!!) והפרשה מוגברת של אדרנלין על חשבון נוראדרנלין. המחלה נוטה לפרוץ את קופסית האדרנל, אך גרורות מרוחקות הינן נדירות, כך שבמובן הזה המחלה שפירה. כדאי לזכור שהגידול תמיד גורם להפרשת הורמונים, אך הוא לא חייב להיות סימפטומטי. מידת הסימנים תלויה במידת הפרשת הורמונים, שהיא עצמה תלויה במסת הגידול, כך שאם לא מדובר בגידול גדול הוא עדיין יכול להתקיים בצורה אסימפטומטית אצל החולה.

## 97. מבין המצבים הבאים, מה מהווה אינדיקציה ברורה לביצוע מיידית של דיאליזה דחופה? (צוין כי

הקראטינין הינו 5 וכי מדובר בATN)

א. ASTEREXIS

ב. אשלגן 6.5.

ג. גודש ריאתי קל עד בנוי

ד. Bicarbonate פחות מ15

ה. כל התשובות נכונות

עמ' 2307 – באי ספיקת כליות חריפה, יש אינדיקציה לדיאליזה כאשר טיפולים תרופתיים לא מצליחים לשלוט בסיבוכים הביוכימיים של אי ספיקת הכליות – היפרקלמיה, חמצת, עודף נפח, ואורמיה חמורה. הטרק הוא שלא נאמר לנו אם החולה קיבלה או לא קיבלה טיפול שמרני. כעיקרון כולם נכונים.

## 98. מה יכול להיות סיבוך של זיהום בקמפילובקטר ג'ג'וני?

א. מחלה דמוית IBD

ב. מחלה חסרת סיבוכים

ג. טיפול בחירה ציפרוקסין

עמ' 1287 – אין תשובה נכונה לשאלה זו. בחולה השמור חיסונית סיבוכי קמפילובקטר נדירים מאוד, אבל לא בלתי קיימים. יש ככל הנראה סיכון מוגבר לגילאן בארה (או לוריאנט שלו בשם מילר פישר) לאחר המחלה, וכן ל Reactive arthritis, במיוחד בחולים עם פנוטיפ HLA-B27. בחולה ירוד חיסונית עלול להיגרם ספטיס חמור ומסכן חיים, עם סיבוכים מרוחקים כגון מניגיטיס, אנדוקרדיטיס וצלוליטיס. טיפול הבחירה למקרים קלים הוא ארטרומיצין. ציפרופלוקסצין הוא חלופה סבירה, אם כי מתפתחת נגדו עמידות. מדוכאי חיסון יטופלו באימיפנם.

99. חולה בן 43 הגיע עם מחלת יום ושיעול לאחר סיפור של שפעת, תמונה של תסנין איזה מחולל סביר?

- א. פנומקוק
- ב. סטאפ
- ג. ליגינלה
- ד. כלמידיה

עמ' 1164 – זיהום ריאתי בסטיפילוקוק הוא לעתים סיבוך של מחלה וויראלית של דרכי הנשימה, בדגש על שפעת. בעמ' 1496 בפרק על שפעת כתוב בפירוש שאחרי שפעת יכולים להופיע זיהומים משניים בפנאומוקוקים, סטאף והמופילוס.

100. גבר עם הנתונים הבאים + anti hbs + HBsAg-anti hbcigG, מה יש לו ?

א. חולה מחלים מזיהום ב-HBV

לחולה יש גם אנטיגן של ההפטיטיס בדם, וגם נוגדנים למעטפת וליבה. משמעות הדבר היא שהוא מחלים מזיהום. נוכחות של e משמעה שכפול אקטיבי של הנגיף, ואין לו את זה, חדשות טובות.

101. מגיע חולה למיון שידוע כסובלמברונכיטיס כרונית. בבדיקות דם  $pH=7.28$ ,  $pCO_2=55$

- א. לטפל כבהתקף חריף
  - ב. מתאים לתמונה של מחלתו הכרונית
  - ג. לשלוח לספירומטריה ותפקודי נשימה מלאים
- נראה שהתשובה הנכונה היא א', אבל אין לכך תימוכין טובים בספר.

102. שאלה על בחור יהודי צעיר ממוצא לובי (הורים בני דודים דרגה ראשונה) אשר מתייצג עם כאבי בטן עוויתיים בנוכחות ממצא עורי שדומה ל-ERYSIPELAS, מה יש לו ?

א. FMF

עמ' 2814 – לחולה יש FMF. הממצא העורי שדומה לפריחה הוא Erysipeloid Erythema, פריחה אדמונית מורמת על גב כף הרגל, הקרוסו או השוק התחתון.

103. antibiotic prophylaxis לפני פעולה פולשנית:

- א. הכנסת PEG
  - ב. לפני ביופסיות מרובות בחולה עם UC
- הכנסת PEG היא אינדיקציה לטיפול תרופתי. עידן היה סגור על זה, אין רפרנס ספציפי בהריון.

104. תיאור של בחורה צעירה עם כיבים חוזרים למרות טיפול, ועוד פרטים נוספים, מה יש לה ?

א. גידול מפריש גסטרין

105. בת 22, לאחר לידה, תלונות על חולשה ברגל, ב-CT דימום רטרופרוטניאלי, בבדיקת תפקודי קרישה PTT מוארך, זמן דימום תקין. מה יש לחולה?

- א. חוסר פקטור 8
- ב. APLA

עמ' 977 – זה תיאור קלאסי לדימום וויסראלי של המופיליה, כולל הדימום הרטרופרוטניאלי שמתחזה לפסאודוטומו, ולוחץ על העצב הפמורלי. מאחר ומדובר באישה אסימפטומטית (?) עד כה, סביר להניח שהיא נשאית ולא חולה. בספר כתוב בפירוש שבמהלך ההריון עולה פקטור 8 פי 2-3, ומיד לאחר הלידה הוא יורד בחדות. בחולה עם רמות גבווליות מהלך זה הוא כנראה גורם סיכון לדימום.

106. תיאור של חולה אסטמתי מאוזן ע"י מספר תרופות, בנוסף נשאות ל-HCV, בגסטרוסקופיה

דליות דרגה 3 לא מדממות, מה הגישה המקובלת כרופלקסיס?

- א. מתן חוסמי ביטא לא סלקטיבים עדיף על קשירת דליות במקרה זה
- ב. קשירת דליות עדיפה על מתן חסמי ביטא לא סלקטיבים במקרה זה
- ג. אין הבדל

קקונצנזוס הגענו לכך שלחולה יש קונטראינדיקציה לחסמי ביטא לא סלקטיביים, בשל אסטמה שקשה לאזן. במקרה הזה הוא צריך קשירה של הדליות שלו.

107. באיזה מקרים אין אינדיקציה להתחלת טיפול ב-HBV?

א. אנזימי כבד תקינים ו-HBV-DNA פחות מ-2000

הטיפול ב-HBV מתחיל כשהחולים עוברים לסטטוס כרוני של ההפטיטיס שלהם. מאחר ולחולה יש אנזימים תקינים ושיעור רפליקציה נמוך על פי מעקב ה-DNA (2000 עותקים נחשבים רף לקבלת החלטות), הוא לא זקוק לטיפול.

108. באיזה שלב בא"ס כליות מומלצת הגבלת שתייה?

א. א"ס שלב 2

ב. א"ס שלב 3

ג. נוכחות היפונתרמיה או טיפול בהימודיאליזה

עמ' 2311 – דרגה 0 זה מעל 90, 1 ב 90, 2 ב 60-89, 3 ב 30-59, ו 4 מתחת ל 30. עיקר הטיפול לשליטה בנפח באי ספיקת כליות הוא הגבלת נתרן. הספר מדבר על הגבלת שתייה רק בהקשר של היפונתרמיה, וזה לא שכיח בחולי אי ספיקת כליות כרונית.

109. חולה עם מיימת, מה הגישה הטיפולית?

א. ניקור

ב. מתן משתנים

עמ' 2600 – מיימת בכמות קטנה ניתנת לשליטה באמצעות תזונה דלת מלח, לרמה של 2 גרם ביום ומטה. במידה וזה לא עוזר ניתן להוסיף משתנים כגון אלדקטון במינון 100-200 מ"ג ליום (מנה אחת), ופוסיד 40-80 מ"ג ליום. אם המיימת לא נסוגה ניתן להעלות מינון עד 400-600 מ"ג ליום בהתאמה, בהנחה שהחולה אכן נוטל את הטיפול ומקפיד על תזונה דלת מלח. מקרים שלא מגיבים למשלב זה מכונים Refractory Ascites, ולגביהם יש צורך בניקורים חוזרים או TIPS. יודגש שניקורים ושאינט לא משפרים פרוגנוזה, שהיא גרועה גם ככה – פחות מ 50% הישרדות בשנתיים לאחר הופעת המיימת בחולי צירוזיס.

110. מספר משפטים על א"ס כליות כרונית, מה נכון?

א. היפרקלמיה עמידה לטיפול שמרני היא סיבה שכיחה להתחלת דיאליזה

עמ' 2312 – יודגש שמדובר באי ספיקת כליות כרונית, ולא באינדיקציות המוכרות לנו לאי ספיקת כליות חריפה. בחולה הכרוני ההיפרקלמיה אמורה להגיב לתזונה דלת אשלגן, ביטול תרופות משמרות אשלגן ואולי הוספת טיפול קליאורטי או כלאטורים של אשלגן במעי. היפרקלמיה עמידה להתערבויות אלה אכן נחשבת כהתוויה לתחילת דיאליזה, אך היא בהחלט לא שכיחה. ייתכן שהיתה כאן טעות בשחזור השאלה.

111. באיזה מצב שומעים פיצול קבוע של S2

א. ASD

עמ' 1826 – הקול השני מורכב בעצמו משני קולות (A2-P2), שמקורם מסגירת המסתמים האאורטלי והפולמונלי. בבדיקה הגופנית התקינה המרווח בין שני הקולות האלה גדל בעת שאיפה ומצמצם בנשיפה. המרווח מתרחב בחולים עם RBBB (בשל עיכוב סגירת המסתם הפולמונלי) ו MR (בשל סגירה מוקדמת של המסתם האאורטלי). המרווח מתקצר או נעלם בחולים עם יתר לחץ דם ריאתי קשה. פיצול קבוע הוא למעשה פתוגנומי ל ASD.

112. בן 50, עם RA תחת טיפול במספר תרופות, מתקבל עם כאבים ב-RUQ וצהבת, תפוחות בראש

הלבלב, בביופסיה תאים דלקתיים ללא גידול, איזו בדיקת דם תקדם את האבחנה?

א. AMA

ב. IgG4

עמ' 2627 – ממש אין לי מושג. יש אבחנה שנקראת IgG4 Associated Cholangitis, שקשורה לדלקת אוטואימונית של הלבלב, אבל אין לה קשר ל RA. סרולוגיה ל AMA תכונן אותנו ל PBC, שחיובי ב 90% מהמקרים וכל הנראה נמצא בקורלציה מסוימת ל RA ולשיגורן, אולם הוא מתבטא באופן גורף בעיקר בנשים. הקליניקה היא חולשה וגרד, לא כאבים ודלקת לבלב.

113. בחורה צעירה עם STD, מה הטיפול

א. רוצפין

114. חולה תחת טיפול ממושך ב-PPI, כאבי בטן, עבר גסטרוסקופיה, מה נראה בביופסיה?

א. Atrophic gastritis

ב. Eosinophilic gastritis

??? גסטריטיס אטרופי הוא תוצאה של התפתחות נוגדים אוטואימוניים ל Intrinsic Factor, כלומר Pernicious anemia. גסטריטיס אוזינופילי הוא ישות נפרדת. לא מצאתי קשר בין אף אחד מהם לשימוש ב PPI.

115. שאלה לגבי תוספת טיפול אנטיהיפרטנסיבי בחולה סוכרת עם חלבון בשתן, מה הטיפול הכי יעיל

גם אם לא מאזן לחץ דם באופן מלא

א. תוספת ACE-I

עמ' 2983 – הטיפול המיטבי עבור חולה עם נפרופתיה סכרתית הוא הגעה לאיזון סוכר טוב, אשר יכולה למנוע או לפחות לדחות את הופעת האלבומינוריה. לגבי חולים שסובלים מיתר לחץ דם בנוסף, יש עדויות מחקריות רבות לכך ששמירה על לחץ הדם ביעד של פחות מ 130/80 חיונית לשמירה על תפקוד כליה לאורך זמן ומניעת פרוטאינוריה. תרופות הבחירה הן ACEI או ARB, כי בניגוד לתרופות אחרות להורדת לחץ דם שיכולות להיות יעילות גם כן, לשתי משפחות אלה יש תועלת במניעת פרוטאינוריה מעל ומעבר לאיזון לחץ הדם.

116. תיאור של בחור צעיר עם הפטיטיס אלכוהולי, ללא הארכת INR, מה הטיפול?

א. מתן פרדניזון

ב. נזלים והגבלת קלוריות



עמ' 2591 – לא יודע. הדרך לשפר מחלת כבד אלכוהולית היא, שלא במפתיע, להפסיק לשתות אלכוהול. מתן פרדניזון בא בחשבון בחולים עם MELD של 20 ומעלה. מאחר ולחולה אין פגיעה סינטטית, סביר להניח שמחלת הכבד שלו לא נוראית. חשוב מאוד לשים לב לסיטוס ההידרציה והתזונה של האלכוהוליסטים, שעל פי רוב ירוד מאוד, אבל לא נראה לי שהגבלת קלוריות תעזור כאן.

### 117. מה המשפט הנכון לגבי הרעלת אקמול

א. pH ולקטאט הם מדד פרוגנוסטי

ב. הפגיעה הכבדית מאקמול אינה הפיכה

עמ' 2561 – אקמול עלול לגרום נמק כבד צנטרילובולרי ואי ספיקה מסכנת חיים. מנה טוקסית היא מעל 10 גרם, מנה קטלנית היא מעל 25 גרם. אלכוהוליסטים נמצאים בסיכון יתר ורגישים במיוחד לפגיעת אקמול. לזכור שאחרי הפרודרום הראשוני יש 24-48 שעות אסימפטומטיות, שרק אחריהן מתחיל להתבטא הנזק הכבדי. את ריבוד הסיכונים ע"ש רומאק-מתיוס אפשר לחשב על פי נומוגרמה כבר מהשעה הרביעית להרעלה, על פי רמות בדם, שנמצאות בקורלאציה עם הסיכון לפגיעה כבדית. זה גם ידוע שרמות לקטט בתחילת האירוע מסוגלות לנבא מי ישחוד על טיפול שמרני ומי יזדקק להשתלת כבד. למרבה ההפתעה, מי ששורד את הפגיעה הראשונית על פי רוב מתאושש ללא תחלואת כבד כרונית.

### 118. מה המשפט הנכון לגבי מסת שומן בגיל מבוגר ?

א. יורדת מעל גיל 85 בנשים בלבד

ב. יורדת מעל גיל 8 בגברים בלבד

ג. יורדת מעל גיל 85 בנשים וגברים

ד. עולה עד גיל 70 ואז מתחילה לרדת

עמ' 571 – משקל הגוף עולה בגברים עד גיל 65-70, ואז מתחיל לרדת בהדרגה. אצל נשים התהליך דומה, אולם מתחיל מעט לאחר מכן. מאחר ורקמת השריר דועכת בקצב איטי וקבוע לאורך כל חיי האדם, שינויים אלו הם ביטוי לשינוי שחל ברקמת השומן, ולא של מסת הגוף הרזה.