

1. בן 50, טבעוני, התקבל בשל חום ממושך, הזעות, ירידה במשקל, מזה כ- 6 שבועות חוסר תיאבון, כאבי גב, כאבי ראש קשים וירידה בשמיעה חד צדדי. בבדיקה - טחול מוגדל, אוזניים ללא ממצא. בדיקות דם $10,000 \text{ mm}^3 \text{ WBC}$, 50% לימפוציטים, 100 U/L GOT , 130 U/L GPT .

איזו מהבדיקות הבאות תוביל לאבחנה הסבירה ביותר?

- א. PCR לוע ל- measles.
- ב. תבחין Rose Bengal.
- ג. PCR בדם ל- Varicella zoster.
- ד. משטח דם.

2. בן 35, חזר מטיול ממושך במלזיה ובפיליפינים. יומיים לאחר חזרתו אובחן עם non falciparum malaria, טופל עם Atovaquone-Proguanil (Malarone) למשך שלושה ימים ושוחרר עם הנחיה להשלים שבועיים של primaquine. כעת, חודשיים לאחר מכן, התאשפז שוב עם חום ומלריה במשטח דם.

איזו מהסיבות הבאות היא הסבירה ביותר להישנות?

- א. עמידות ל- Atovaquone-proguanil.
- ב. חוסר היענות לטיפול ב- primaquine.
- ג. הדבקה מחודשת.
- ד. עמידות ל- Primaquine.

3. תינוק בן 4 חודשים עם רקע של שלשולים כרוניים, אובחן עם רמות גבוהות של IgM והיעדר IgG ו- IgA. בבדיקת איפיון לימפוציטים מספר תקין של תאי B, ב- Flow - ללא ביטוי של CD40 ligand. כעת הוא מתייצג עם חום, קוצר נשימה, וסטורציה של 87% באוויר חדר. ב- CT של החזה הצללות דו-צדדיות במראה של ground glass opacities.

מהי הבדיקה המתאימה ביותר לאבחון הפתוגן הסביר?

- א. תרבית מ- BAL.
- ב. PCR מהדם.
- ג. בדיקת גלקטומן.
- ד. בדיקת PCR מ- BAL.

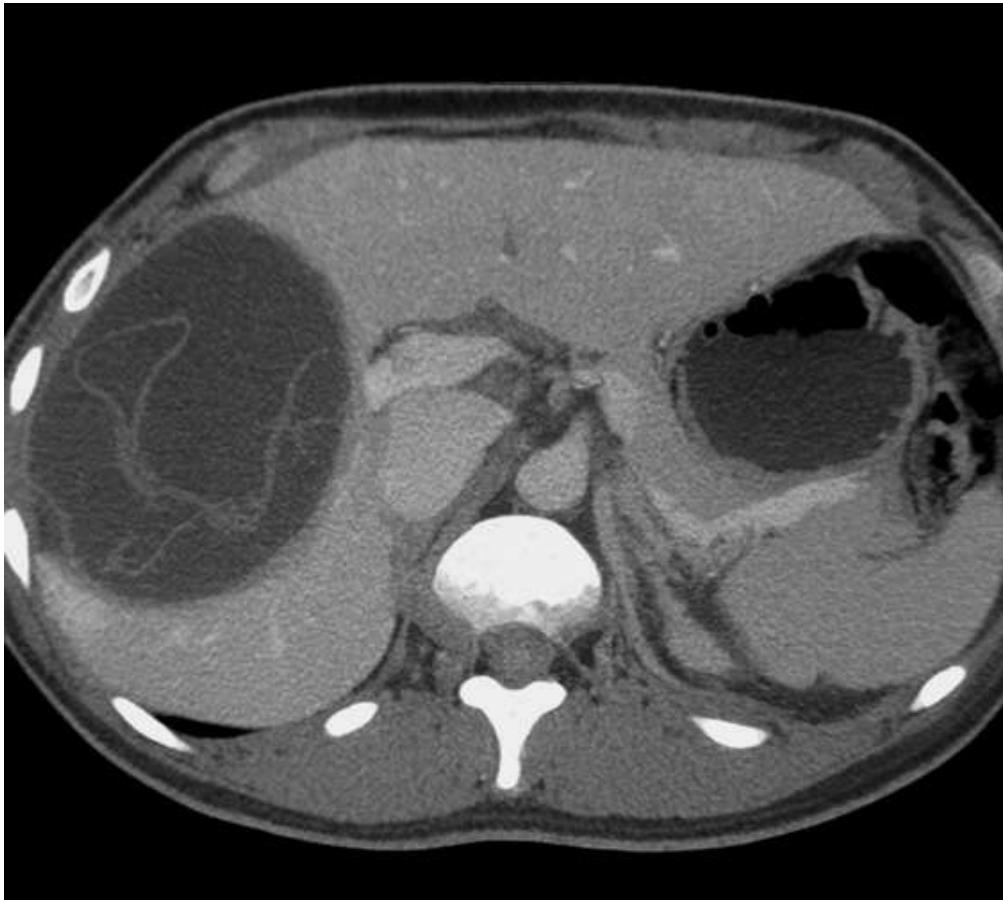
4. בת 66, בריאה, חזרה מטיול בחוף המזרחי של ארה"ב. 3 ימים אחרי חזרתה - חום 38.8, כאבי ראש והזעות לילה. התסמינים חלפו לאחר מספר ימים, ללא טיפול.
לאחר 3 שבועות מחזרתה – הישנות חום, חולשה קיצונית, בבדיקות דם - פנציטופניה, והפטולובין אפסי. הוחל טיפול ב- Doxycycline. תרבויות דם שליליות, סרולוגיה חיובית *Borrelia burgdorferi* IgM, IgG חיובי ב- ELISA וגם western blot.
לאחר 12 ימי טיפול נצפה שיפור חלקי בלבד.
איזו מהאבחנות הבאות היא הסבירה ביותר?

- א. Secondary "chronic" Lyme disease.
- ב. Acute babesia microti infection.
- ג. Co-infection *Borrelia burgdorferi* + *Anaplasma phagocytophilum*.
- ד. Co-infection *Borrelia burgdorferi* + *Babesia microti*.

5. בן 23, אושפז עם חום גבוה, שיעול וכאב בטן, כשלושה שבועות לאחר שחזר מטיול בן חודש באפריקה, שכלל שחיה באגם מלאווי. לפני נסיעתו המטופל חוסן כנדרש ונטל טיפול מניעתי למלריה.
בבדיקות דם: אאזינופילים 1,100, ALT – 80, Cr 0.9. סרולוגיה לשיסטוזומה ו- HIV שלילית, מלריה אנטיגן ומשטח דם שלילי. בצילום חזה תסנינים נודולרים דיפוזיים דו צדדי.
מה טיפול הבחירה בשלב זה?

- א. Itraconazole.
- ב. Artesunate.
- ג. Praziquantel + Prednisone.
- ד. Amphotericin B Liposomal + Flucytosine.

6. בת 37, בריאה. במסגרת בירור כאבי בטן בוצעה בדיקת CT (תמונה המצורפת). היא ללא חום או תלונות נוספות. בבדיקות דם 800 איאזינופילים, תפקודי כבד תקינים. CRP – 18 מג/דל.



מה טיפול הבחירה / ניהול המקרה?

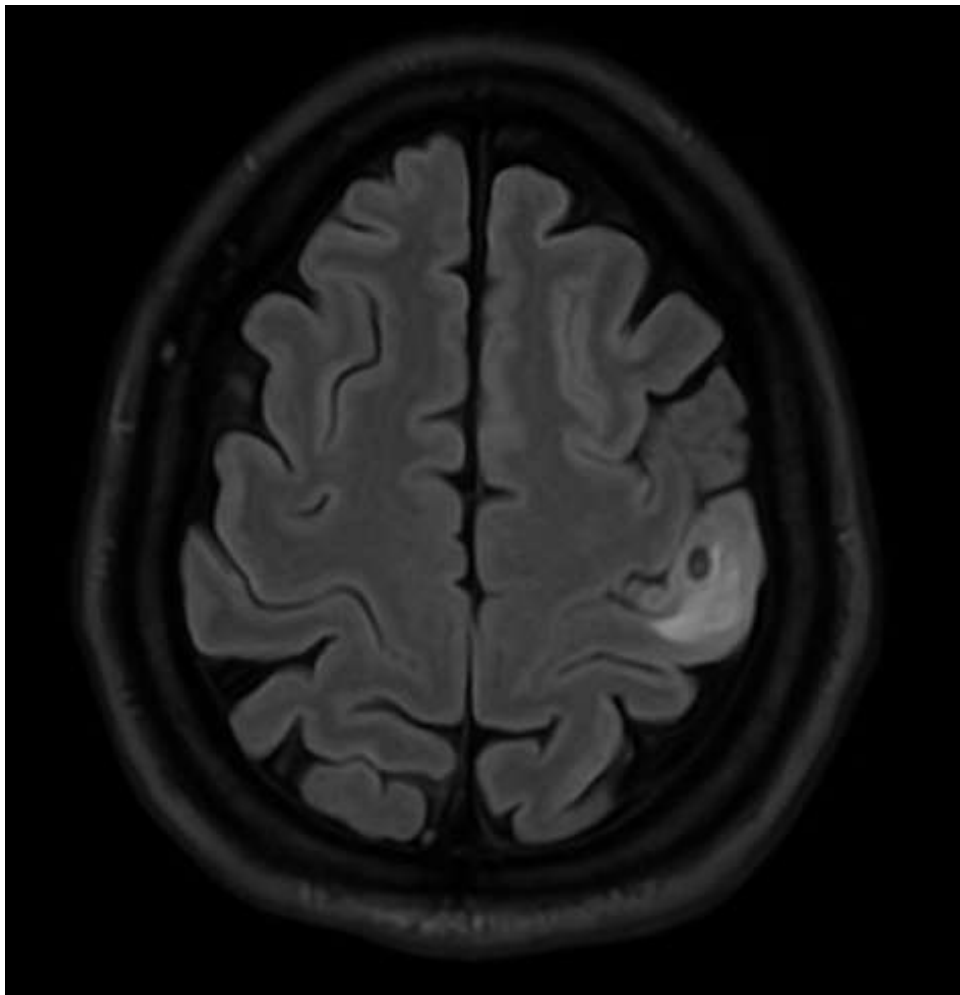
- א. Ceftriaxone + metronidazole וניקוז תחת CT.
- ב. Voriconazole וניקוז תחת CT.
- ג. Albendazole וניתוח לאחר חודש.
- ד. metronidazole + Paromomycin והתערבות ניתוחית.

7. ילד בן 7 שנים עם לוקמיה לימפובלסטית חריפה (ALL) המטופל בכימותרפיה אחזקתית, מאושפז עם חום גבוה מזה ארבעה ימים וללא פריחה. במהלך האשפוז מתפתחת מצוקה נשימתית. הוא מתגורר בנתיבות, בה מדווחת התפרצות חצבת והייתה לו חשיפה לחולה. קיבל חיסון MMR בגיל שנה ובגיל 6.

בנסיבות המתוארות, איזו מהקביעות הבאות היא הנכונה ביותר?

- א. מומלץ לבצע בדיקת סרולוגיה לחצבת - אם שלילי - מתן חיסון MMR.
- ב. מומלץ מתן IGIM או IVIG.
- ג. הילד מוגן מחצבת לאור חיסון מלא קודם.
- ד. מומלץ טיפול בוויטמין A.

8. בת 26, בריאה בדר"כ. מתאשפזת בשל פירכוס כללי טוני קלוני, לראשונה בחייה. MRI מוח להלן. שנתיים קודם לכן, חזרה מטיול בן שנה בדרום אמריקה. HIV – שלילי. ניקור מותני - 0 תאים לבנים, PCR לשחפת + ZN שלילי, FACS וציטולוגיה שליליים. MRI עמוד שדרה תקין.



מה טיפול הבחירה לאבחנה הסבירה ביותר?

- א. טיפול albendazole + solumedrol
- ב. טיפול ב- amphotericin B + flucytosine
- ג. Pyrimethamine + sulfadiazine
- ד. Meropenem + TMP/SMX

9. בן 43, בריא, מורה דרך במקצועו, שבועיים טרם קבלתו סבל במשך מספר ימים מחום, שחלף עצמונית. כעת הגיע לבית חולים בגלל הישנות חום, דופק 120, לחץ דם 90/60 סטורציה 88% באוויר חדר.

בצילום חזה – הצללות דיפוזיות על פני שתי הריאות.

תוצאות בדיקות הדם:

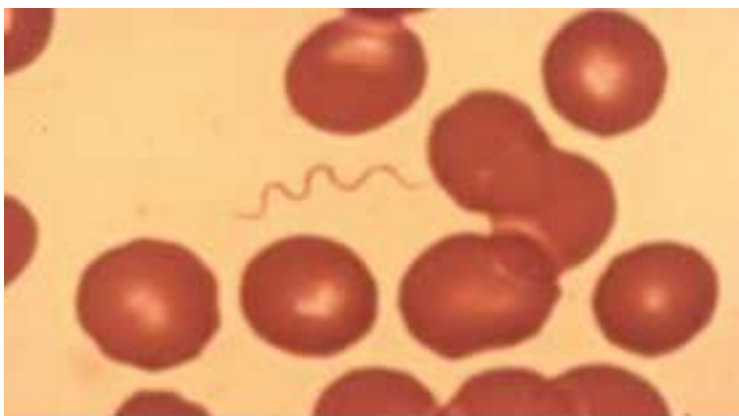
Test	Result	Reference Range
Platelets	55,000 / μ L	150,000–450,000 / μ L
ALT	150 U/L	7–56 U/L
AST	178 U/L	10–40 U/L
Total Bilirubin	13 mg/dL	0.3–1.2 mg/dL
Creatinine	2 mg/dL	0.6–1.3 mg/dL

מה טיפול הבחירה לאבחנה הסבירה ביותר?

- א. Penicillin G
- ב. Amphotericin B liposomal
- ג. Trimethoprim/sulfamethoxazole
- ד. Remdesivir

10. בן 18, חייל קרבי בשירות סדיר, מתלונן על חום גבוה, כאבי ראש קשים ובלבול. בבדיקתו, נראה סובל, יש קישיון עורף משמעותי.

תמונת משטח דם שבוצע לאור טרומבוציטופניה קשה:



מה טיפול הבחירה?

- א. Praziquantel + Albendazole
- ב. Benzathine Penicillin
- ג. Penicillin G
- ד. Meropenem

11. בן 60, ללא גורמי סיכון ידועים לאנדוקרדיטיס, מתקבל עם חום מזה 10 ימים, ובאשפוז צמיחה של *Streptococcus mutans* בתרביות דם מידי יום למשך 3 ימים. בירור כולל בדיקה גופנית, שתן ו-RF כולו שלילי. TEE מדגים אי ספיקה מיטרלית קלה, ללא וגטציות או ממצא מכון אחר.

מה נדרש על מנת לקבוע אבחנה ודאית של אנדוקרדיטיס?

- א. אין צורך בבירור נוסף.
- ב. CT כלל גופי.
- ג. Cardiac CT.
- ד. SPECT/CT WBC.

12. בת 50 שעלתה מאתיופיה לפני 5 שנים, מיועדת להתחיל טיפול בסטרואידים במינון גבוה למחלה ראומטית. בבדיקות דם: אאזינופיליה ($1,100$ תאים/ μL).

איזו בדיקה יש לבצע לפני התחלת הטיפול כדי למנוע סיבוך מסכן חיים?

- א. בדיקת צואה למיקרוסקופיה.
- ב. סרולוגיה ל-*Strongyloides*.
- ג. אנטיגן Cryptococcus, Galactomannan בדם.
- ד. ביופסיה דואודנלית עם צביעת GMS.

13. בן 70, צלול ועצמאי, עם אנדוקרדיטיס ממקור *Staphylococcus aureus* על מסתם אורטלי וגטיציה בגודל 1.1 ס"מ, התייצג עם אוטמים בטחול ובכליה, במסתם יש דליפה משמעותית, ללא בצקת ריאות. כעת, בחלוף 5 ימים של טיפול אנטיביוטי הולם, החום חלף ותרביות הדם חוזרות שליליות.

מה המועד המומלץ לבצע ניתוח החלפת מסתם על פי ESC guidelines?

- א. בתום שבועיים מתרבית שלילית ראשונה.
- ב. בתום ארבעה שבועות מתרבית שלילית ראשונה.
- ג. בתום שישה שבועות טיפול אנטיביוטי.
- ד. בימים הקרובים.

14. בת 70 נבדקת על ידי רופא עיניים עקב כאבים בעין ימין, אודם וירידה בראייה. בבדיקתו נצפים דנדריטים בקרנית, אין הפרשה בלחמית. אין לה עדשות מגע והיא לא אחרי ניתוח.

לאחר לקיחת דגימה לאבחנה, איזה מהטיפולים האמפיריים הבאים הוא המתאים ביותר?

- א. Acyclovir systemic
- ב. Cefazolin systemic
- ג. Corticosteroids topical
- ד. Voriconazole topical

15. בת 30, בהריון שבוע 14, בעלת כלבים, מזה יומיים חום גבוה עד 39, כאבי ראש פרונטליים ופריאורביטליים, הרגשה כללית רעה וכאבי שרירים. לחץ דם 70/50, דופק 125, נראית חלשה, ללא קישיון עורף, פריחה עורית עדינה בחזה ובידיים.

מעבדה:

Test	Result	Reference Range
Platelets	55,000 / μ L	150,000–450,000 / μ L
ALT	180 U/L	7–56 U/L
AST	140 U/L	10–40 U/L
reactive -C protein	3 mg/dL	0.3–0.5 mg/dL
WBC	3,000	5 – 10,500 / μ L
Lymphocytes %	10	22 - 43
Neutrophils %	60	40 - 75

מה טיפול הבחירה?

- א. Azithromycin
- ב. Doxycycline
- ג. Chloramphenicol
- ד. Trimethoprim/sulfamethoxazole

16. בת 63, שנתיים לאחר השתלת כבד. פנתה למיון עקב חום וירידה בחדות ראייה בעין ימין. בבדיקת עיניים - עדות לנירורטיניטיס עם דיסקה בצקתית ומורמת עם Macular star בעין ימין. ללא מעורבות לשכה קדמית. עין שמאל תקינה.

מה טיפול הבחירה?

- א. Voriconazole מקומי וסיסטמי.
- ב. Doxycycline ו Rifampin סיסטמי.
- ג. סטרואידים מקומי סיסטמי.
- ד. Vancomycin + Ceftazidime סיסטמי.

17. בן 60, התקבל בשל חום מזה 3 ימים, קוצר נשימה קשה, שלשול. בצילום חזה תסנין לוברי גדול מימין, ובמעבדה היפונטרמיה ו-LDH מוגבר.

במסגרת הברור המעבדתי לתרבית ליחה, איזה מהמצעים הבאים יש להוסיף?

- א. Buffered charcoal yeast extract Agar.
- ב. MacConkey Agar.
- ג. Mannitol Salt Agar.
- ד. Eosin Methylene Blue Agar.

18. חולה בן 45, מאושפז במחלקה ההמטולוגית עקב Acute Myeloid Leukemia (AML). החולה נמצא ביום ה-14 לאחר טיפול אינדוקציה, עם נויטרופניה עמוקה ($ANC=0$) הנמשכת מזה עשרה ימים. בשל חום עמיד לטיפול אנטיביוטי רחב טווח, הוחל טיפול אמפירי ב-Micafungin. ביום החמישי לטיפול החולה פיתח חום גבוה חדש, נגעים עוריים פורפוריים (purpuric papules) ותפקודי הכליות החלו להידרדר. בתרביות דם צמחו שמרים (Yeasts).

מהו הפתוגן הסביר ביותר שצומח בתרביות דם?

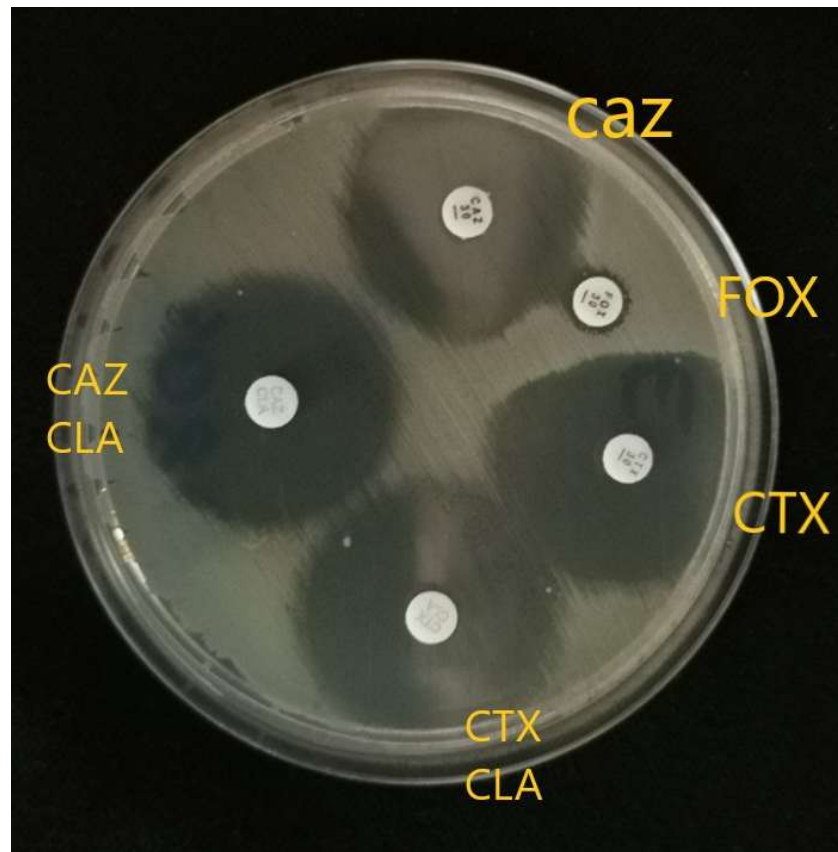
- א. Candida albicans.
- ב. Candida parapsilosis.
- ג. Fusarium spp.
- ד. Trichosporon asahii.

19. אישה בת 30, נשאית HIV, מטופלת ב-Biktarvy (bictegravir/emtricitabine/tenofovir, מטופלת ב-alafenamide מזה כשנה, עם עומס נגיפי בלתי נמדד בבדיקות חוזרות. בביקורת מרפאה מדווחת כי היא נמצאת בשבוע 8 להריון.

מהי הגישה המומלצת להמשך הטיפול בהריון ולניהול סביב הלידה?

- א. להמשיך טיפול ב-Biktarvy ללא שינוי, ללא צורך במתן IV zidovudine (AZT) במהלך הלידה.
- ב. להחליף את Biktarvy במשטר מבוסס zidovudine-lamivudine- lopinavir/ritonavir.
- ג. ליילד את המטופלת בניתוח קיסרי אלקטיבי בשבוע 38 למניעת הדבקה אנכית.
- ד. לטפל ביילוד ב-zidovudine (AZT) למשך 6 שבועות, ללא קשר לעומס הנגיפי האימהי.

20. על צלחת בדיקת רגישות עם דיסקים נצפה דפוס העמידות הבא:



מקרא: FOX – cefoxitin, caz – ceftazidime, CTX – cefotaxime, CLA – clavulanic acid

איזו מההגדרות הבאות מתאימה ביותר למנגנון העמידות הנראה בתבנית זו?

- א. עמידות המועברת בדרך כלל באמצעות פלסמיד.
- ב. החיידק מעוכב על ידי clavulanic acid.
- ג. דפרסיה/היפר-הבעה של AmpC.
- ד. שינוי בחלבוני קשירת β -lactam (PBPs).

21. במהלך חקירה אפידמיולוגית של מקרי זיהום חוזרים לאחר ניתוח אורתופדי, עולה חשד שמכשיר ניתוחי ספציפי קשור לכל מקרי הזיהום. מנהל אספקה סטרילית מדווח על אינדיקטורים תקינים של מחזורי העיקור של המכשיר.

מה מהבאים בתהליך העיקור (sterilization) של המכשיר הוא הסביר ביותר שיכול להסביר את ההתפרצות?

- א. לא נעשה ניקיון מקדים מספק.
- ב. המכשיר מעוקר בגז ולא בקיטור (על פי הוראות יצרן).
- ג. המכשיר נארז לפני העיקור בתנאים לא סטריליים.
- ד. המכשיר עובר עיקור מספר פעמים באותו יום.

22. מהו המשפט הנכון לגבי שימוש ב-Lenacapavir כטיפול מונע לפני חשיפה (PrEP), על פי ממצאי מחקרי ה-PURPOSE 1 ו-PURPOSE 2?

- א. התכשיר הראה עליונות (Superiority) סטטיסטית על פני טיפול יומי ב-F/TDF (Truvada).
- ב. נדרש שלב של "Oral lead-in" לפני תחילת ההזרקות כדי לוודא סבילות.
- ג. היעילות המקסימלית של התכשיר הושגה רק בשילוב עם תכשיר אנטי-רטרוויראלי נוסף הניתן פומית.
- ד. תופעת הלוואי השכיחה ביותר שהובילה להפסקת הטיפול במחקרים הייתה עלייה משמעותית ברמות הליפידים והגלוקוז.

23. על איזה מהפריטים הבאים יש להמליץ שיעבור תהליך של חיטוי ברמה גבוהה (high level disinfection)?

- א. רצועות של מכשיר אקג.
- ב. מכשיר מנומטריה אזופגיאלי.
- ג. טרוקר של ניתוח לפרוסקופי.
- ד. רובוט דה-וינצ'י.

24. באיזה מהחדרים הבאים חייבים לשמור על משטר אוויר בלחץ חיובי?

- א. חדר לביצוע פעולות ברונוסקופיה.
- ב. חדר לאשפוז חולה עם חשד לשחפת.
- ג. חדר ניתוח.
- ד. חדרי לידה.

25. בן 32 עם צנתר PICC על רקע טיפולי כימוטרפיה, אושפז עם חום ואלח דם. בתרבויות דם ובקצה הצנתר צמחה *Candida albicans*. הצנתר הוצא והוחל טיפול ב-Caspofungin. כעבור 5 ימים החולה יציב, ללא חום, תרבויות הדם התנקו, ובדיקות עיניים ואקו תקינות. מהו המשך הטיפול המומלץ להשלמת 14 ימי טיפול מהתרבית השלילית הראשונה.

- א. Caspofungin 50mg IV.
- ב. Fluconazole 400 mg PO.
- ג. Fluconazole 800 mg PO.
- ד. Voriconazole 400 mg PO.

26. בן 43, אלכוהוליסט מחוסר בית, מתקבל עם סיפור של 4 שבועות חום, חולשה וירידה במשקל. בבדיקה - חום, ללא פריחה, איוושה סיסטולית מיטרלית חדשה. תרבויות דם ללא צמיחה.

מהו הווקטור הסביר ביותר?

- א. קרציית הכלב (*Rhipicephalus sanguineus*).
- ב. כינת הגוף (*Pediculus humanus*).
- ג. יתוש מסוג *Aedes*.
- ד. פרעוש מסוג (*Ctenocephalides felis*).

27. בן 50 עם ממאירות אורולוגית, לפני חודש הוכנסו נפרוסטום וקטטר לשופכה. לקראת ביקורת שגרתית אורולוגית נשלחו תרבויות סקר אשר הצמיחו *Candida glabrata* מהנפרוסטום ו-*Enterococcus faecalis* מהקטטר.

מה ההמשך הנכון של ניהול המקרה?

- א. טיפול ב-Voriconazole משולב עם Ampicillin לחמישה ימים.
- ב. מתן מנה בודדת של Liposomal Amphotericin B לפני הביקורת.
- ג. אין צורך בטיפול אנטי-מיקרוביאלי או בתרבויות חוזרות בשלב זה.
- ד. החלפת הצנתרים ושליחת קצה צנתר ה-Foley לתרבית.

28. חולה ב-ICU עובר אינטובציה ומונשם. איזו מההתערבויות הבאות הוכחה כמפחיתה באופן מובהק את שכיחות דלקת הריאות הקשורה למכונה (VAP)?

- א. החלפת מעגל ההנשמה (ventilator circuit) בכל 24 שעות.
- ב. סקשן במערכת פתוחה, תוך שימוש בקטטרים חד פעמיים.
- ג. קיצור זמן ההנשמה.
- ד. מתן פרופילקסיס קבוע ב-PPI.

29. איזה מהבאים הוא האמצעי החשוב ביותר למניעת זיהום בדם הקשור לצנתר ורידי מרכזי?

- א. שימוש בחבישות כלורקסידין 2%.
- ב. מניעת תנועת יתר של הצנתר באמצעות תפירה לעור.
- ג. שימוש בטכניקה אספטית במהלך הכנסת הצנתר.
- ד. החדרה באמצעות סונאר POCUS תוך שימוש בגיל סטרילי.

30. ע"פ ההנחיות של ה- IDSA משנת 2024 לטיפול בחיידקים עמידים, איזה מהטיפולים הבאים מומלץ לטיפול בבקטרמיה מסכנת חיים אשר נגרמה מ- *Stenotrophomonas maltophilia*?

- א. Cefiderocol.
- ב. Trimethoprim / sulfamethoxazole + Amikacin.
- ג. Levofloxacin + Trimethoprim / sulfamethoxazole.
- ד. Ceftazidime / avibactam.

31. בן חמש, בן למהגרים מאריתריאה, הגיע למיון עקב חום גבוה 40.7 מעלות, כאבי גרון/קושי בבליעה, לימפואדנופתיה צווארית משמעותית. באבחנה של פרינגיטיס מתחיל טיפול בפניצילין לווריד. הילד לא מחוסן. בתרבות לוע - צמיחה של חיידקים מסוג מתגים גראם חיוביים.

כיצד יש לנהל נכון את המשך הטיפול?

- א. ניתן להפסיק את הטיפול האנטיביוטי.
- ב. מתן טיפול באנטיטוקסין בהקדם.
- ג. מתן טיפול מונע במנה יחידה של ציפרו לכל בני המשפחה.
- ד. החלפת הטיפול לרספרים TMP SMX למשך 7 ימים.

32. בן 60, פנה עקב הופעת נודולה אדמומית ורגישה בכף היד והתפשטות נגעים דומים לאורך האמה. מציין כי מטפל בדגי Koi בבריכת נוי פרטית. נעשתה ביופסיה מהנגע, שנשלחה למיקרוביולוגיה ופתולוגיה.

איזו מהבקשות הבאות רלוונטית בעיבוד הדגימה במעבדה המיקרוביולוגית?

- א. בקשה לזריעה במצע BCYE.
- ב. בקשה לאינקובציה בטמפ' של 30 מעלות.
- ג. בקשה לבדיקה מולקולרית S18.
- ד. בקשה לצביעת calcofluor white.

33. בן 64, ידוע על polycystic kidney disease. התקבל בתמונה של אורוספסיס עם צמיחה בדם של E. coli. בהדמיה רושם כי אחת הציסטות בבליה ימין מזוהמת. טופל שלושה ימים עם Cefuroxime עם תגובה טובה, חום ירד ומועמד לשחרור. טבלת הרגישויות:

תוצאה	אנטיביוטיקה
R	Ampicillin
S	Amoxicillin-Clavulanate
S	Cefuroxime
S	Ceftriaxone
S	Ceftazidime
S	Piperacillin-Tazobactam
S	Meropenem
S	Ertapenem
S	Gentamicin
S	Amikacin
R	Ciprofloxacin
S	Levofloxacin
S	Nitrofurantoin
S	Trimethoprim-Sulfamethoxazole

מה טיפול הבחירה הפומי?

- Trimethoprim-sulfamethoxazole
- Amoxicillin-Clavulanate
- Nitrofurantoin
- Cefuroxime

34. בן 32, גנן במקצועו, ללא מחלות רקע, סובל מספר חודשים מנגע נודולרי מכוּיב, עם שוליים אדומים בכף ידו. בנוסף, נגעים אדומים נודולריים המופיעים ונסוגים לסירוגין לאורך האמה. בבדיקה היסטופתולוגית נצפו גרנולומות עם נמק מתנזל ומיקרואורגניזם מוארך בצורת סיגר 7 X 3 מיקרון עם asteroid body.

מהו טיפול הבחירה במחלה המתוארת?

- Itraconazole
- Trimethoprim-sulfamethoxazole
- Clarithromycin + Ethambutol
- Amphotericin B

35. בת 50, במהלך בירור לירידה בשמיעה, בבדיקת דם נמצא VDRL חיובי 1:16, HIV שלילי, אין מקור אחר לירידה בשמיעה. בוצע LP אשר ללא תאים, חלבון תקין VDRL שלילי. מהו ההמשך הנכון של ניהול המקרה?

- א. שלוש זריקות לשריר Benzathine penicillin (אחת לשבוע).
- ב. Penicillin G לווריד למשך שבועיים.
- ג. Benzathine penicillin מנה אחת בזריקה לשריר.
- ד. Ampicillin לווריד למשך ארבע שבועות.

36. גבר בן 42 הגיע לארץ לעבוד בחקלאות לפני שבועיים מצפון תאילנד, שם עסק בעבודות חקלאיות בשדות אורז. הוא מתלונן על חום גבוה, כאבי שרירים, ונגע עורי מוגלתי בזרוע. בבדיקות: לויקוציטוזיס, תרביית דם חיובית לחיידק גראם-שלילי עם צביעה לא אחידה בי-פולרית. מהו הטיפול הבחירה לשלב האינטנסיבי של המחלה?

- א. Amoxicillin למשך 10 ימים.
- ב. Ciprofloxacin למשך שבועיים.
- ג. Ceftazidime למשך לפחות 10 ימים.
- ד. Azithromycin למשך 5 ימים.

37. בת 32, הריון שבוע 7. ברקע G6PD. התקבלה עם צריבה במתן שתן. בתרביית מקופת חולים צמיחה של ESBL-positive E coli. איזו מהתרופות הבאות מומלצת במקרה זה?

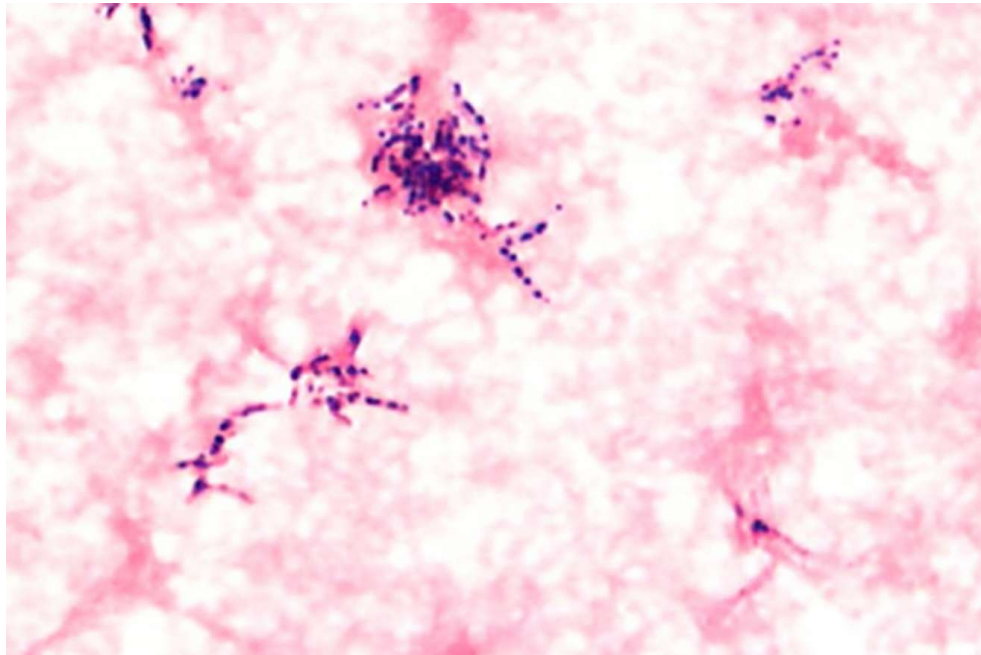
- א. Ciprofloxacin.
- ב. TMP/SMX.
- ג. Nitrofurantoin.
- ד. Fosfomycin.

38. בת 28, בריאה ברקע. התקבלה לאגף הכירורגי בשל חום, חולשה, כאבים ורגישות במישוש ב-RUQ. מספרת על הפרשות נרתיקיות בחודש האחרון. בשל הפרעה בתפקודי כבד ו-US לא אבחנתי, בוצעה לפרוסקופיה חוקרת. בניחוח הודגמו הידבקות בין קפסולת הכבד לפריטוניאום הפרייטלי.

איזו מהבדיקות הבאות תוביל לאבחון הגורם הסביר ביותר?

- א. צואה לפרזיטים.
- ב. סרולוגיה ל HCV.
- ג. PCR ל-STD בשתן.
- ד. סרולוגיה לאכינוקוקוס.

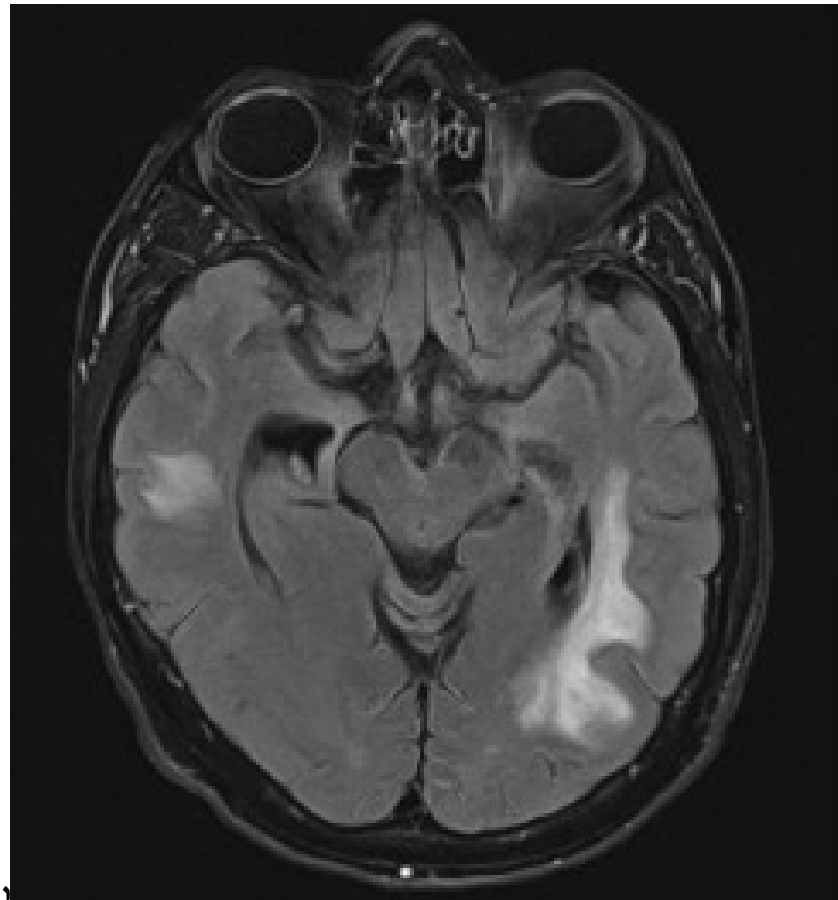
39. בן 70, ידוע על membranous nephropathy על רקע גידול ריאתי. ב- 3 החודשים האחרונים מטופל בסטרואידים וציקלוספורין. ב- 3 השבועות האחרונים סובל משיעול פרודוקטיבי בהחמרה, חום, ירידה במשקל. במסגרת בירור בוצע CT חזה עם ממצאים ריאתיים. צביעת גרם של BAL:



איזו בדיקה נדרשת להמשך ניהול המקרה?

- א. הדמיית מוח.
- ב. ביופסיית ריאה.
- ג. בדיקת גלקטומן בנוזל ה-BAL.
- ד. אקו לב ושטי TTE.

40. אשה בת 67, מטופלת ב- Rituximab בשל פמפיגואיד המערב את העיניים, מגיעה לבירור בשל ירידה קוגניטיבית הדרגתית על פני כ- 3 חודשים. ב- MRI נצפים שינויים תת קורטיקלים היפראינטנסים ב- T2 ו- FLAIR בחומר לבן, לא עוברי האדרה עם גדוליניום:



מה טיפול הבחירה למחולל הסביר ביותר?

- א. הפסקת Rituximab
- ב. Mirtazapine
- ג. Liposomal amphotericin B
- ד. Ganciclovir בשילוב IVIG

41. בן 16, שנה לאחר השתלת מח עצם מתורם זר, עם GVHD כרוני, מקבל פרדניזון ו-tacrolimus, התקבל עם חום, דיסאוריה ושתן דמי, בדיקת PCR בשתן חיובית ל-adenovirus. שבוע לאחר הפחתת מינון פרדניזון ו-tacrolimus עדיין חום ושתן דמי. בדיקת PCR מדם חיובית ל-adenovirus.

מה מהבאים יביא לשיפור קליני?

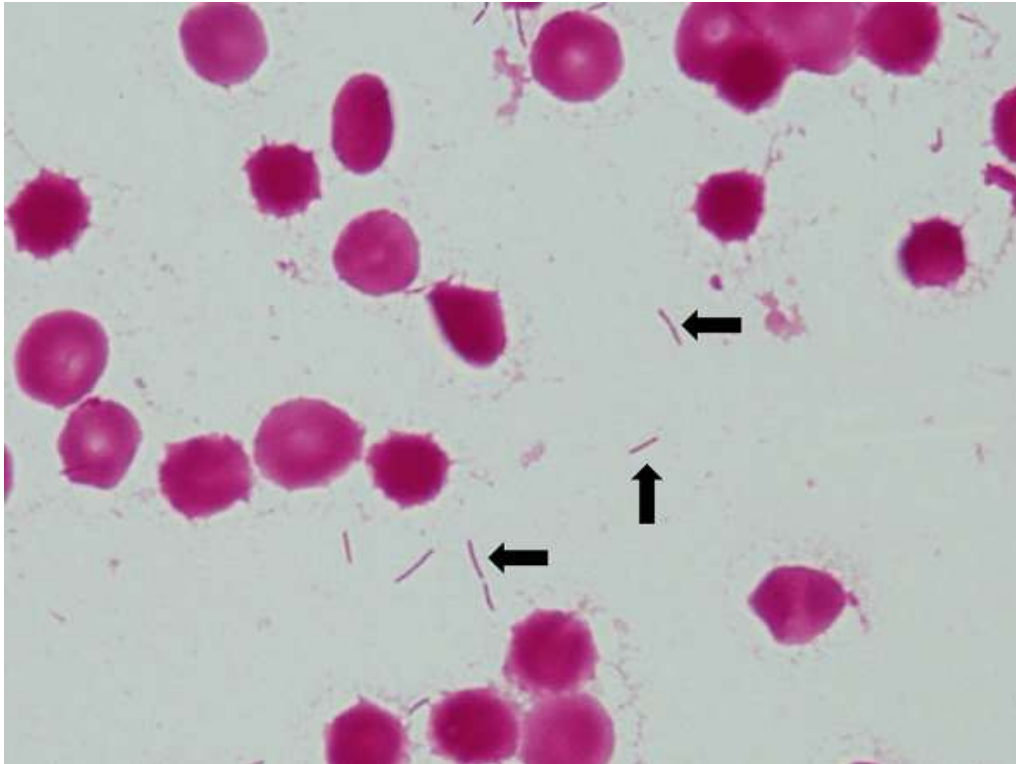
- א. מתן לווריד של Cidofovir.
- ב. מתן לווריד של Foscarnet.
- ג. שטיפות כיס השתן עם Acyclovir.
- ד. שטיפות כיס השתן עם Ganciclovir.

42. בן 55, אבחנה חדשה של Acute leukemia, מתאשפז בשל אירוע ראשון של חום ונויטרופניה. בבדיקה בקבלתו: חום 38.5, יציב המודינמית, ללא ממצאים נוספים בבדיקה פיזיקלית. צילום חזה תקין. מתחיל טיפול אנטיביוטי אמפירי ב-Piperacillin/Tazobactam. ביום ה-4 לטיפול מתבצעת הערכה לגבי מצבו: ללא חום 48 שעות, תרבויות דם ושתן ללא צמיחה, ללא עדות לזיהום ממוקם. בספירת דם עדיין נויטרופניה של 200 תאים.

מה ההמשך הנכון של ניהול המקרה?

- א. מעבר לטיפול אנטיביוטי מניעתי עם Levofloxacin.
- ב. להפסיק טיפול אנטיביוטי.
- ג. להמשיך טיפול ללא שינוי עד לעליית נויטרופילים מעל 500 תאים.
- ד. מעבר לטיפול פומי ב-Ciprofloxacin + Amoxicillin/clavulanate להשלים לשבועיים טיפול.

43. בן 45, מצב לאחר כריתת טחול משני לטראומה, מתייצג למיון עם חום גבוה, תת לחץ דם, הפרעה קשה בתפקודי כבד, וירידה במצב ההכרה.
בתרבויות דם:



באיזה טיפול הבחירה האמפירי?

- א. Ciprofloxacin.
- ב. Trimethoprim/Sulfamethoxazole.
- ג. Ceftazidime.
- ד. Amoxicillin/Clavulanate.

44. איזה מהחולים הבאים מוגדר כבעל סיכון גבוה למחלת CMV לאחר השתלה (ללא טיפול מונע)?

סוג ההשתלה מקבל Recipient תורם Donor

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| א. מח עצם | שלילי | חיובי |
| ב. כבד | שלילי | חיובי |
| ג. כבד | חיובי | שלילי |
| ד. מח עצם | שלילי | שלילי |

45. עבור איזה מהחידקים הבאים צפויה פעילות טובה של Ceftazidime-Avibactam?

- א. VIM-producing *Klebsiella oxytoca*.
 - ב. *Bacteroides fragilis*.
 - ג. AmpC de-repressed *Enterobacter cloacae*.
 - ד. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*.
-

46. מועמד לניתוח למינקטומיה מדווח על תגובה אלרגית ל- penicillin בעבר.

באיזה מהמקרים הבאים לא ניתן לתת לחולה זה טיפול מונע ב- Cefazolin?

- א. אנגיודמה שהופיעה בתוך שעה מעירוי Penicillin.
 - ב. תגובת Steven Johnson אחרי טיפול Amoxicillin.
 - ג. פריחה מקולופולרית אחרי טיפול Cefalexin.
 - ד. ברונוספזם אחרי טיפול Ceftriaxone - לפני שנה.
-

47. בחולה המפתח febrile neutropenia, מה מהבאים הוא אינדיקציה להוספה של ונקומיצין לטיפול האמפירי?

- א. נויטרופניה עמוקה (>100) בבדיקות דם.
 - ב. היסטוריה של טיפול אנטיביוטי Ceftriaxone במהלך 3 החודשים האחרונים.
 - ג. היסטוריה של תגובה אלרגית Cefuroxime בעבר.
 - ד. מוקוזיטיס דרגה 4 בפה.
-

48. מטופל פיתח נזירופתיה פריפרית אחרי שימוש ממושך באנטיביוטיקה. איזה מהתכשירים הבאים הוא הגורם הסביר ביותר?

- א. Doxycycline.
 - ב. Metronidazole.
 - ג. Azithromycin.
 - ד. Trimethoprim/Sulfamethoxazole.
-

49. בן 49, מורה בבית ספר, HIV אובחן לפני חודש, עם CD4 75 cells/ml ועם עומס נגיפי של c/ml 100,000, מטופל ב- Tivicay (dolutegravir) + Truvada (emtricitabine/tenofovir). בבדיקות דם המוגלובין ירד מ- 13 ל- 6, שאר בדיקות המעבדה, כולל תפקודי כבד, הפטוגלובין ו-LDH, תקינות. אין היסטוריה של אובדן דם, וצואה לדם סמוי שלילית. מספר ילדים מכיתתו סבלו ממחלת חום ופריחה בחודש האחרון.

מה טיפול הבחירה לגורם הסביר ביותר שגורם לאנמיה?

- א. Erythropoietin.
- ב. החלפת טיפול Tivicay (dolutegravir) ל- Prezista (darunavir).
- ג. סטרואידים (Prednisolone).
- ד. IVIG (Intravenous Immunoglobulin).

50. בן 62, ברקע CLL עם תופעות אוטואימוניות, מטופל במשלב הכולל סטרואידים Bruton's tyrosine kinase (BTK) inhibitor. מתקבל עקב פרכוסים פוקליים חדשים וב-MRI מוח מודגם נגע העובר האדורה עם בצקת מסביבו.

לאור הרקע של המטופל, מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Echinococcus.
- ב. Aspergillus.
- ג. Rapid growing mycobacteria.
- ד. EBV related lymphoma.

51. בן 50, שלושה חודשים לאחר השתלת מח עצם אלוגנאית (Day +90), מאושפז בשל חום, שיעול וחסר נוירולוגי חדש. המטופל נוטל למניעה Fluconazole מדי יום ו- Trimethoprim/sulfamethoxazole שלוש פעמים בשבוע. ב-CT חזה נצפו תסנינים נודולריים וב-MRI מוח הודגמו מספר תהליכים תופסי מקום עם האדורה טבעתית. ב-BAL נצפו מתגים גרם-חיוביים מסועפים, שהם Weakly acid-fast. מהו טיפול הבחירה?

- א. העלאת מינון ה-Trimethoprim/sulfamethoxazole למינון 15 mg/kg של רכיב ה-TMP.
- ב. התחלת טיפול משולב ב-Liposomal Amphotericin B ו-Voriconazole.
- ג. ביצוע ביופסיה מוחית דחופה והתחלת טיפול אנטי-מיקרוביאלי.
- ד. התחלת טיפול ב- Amikacin + Trimethoprim/sulfamethoxazole + imipenem.

52. איזו מהתרופות הבאות מאושרת FDA כטיפול לאבעבועות שחורות (smallpox (variola virus)?

- א. Cidofovir.
- ב. Ribavirin.
- ג. Tecovirimat.
- ד. Brincidofovir.

53. במחקר ה-BALANCE, שפורסם ב-NEJM 2025, נמצא כי הטיפול בחולים עם בקטרמיה ב- 7 ימי טיפול אנטיביוטי, לעומת 14 יום, היה לא נחות.

איזו מהאוכלוסיות הבאות נכללו במחקר?

- א. חולי ICU.
- ב. נויטרופנים.
- ג. מושטלי איברים.
- ד. חולים עם staph aureus.

54. בן 70, ברקע סוכרת, מחלת לב איסכמית, התקבל בשל עליית חום מזה חמישה ימים. תרבית דם צמיחה של סלמונלה.

איזה מהבירורים הבאים נדרש?

- א. סיטי בטן עם חומר ניגוד בשתייה.
- ב. US בטן.
- ג. סיטי אנגיו כלל גופי.
- ד. אקו לב תוך ושטי.

55. חולה בן 32, פועל זר, מפעיל טרקטור במפעל חומרי בניין ועפר, הגיע למיון כי מזה 4 ימים מרגיש "נוקשות שרירים". ביום קבלתו מתקשה לדבר, מרגיש "לסת נעולה". בבדיקה – טונוס מוגבר בשרירי הלסת (masseter) ושרירי הגב.

איזה מהטיפולים הבאים הוא הנכון במקרה זה?

- א. Heptavalent botulinum antitoxin (HBAT).
- ב. Human tetanus immunoglobulin - tetanus toxoid.
- ג. rabies immunoglobulin.
- ד. moxifloxacin + Doxycycline.

56. בן 31, בריא, חזר מטיול בהודו עם חום וכאב בטן ופריחה בבית חזה:



מה מהבאים תורם במיוחד להתפתחות נשאות כרונית של גורם המחלה?

- א. הטרוזיגוטיות להמוגלובין S.
- ב. ביקור קודם בהודו.
- ג. נוכחות של אבני מרה בכיס המרה.
- ד. שימוש ממושך באנטיביוטיקה מסוג בטא-לקטמים.

57. מהו המאפיין המרכזי של מחקר מסוג Case-Control?

- א. מאפשר חישוב ישיר של היארעות (Incidence) וסיכון יחסי (Relative Risk).
 - ב. משמש לחקירת מחלות בעלות תקופת חביון (Latency) ארוכה או מחלות נדירות.
 - ג. יתרונו העיקרי הוא ביטול הטיות מסוג Selection bias ו-Recall bias.
 - ד. המחקר מתבצע תמיד באופן פרוספקטיבי, כאשר החוקר שולט בחשיפה של המשתתפים.
-

58. בת 38 מתייצגת עם חום, כאב ראש ונוקשות בצוואר במשך יומיים; אירועים דומים התרחשו בכל 3-4 חודשים במשך מספר שנים, עם הפוגה ספונטנית לאחר 4-5 ימים. בבדיקתה - ללא פריחה בגוף וללא נגעים בגנטליה. בדיקות המעבדה תקינות. בבדיקת נוזל שדרה (CSF) 70 תאי דם לבנים למ"מ³ (100% לימפוציטים), גלוקוז 60 מ"ג/ד"ל, חלבון 100 מ"ג/ד"ל; בצביעת גראם לא נצפו חיידקים.

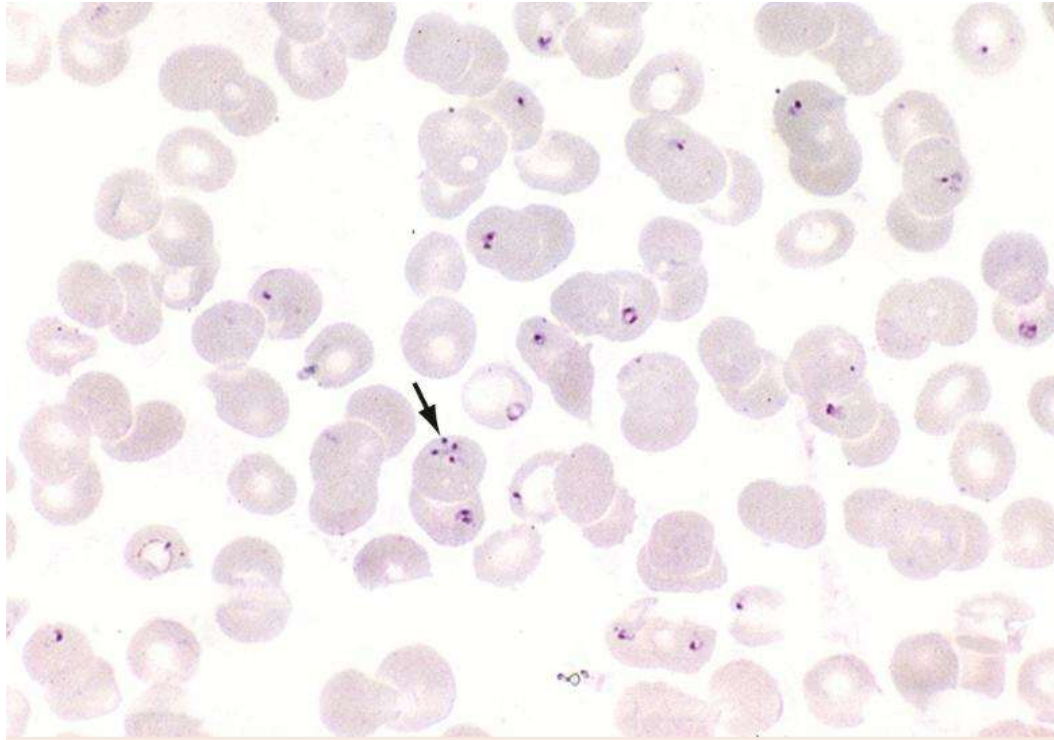
מה האטיולוגיה הסבירה ביותר?

- א. *Haemophilus influenzae*.
- ב. *Herpes simplex virus type 1*.
- ג. *Herpes simplex virus type 2*.
- ד. *Human herpes virus 6*.

59. בן 60 חזר מטיול בבנגלדש ומתקבל בשל שלשול מימי מאסיבי בתדירות של כ-20 פעמים ביממה, המלווה בהקאות מרובות. החולה א-פיברילי. בבדיקתו: לחץ דם 90/50 מ"מ"כ, דופק 115 פעימות לדקה וירידה במצב ההכרה. בדיקות המעבדה מדגימות אי-ספיקת כליות חריפה עם Creatinine 9 mg/dL ו-Urea 260 mg/dL, לצד גלוקוז 60 mg/dL. בנוסף להחייאת נוזלים אגרסיבית, מהו המשך הניהול הנכון של המקרה?

- א. המשך טיפול תומך ומאזן אלקטרוליטרי בלבד.
 - ב. *Azithromycin*.
 - ג. *Metronidazole*.
 - ד. *Ceftriaxone*.
-

60. בן 25, בעברו תאונת דרכים וכריתת טחול לפני 10 שנים. היה בביקור בסין למשך חודש. הגיע למיון עם חום עד 40 מעלות וצמרמורות, צהבת בלחמיות, המוגלובין 6. לחץ דם 90/70, דופק 110. משטח הדם:



מה הטיפול הבחירה במטופל זה?

- א. Atovaquone + azithromycin
- ב. Artemether lumefantrine
- ג. Artesunate
- ד. Doxycycline

61. קבוצת אנשים שהשתתפו בשייט על ספינה התייצגו למיון עם הקאות ושלשולים.

מה הדרך הטובה ביותר למנוע את ההתפשטות של המחלה בספינה ובבית החולים?

- א. nitazoxanide מניעת למגעים.
- ב. היגיינת ידיים במים וסבון.
- ג. חיטוי עם כלור בריכוז נמוך.
- ד. היגיינת ידיים עם אלקוהול.

62. מטופל בן 38, מתאשפז עם מנינגיטיס לאחר ניתוח כריתת מנינגיומה.

ב- CSF צמיחה של *Klebsiella aerogenes*.

פרופיל רגישות:

	Interpretation
Amoxicillin-Clavulanate	S
Cefuroxime	R
Ceftriaxone	S
Cefepime	S
Piperacillin - Tazobactam	S
Meropenem	S

איזה מבין הבאים הינו טיפול הבחירה במצב זה?

- א. Cefepime.
- ב. Piperacillin/Tazobactam.
- ג. Meropenem.
- ד. Amoxicillin/clavulanate.

63. בן 21, בריא בד"כ, מתאשפז עם מחלת חום מזה שבוע, מלווה שיעול, כאבי ראש, כאבי גרון ואוזניים.

בצילום חזה - תסנינים דו"צ באונות תחתונות. במעבדה - אנמיה קלה, ספירה לבנה תקינה, טסיות תקינות. אנזימי כבד תקינים LDH מוגבר (500). לאחר 3 ימי אשפוז המטופל מפתח אצירת שתן

וחולשת רגליים. ב- MRI – ממצאים המתאימים לטרנסברס מיאליטיס.

איזה מבין הבאים הינו טיפול הבחירה למחולל הסביר ביותר?

- א. Trimethoprim/sulfamethoxazole.
- ב. Azithromycin.
- ג. Amphotericin B liposomal.
- ד. Ceftriaxone.

64. בן 28, עובר ניתוח כריתת תוספתן בשל Acute appendicitis. בקבלתו הותחל טיפול אנטיביוטי Cefuroxime + Metronidazole. במהלך הניתוח נמצא תוספתן מודלק עם מעט נוזל סביבו, נלקח מטוש לתרבית. לאחר 48 שעות, צמיחה של ESBL E. coli, רגיש Ciprofloxacin, Piperacillin/Tazobactam, Meropenem. המטופל ללא חום, WBC – 13K (בירידה מ-18,000).

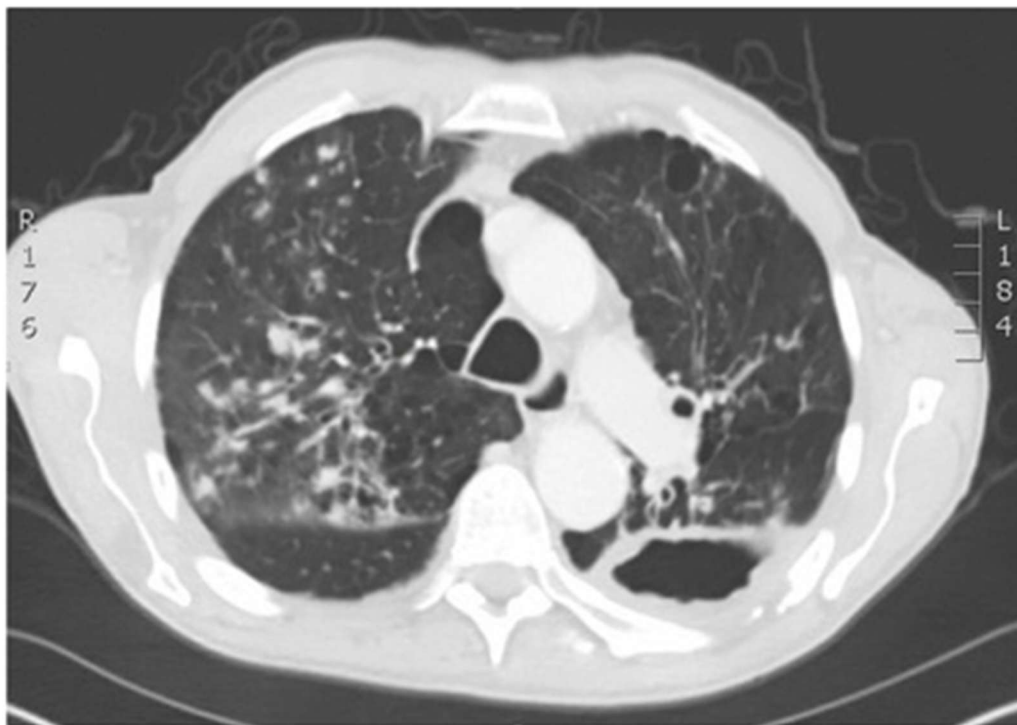
על פי הנחיות IDSA מ-2024, מה הצעד הנכון הבא בניהול המקרה?

- א. שינוי הטיפול האנטיביוטי Ciprofloxacin + Metronidazole.
- ב. שינוי הטיפול האנטיביוטי Meropenem.
- ג. הפסקת הטיפול האנטיביוטי.
- ד. המשך טיפול אנטיביוטי נוכחי ללא שינוי.

65. משפחה מתייעצת במרפאת מטיילים לקראת נסיעה לגואטמלה לשנה. על פי תדריך החיסונים הישראלי (עדכון 2024), מי מהבאים רשאי לקבל את החיסון Qdenga?

- א. אמא חולת לופוס המטופלת בפרדניזון 20 מ"ג ליום.
- ב. פעוטה בת 3 שנים שהחלימה ממחלת דנגי לפני 10 חודשים.
- ג. אבא שהחלים ממחלת דנגי לפני 3 חודשים (מוכח סרולוגית).
- ד. ילד בריא בן 12 שנים ללא עבר רפואי רלוונטי.

66. בן 50, מעשן כבד שנים רבות. בשל תלונות של שיעול פרודוקטיבי וירידה במשקל ב- 4 חודשים אחרונים הוא מבצע בדיקת CT:



בהמשך מתבצעת בرونכוסקופיה, ובתרביית מה- BAL מופיעה צמיחה של *Mycobacterium avium*.

מה טיפול הבחירה למחלתו?

- א. Azithromycin Ethambutol Rifampin Amikacin
- ב. Azithromycin Ethambutol Rifampin
- ג. Isoniazid Rifampin Pyrazinamide Ethambutol
- ד. אין אבחנה דפניטיבית יש צורך בנטילת דגימה נוספת.

67. בת 35, בריאה, אמא ל- 2 ילדים בגיל 3 ו- 5, מחוסנים לפי גילם. היא בהריון בשבוע 20, מגיעה למיון מודאגת ואתסמינית, אחרי שילד בגן ששהה יום קודם בביתם, אובחן עם אבעבועות רוח.

מה הצעד הבא בניהול המקרה?

- א. מתן Shingrix
- ב. מתן VariZIG
- ג. מתן IVIG
- ד. בדיקת סרולוגיה לוריצלה.

68. בן 65, ברקע סוכרת ו- COPD ע"ר עישון כבד, מתאשפז עם החמרה בשיעול ליחתי מוגלתי וקוצר נשימה, ללא חום. נזקק לחמצן. בצילום החזה אין תסנין. אושפז בתמונה דומה שלוש פעמים בשנה האחרונה וטופל בכל פעם אנטיביוטית.

מה הטיפול הבחירה בשלב זה?

- א. Ceftriaxone
- ב. Azithromycin
- ג. Doxycycline
- ד. Ceftazidime

69. תינוק בן חודשיים, נולד במועד, לאם עם מחלת קרוהן שטופלה באינפליקסימאב (Infliximab) במהלך ההריון, כולל מנה אחרונה בשבוע 30. התינוק בריא.

מהי ההמלצה הנכונה בנוגע למתן חיסון רוטה לתינוק?

- א. יש לדחות את מתן החיסון בתינוק לפחות 12 חודשים מקבלת הטיפול הביולוגי.
- ב. ניתן לחסן את התינוק בהתאם ללוח החיסונים הרגיל.
- ג. יש לבדוק רמות של Infliximab בדם התינוק לפני מתן החיסון.
- ד. קיימת התוויית נגד למתן חיסון רוטה לתינוק שאימו מדוכאת חיסון.

70. איזה מהגורמים הבאים קשור בסיכון ל- post-partum endometritis?

- א. לידה נרתיקית.
- ב. ניתוח קיסרי.
- ג. פקיעת מים פחות מ- 6 שעות.
- ד. טיפול מניעתי באזיטרומיצין.

71. בן 34, התקבל בשל חום גבוה, פריחה פטכיאלית ממושטת בגפיים ובגו. ל"ד סיסטולי 70. מעבדתית תמונה של DIC, אי ספיקת כליות. הוחל טיפול בצפטריאקסון ודוקסילין. כעבור 12 שעות מקבלתו - תרבית דם חיובית. בצביעת גרם קוקים גרם שליליים. אשתו של המטופל בהריון.

מה הטיפול המניעתי המומלץ ביותר עבור אשתו?

- א. Ciprofloxacin
- ב. Ceftriaxone
- ג. Doxycycline
- ד. Rifampin

72. בן 65, מאושפז בתמונה של פנקראטיטיס על רקע אלכוהולי. חום 38.7, ל"ד 110/70, דופק 100 לדקה, סטורציה שמורה באוויר חדר. במעבדה - WBC=18,000, CRP=105 mg/L, Albumin-LDH=700, 2.9. ב-CT הסננה סביב הלב, עם מספר מוקדים נמקיים קטנים עד 5 מ"מ בתוכו. נלקחו תרביות דם.

מהו הניהול הנכון של המקרה ביממה הראשונה לאשפוז, בנוסף לטיפול תומך?

- א. התחלת טיפול אנטיביוטי ב- Imipenem.
- ב. התחלת טיפול אנטיביוטי ב- Meropenem + Fluconazole.
- ג. ניקוז כירורגי לפרוסקופי.
- ד. מעקב בלבד.

73. בת 70, מאושפזת בתמונה של דלקת בכיס ודרכי מרה בטיפול נמרץ. בעברה הכנסת סטנט לדרכי המרה לאור גידול חוסם. הוכנס נקז בהגעתה. למחרת נקראת להתייעצות לגבי המשך טיפול אנטיביוטי, לאור צמיחה של קוקים גראם חיוביים בשרשראות בתרביות דם, עדיין ללא תשובת תרבית מהניקוז. בקבלתה הותחל ceftriaxone + metronidazole.

מה המשך ניהול המקרה לאור המידע הנוסף?

- א. החלפת הטיפול האמפירי ל- Ampicillin מינון גבוה.
- ב. המשך טיפול נוכחי ללא שינוי.
- ג. החלפת הטיפול ל- Vancomycin + Metronidazole.
- ד. החלפת הטיפול ל- Piperacillin/Tazobactam.

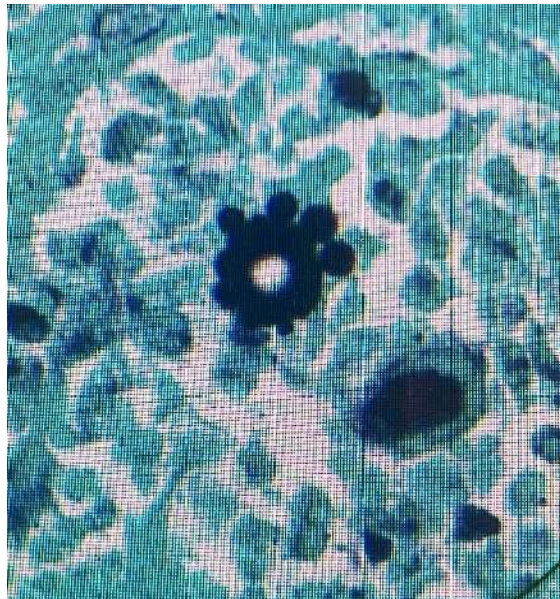
74. בת 28, בהריון שני שבוע 7. בהריון קודם, לפני שלוש שנים, הייתה עם CMV שלילי.
בדיקה סרולוגית כעת:

Assay	Value	Normal values
CMV IgM screen	0.85	>0.8 positive
CMV IgM Vidas	1.2	>1 positive
CMV IgG	258	>10 positive
CMV IgG vidas	15	>5 positive
IgG avidity	0.72	>0.45 medium, >0.65 high

מה המשך ניהול נכון של המקרה?

- א. המשך מעקב הריון שגרתי.
- ב. בדיקת CMV PCR VIRAL LOAD.
- ג. התחלת טיפול ב-acyclovir.
- ד. התחלת טיפול ב-valganciclovir.

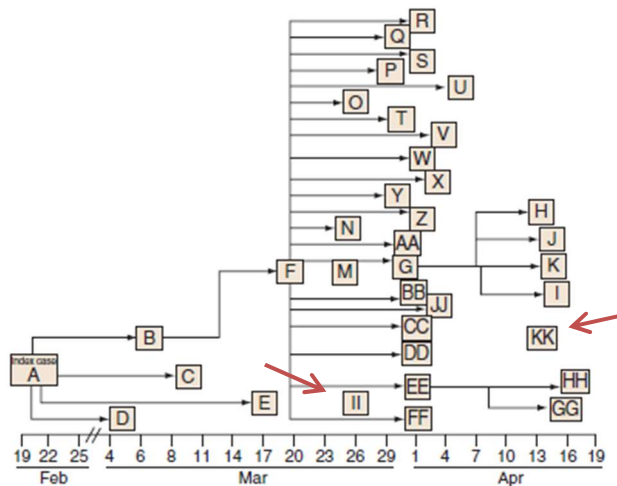
75. בת 70, לאחר השתלת מח עצם על רקע MM ומטופלת בפלסמהפרזיס אחת לחודש. אושפזה עם נגעים ריאתיים ועוריים חדשים. חובבת טיולים וטיילה בדרום אמריקה לפני 10 שנים, בארה"ב לפני 8 שנים ובתאילנד והודו לפני 5 שנים.
בוצעה ביופסיה:



מה טיפול הבחירה?

- א. Pyrimethamine, sulfadiazine, folinic acid
- ב. Itraconazole
- ג. Nitazoxanide
- ד. Fluconazole, Flucytosine

76. לפניכם תרשים המתאר שרשרת הדבקה בהתפרצות של זיהום:



מה מהבאים ניתן לומר לגבי חולים KK ו- II?

- הם מקור ההדבקה.
- אצלם הסתיימה שרשרת ההדבקה.
- לא אותרו מגעים בינם לבין חולים אחרים.
- הם קרובי משפחה של DD ו- EE.

77. חיידק *Stenotrophomonas maltophilia* הוא בעל עמידות פנימית (Intrinsic) של-L1 Metallo- β -lactamase L2 ו β -lactamase Serine.

איזה מהשילובים התרופתיים הבאים יכול להתגבר על שילוב מנגנון עמידות זה?

- Colistin + Meropenem.
- Ampicillin-Sulbactam + Minocycline.
- Ciprofloxacin + Amoxicillin-Clavulanate.
- Aztreonam + Avibactam.

78. מהו מנגנון העמידות המרכזי שמפתח *Methicillin Resistant Staphylococcus aureus* כנגד

Daptomycin?

- Enzymatic deactivation.
- Efflux pumps.
- Alteration of target site.
- Overproduction of target.

79. איזה מהמנגנונים הבאים של חיידקים מוביל להתפתחות של זיהומים חמורים בדרכי השתן בשכיחות הגבוהה ביותר?

- א. Adhesion of fimbriae.
- ב. Enzyme production.
- ג. PBP alteration.
- ד. Efflux pump evasion.

80. מה מהבאים מתאר בצורה הטובה ביותר את המנגנון של עמידות נרכשת (premunity) למלריה?

- א. מונעת את נוכחות הטפיל בדם, והיא נשמרת לכל החיים.
- ב. מפחיתה את הסיכון למחלה סימפטומטית קשה ודורשת חשיפה מתמשכת כדי להישמר.
- ג. חסינות מולדת הנגרמת על ידי נוכחות המוגלובין עוברי, והיא נשמרת גם בבגרות.
- ד. חסינות זמנית מופיעה לאחר טיפול תרופתי, נשמרת ל- 5 שנים במוצע.

81. מושתל כליה, המטופל באופן קבוע ב- Tacrolimus, Prednisone, Mycophenolate mofetil פונה לרופא משפחה לאחר יממה של שיעול, נזלת, חום. סימנים חיוניים - לח"ד 140/95, דופק 120, סטורציה 96% באוויר חדר. בדיקת אנטיגן חיובית לקורונה (COVID-19).

מה טיפול הבחירה במצב זה?

- א. Nirmatrelvir/ritonavir ל- 5 ימים.
- ב. Nirmatrelvir/ritonavir ל- 3 ימים.
- ג. Remdesivir ל- 3 ימים.
- ד. Dexamethasone ביחד עם Remdesivir ל- 5 ימים.

82. במי מהבאים יש לטפל ב- Oseltamivir?

- א. בן 50 מחוסן לשפעת, חולה מזה 5 ימים, התאשפז עם חום והיפוקסיה, בדיקת PCR חיובי לשפעת.
- ב. בת 24, חודש אחרי לידה, עם חום, שיעול ואנטיגן חיובי לשפעת.
- ג. בת 40, חולה מזה שלושה ימים עם חום ובדיקת אנטיגן חיובית לשפעת, בעלה, בן 45, מושתל כליה מזה 5 שנים.
- ד. בן 32, BMI 34, עם חום מזה 3 ימים ואנטיגן חיובי לשפעת.

83. גבר בן 70 עם שחמת כבד Child-Pugh C, מטופל מניעתי Ciprofloxacin עקב אירועים חוזרים של Spontaneous bacterial peritonitis – SBP. ידוע על נשאות ESBL במשטח רקטלי. מתאשפז עם חום, כאבי בטן והחמרה בתפקודי כליה. בניקור מיימת נמצאו 1,800 תאי דם לבנים, 85% נויטרופילים. בתרבית נוזל המיימת - צמיחה של *Streptococcus pyogenes* (Group A Strep).

מהו טיפול הבחירה?

- א. Moxifloxacin
- ב. High-dose Penicillin
- ג. Piperacillin/Tazobactam
- ד. Ampicillin + Gentamicin + Metronidazole

84. בן 30, עולה חדש מבריה"מ לשעבר, בריא בדרך כלל, ללא HIV. מזה חודשיים סובל מנפיחות וכאב בצוואר בצד אחד. בוצעה ביופסיה של בלוטת לימפה, ובפתולוגיה נצפו גרנולומות ומתגים שנצבעו ב- acid-fast. הוחל טיפול ב- Isoniazid, Rifampin, Ethambutol, Pyrazinamide. בביקורת לאחר שלושה שבועות מופיעה החמרה עם הגדלת הבלוטות, אודם והפרשה מקומית.

מהו המשך נכון של ניהול המקרה?

- א. מתן קורס קצר של Corticosteroids
- ב. ביצוע ניקוז כירורגי מלא של הבלוטה
- ג. החלפת הטיפול Imipenem, Azithromycin, Amikacin
- ד. הוספת Moxifloxacin לטיפול הנוכחי

85. גבר בן 58, בריא בד"כ, מאושפז ביחידה לטיפול נמרץ לאחר ניתוח בעקבות טראומה ברגל. בתרבית דם צמחה *Candida spp.* אשר המעבדה טרם זיהתה סופית. תוצאות רגישות ראשונית:

Drug	MIC ($\mu\text{g/ml}$)
Fluconazole	64
Voriconazole	0.5
Micafungin	8
Amphotericin B	0.5

מהו טיפול הבחירה?

- א. Caspofungin
- ב. Fluconazole high dose
- ג. Voriconazole
- ד. Liposomal Amphotericin B

86. ילד בן 10 שנים עם אי-ספיקת כליות סופנית עובר דיאליזה פריטונאלית. הוא מגיע עם חום ורגישות בטנית ממושטת קלה. נוזל הדיאליזה הפריטונאלית נראה צלול, בבדיקת הנוזל 150 תאים לבנים למ"מ³, 60% נויטרופילים וצביעת גרם שלילית.

מהי הגישה הנכונה ביותר לחולה זה?

- א. להתחיל טיפול אמפירי באנטיביוטיקה תוך-פריטונאלית כנגד חיידקים גראם חיוביים ושליליים.
- ב. לחזור על ספירת התאים בנוזל הדיאליזה בעוד 12–24 שעות ולהמשיך מעקב קליני.
- ג. להפסיק את הדיאליזה הפריטונאלית ולעבור להמודיאלזה.
- ד. להתחיל טיפול אנטיביוטי תוך ורידי עד לקבלת תשובת תרבית מהנוזל הפריטוניאלי.

87. גבר בן 35, מתאשפז עם חום, כאב ראש והפרעות ראייה. בבדיקת LP נמצא לחץ פתיחה גבוה, ב-CSF נמצאו 120 תאים לבנים (רובם לימפוציטים), חלבון גבוה, גלוקוז נמוך. צביעת Ziehl-Neelsen חיובית, PCR ל-Mycobacterium tuberculosis חיובי. בדיקת HIV חיובית, CD4 = 80 תאים/מ"ל.

מהו המשך נכון של ניהול המקרה מבחינת תזמון הטיפול נגד השחפת (anti-TB) ונגד HIV (ART)?

- א. יש להתחיל את שניהם בו זמנית.
- ב. יש להתחיל טיפול anti-TB ולאחר שבועיים ART.
- ג. יש להתחיל טיפול anti-TB ולאחר 8 שבועות ART.
- ד. יש להתחיל ART לפני התחלת טיפול anti-TB.

88. בן 28, אובחן עם HIV לפני 4 שנים, מטופל ב-tenofovir, alafenamide/emtricitabine/dolutegravir, עומס נגיפי בלתי מדיד בשנה האחרונה. כעת בביקור שגרתי, ללא תלונות, בדיקה פיזיקלית תקינה, עומס נגיפי 220 עותקים/מ"ל, CD4 = 590.

מה הצעד הנכון הבא בניהול המקרה?

- א. להמשיך טיפול ללא שינוי ולחזור על בדיקת עומס נגיפי בעוד 4–8 שבועות.
- ב. להחליף טיפול ל-darunavir/cobicistat + tenofovir/emtricitabine ולשלוח בדיקת עמידות.
- ג. להחליף ל-efavirenz/lamivudine/tenofovir ולשלוח בדיקת עמידות.
- ד. החלפת הטיפול ל-Abacavir / Nelfinavir / Ritonavir.

89. מתקבלת תשובת רגישות מתרבית דם עם צמיחה של *Klebsiella pneumoniae* :

רגישות	אנטיביוטיקה
R	Amoxicillin/clavulanate
R	Ceftazidime
R	Ceftriaxone
R	Meropenem
R	Piperacillin/tazobactam
R	Aztreonam
R	Ciprofloxacin
S	Ceftazidime/Avibactam
S	Colistin
S	Cefiderocol
R	Ceftolozane/Tazobactam

בהתייחס לממצאים אלה, מה מהבאים נכון?

- רכישה של KPC.
- טעות מעבדה.
- רכישה של VIM.
- אובדן של OprD.

90. בתרבית דם של חולה עם מסתם מלאכותי התקבלה צביעה חיובית לקוקים גרם חיוביים באשכולות. בוצעה בדיקת PCR על אחת הדגימות, אשר זיהתה את המחולל כ- *Staphylococcus epidermidis* וזוהה מנגנון עמידות *mecA*.

מה המשמעות של הזיהוי לגבי החיידק?

- החיידק אינו מסוגל לייצר טוקסינים.
- החיידק עמיד ל- daptomycin.
- החיידק מבטא PBP2a.
- החיידק רגיש ל- rifampin.

91. עשרה דיירים בדיור מוגן פיתחו התקפי התכווצויות בטן ושלשול מימי מאסיבי, ללא חום, כ-12 שעות לאחר ארוחת ערב שכללה צלי בשר שבושל בסיר גדול וקורר באיטיות. מהו המנגנון האחראי למחלה במחולל הסביר ביותר?

- שחרור אנטרנטוקסין במהלך ספורולציה (Sporulation) של החיידק במעי הדק.
- בליעה של אנטרנטוקסין עמיד לחום (Heat-stable) שנוצר במזון טרם צריכתו.
- ייצור רעלן ה- Cereulide המפעיל את קולטני ה-HT3-5 בדרכי העיכול.
- חדירה ישירה של החיידק לתאי האנדוהל במעי הגס והרס ה-Microvilli.

92. ביממה האחרונה נפטרו שלושה מטיילים בשנות ה-20 לחייהם מתוך קבוצת חברים שטיילו בחו"ל ביחד, מדלקת ריאות חריפה. חולה שלישי מאותה קבוצת חברים הגיע למיון עם חום גבוה, שיעול, קוצר נשימה וכיח דמי. במשטח גרם מכיח של שני החולים הראשונים נצפו מתגים גרם-שליליים עם צביעה ביפולרית.

מהי הבדיקה המהירה והחשובה ביותר לאישור האבחנה?

- א. תרבית דם על MacConkey agar.
- ב. PCR לזיהוי *Yersinia pestis*.
- ג. בדיקת אנטיגן בשתן ל- *Legionella pneumophila*.
- ד. צביעת Ziehl-Neelsen לזיהוי חיידקים חומצה-מהירים.

93. אדם בן 55 מגיע למרפאה לשאול על חיסון נגד שלבקת חוגרת (Shingrix). הוא לא זוכר האם חלה באבעבועות רוח כילד או לא.

לפי ההנחיות המעודכנות, מה ההמשך הנכון של ניהול המקרה?

- א. יש לחסן בשתי מנות Shingrix.
- ב. יש לחסן בשתי מנות Zostavax ואחרי חצי שנה שתי מנות Shingrix.
- ג. יש לקחת רמות נוגדנים, ואם שלילי - לחסן בשתי מנות Shingrix.
- ד. בהיעדר הוכחת תחלואה בילדות אין צורך לחסן.

94. בת 50, עם סרטן זנב הבלב, מיועדת לכריתת הגידול וכריתת טחול.

אילו חיסונים ומהו מועד החיסון שיש לתת לפי ההנחיות?

- א. PPSV23 + חיסון שפעת, טטנוס וחיסון לשעלת לפחות 14 יום אחרי הניתוח.
- ב. Prevenar 20 בלבד, ביום הניתוח.
- ג. Prevenar 20 + חיסון נגד טטנוס, חיסון מנינגוקוקוס B 30 יום אחרי הניתוח.
- ד. Prevenar 20 + חיסון ACWY + חיסון מנינגוקוק B, + חיסון Hib לפחות 14 ימים לפני הניתוח.

95. גבר בן 50, שבוע לאחר זריקת ולטרן לכאבי גב, אובחן עם epidural abscess ועבר ניקוז תחת CT. בצביעת גרם: קוקים גרם-חיוביים באשכולות. הוחל טיפול אמפירי ב- Vancomycin + Ceftazidime. למחרת מופיע קושי בהליכה, כוח גס ברגליים 3/5 דו"צ, רפלקסים מוחלשים, אצירת שתן. החולה יציב, רגישות מעל עמוד שדרה צווארי.

מהו הצעד הנכון הבא בניהול המקרה?

- א. התחלת טיפול ב- IVIG.
- ב. החלפת טיפול אנטיביוטי ל- Linezolid + Rifampin.
- ג. ניקוז והטרייה דחופה בחדר ניתוח.
- ד. הוספת טיפול ב- Dexamethasone.

96. בת 25 (G4P3), בלידה פעילה בשבוע 37+3. סטטוס GBS אינו ידוע, ללא היסטוריה של אלח דם ביילוד בעבר. האישה מדווחת על אנפילקסיס למוקסיפן. חום גופה 37.0 מעלות, ואין עדות לירידת מים ממושכת. מהו הצעד הנכון ביותר בניהול המקרה?

- א. אין התוויה למתן טיפול אנטיביוטי מונע.
- ב. יש להתחיל טיפול ב- Clindamycin לווריד עד הלידה.
- ג. יש להתחיל טיפול ב- Vancomycin לווריד עד הלידה.
- ד. יש לבצע דה-סנסיטיזציה ולהתחיל טיפול Ampicillin.

97. ילדה בת 8 מובאת לחדר מיון לאחר דיווח על מגע מיני לא הולם מצד שכן. הילדה אסימפטומטית והבדיקה הגופנית תקינה לחלוטין. מהי הגישה המומלצת לניהול המקרה??

- א. ביצוע צביעת גראם ומשטחי נרתיק; טיפול אנטיביוטי יינתן רק במידה והתוצאות חיוביות.
- ב. מעקב קליני בלבד בעוד שבועיים; אין אינדיקציה לבירור מעבדתי בילדה אסימפטומטית.
- ג. ביצוע בדיקות NAAT מאתרי המגע (וגינלי, רקטלי, פרינגיאללי); אין צורך בטיפול אמפירי כעת.
- ד. מתן טיפול אמפירי מיידי ב- Ceftriaxone, Doxycycline ו-Metronidazole ללא קשר לתוצאות המעבדה.

98. תינוק נולד במועד לאם עם HIV שלא הייתה במעקב או בטיפול טרום-לידתי. עומס נגיפי אימהי בלידה: 65,000 עותקים/מ"ל. הלידה בוצעה בניתוח קיסרי והתינוק בריא קלינית. מהי הגישה הטיפולית המומלצת עבור היילוד?

- א. מתן מונותרפיה ב- Zidovudine (AZT) תוך 24 שעות מהלידה, למשך 4 שבועות.
- ב. התחלת משטר תלת-תרופתי (AZT + 3TC + NVP או RAL) מוקדם ככל הניתן, רצוי תוך 6-12 שעות.
- ג. המתנה לתוצאות בדיקת HIV-PCR ראשונה של היילוד לפני החלטה על התחלת טיפול אנטי-רטרוויראלי.
- ד. מתן משטר דו-תרופתי של Zidovudine ו-Nevirapine למשך 6 שבועות, ללא צורך בתרופה שלישית.

99. ילד בן 4 שנים עם תסמונת נפרוטית, קיבל בעבר את כל סדרת החיסונים לפי תוכנית החיסונים המומלצת: ארבע מנות של PCV13 וכן מנה אחת של PPV23 בגיל שנתיים.

מהי ההמלצה הנכונה להשלמת החיסון לפנאומוקוק עבורו?

- א. אין צורך בחיסון נוסף, הילד מחוסן כנדרש.
- ב. יש לתת מנת PCV20 אחת בלבד.
- ג. יש להשלים שתי מנות של PCV20 במרווח של 8 שבועות ביניהן.
- ד. יש לתת מנת PCV20 ובעוד 3 שנים מנה שניה של PPV23.

100. אישה ביצעה בדיקת IGRA בשבוע 24 עקב חשיפה לחולה שחפת. בדיקתה הייתה חיובית, צילום חזה תקין, והאישה ללא תסמינים. כעת היא יולדת בלידה רגילה בשבוע 39. התינוק נולד במועד, בדיקתו תקינה.

איזו מהגישות הבאות היא הגישה הנכונה ביותר לניהול התינוק?

- א. התחלת טיפול מונע ב-Isoniazid לייילוד וביצוע בדיקת TST בגיל 6 חודשים.
- ב. אין צורך בהפרדת התינוק מהאם וניתן לאפשר הנקה.
- ג. ביצוע בדיקת IGRA לייילוד בחדר הלידה ומתן חיסון BCG לפני השחרור.
- ד. הפרדת היילוד מהאם עד לקבלת תוצאות משטחי ליחה (Sputum) של האם.