



המועצה
המדעית
ועדת הבחינות
בחינת שלב א'
רפואה פנימית

18.06.2026

מס' השאלות : 150

1. מה נכון לגבי טיפול במטופלים גריאטריים הסובלים מנפילות חוזרות?

- א. אם סובלים מפרפור עליות לרוב רצוי להמשיך טיפול אנטיקואגולנטי
- ב. מתן ויטמין D במינונים גבוהים הוכח כמפחית נפילות
- ג. פיזיותרפיה לא הוכחה כמפחיתה נפילות
- ד. מומלץ להתחיל טיפול ב-midodrine

2. איזו מבין תופעות הלוואי הבאות שכיחה בטיפול ב-linezolid?

- א. מיוזיטיס
- ב. פיברוזיס ריאתי
- ג. שלשול קשה
- ד. נירופתיה היקפית

3. איזה שילוב תרופתי הכי מתאים למטופל בן 70 עם רקע של 4 chronic kidney disease stage, היפראוריצמיה והתקפים חוזרים של גאוט לצורך מניעת התקפים נוספים?

- א. Allopurinol + Febuxostat
- ב. Canakinumab + Allopurinol
- ג. Naproxen + Febuxostat
- ד. Canakinumab + Colchicine

4. בדיקת ANA (antinuclear antibody) חיובית אופיינית לחולי לופוס אך זו בדיקה לא ספציפית היכולה להיות חיובית גם במחלות נוספות. באילו מהמחלות הבאות שכיח למצוא בדיקת ANA חיובית? (סמן את התשובה המדויקת ביותר)

- א. Sjögren's syndrome, Thyroiditis, Ankylosing spondylitis
- ב. Giant cell arteritis, Systemic Sclerosis, Inflammatory myositis
- ג. Primary biliary cirrhosis/cholangitis, Inflammatory myositis, Thyroiditis
- ד. Sjögren's syndrome, Sarcoidosis, Systemic Sclerosis

5. בת 70, מעשנת כ-50 שנות קופסא. סובלת מ COPD קשה עם החמרות מרובות בשנה האחרונה וקוצר נשימה בכל מאמץ קל חרף טיפול משולש (LABA+LAMA+ICS). בתפקודי ריאה: FEV1 - 65%, נפחי ריאה מוגברים וירידה בדיפוזיה. בבדיקות הדם הודגמה אאוזינופיליה של 400-500 למיקרוליטר בבדיקות עוקבות. בוצע CT חזה שהדגים אמפיזמה צנטרילובולרית קשה. איזו מבין התרופות הבאות מומלצת למטופלת זו?

א. Nintedanib (TK receptor inhibitor)

ב. Omalizumab (Anti IgE)

ג. Tezepelumab (anti TSLP)

ד. Dupilumab (anti IL-4 and IL-13)

6. בן 55, לאחר אשפוז עקב דלקת ריאות דו צדדית (דו"צ), טופל אנטיביוטית ללא שיפור משמעותי. שוחרר לביתו עם תמיכת חמצן. חזר לביקורת במרפאה עקב הימשכות התלונות הנשימתיות. בבדיקתו מתנשם לאחר מאמץ, סטורציה 88% באוויר החדר. בהאזנה נשמעו חרחורים דו"צ. בתפקודי ריאה נמצאה הפרעה רסטריקטיבית. בוצע HRCT שהדגים הצללות סובפלורליות דו"צ עם ground glass opacities. לאור היעדר שיפור בוצעה ביופסיית ריאה שהדגימה אזורים עם organizing pneumonia והוחל טיפול בסטרואידים עם תגובה חלקית. איזו תרופה ניתן להוסיף כעת?

א. Mycophenolate

ב. Pirfenidone

ג. Methotrexate

ד. Cyclosporine

7. בן 45 עם dilated cardiomyopathy ומקטע פליטה 30% מטופל על פי קווי ההנחיה. בנוסף, מושתל קוצב מסוג דפיברילטור למניעה שניונית בשל טכיקרדיה חדרית שנמצאה בבדיקת הולטר. בהערכה איסכמית לא נמצאה מחלה כללית. שנה לאחר השתלתו, בתחקור הדפיברילטור נמצא שהמטופל סובל גם מחסם פרוזדורי חדרי מלא (CAVB). לאחרונה פיתח תפרחת ברגלים (תמונה 1). איזו מהמחלות הבאות הכי סביר שגרמה לתסמונת הקרדיאלית?

א. ATTR amyloidosis

ב. Sarcoidosis

ג. Hemochromatosis

ד. Fabri – Anderson disease

8. איזו מבין הבדיקות הבאות היא הרגישה ביותר לאיתור מעורבות גרמית (עצמות) ליטית במטופל הסובל ממיאלומה נפוצה?

- א. Bone scan
- ב. MRI
- ג. רמות alkaline phosphatase בסרום
- ד. PET-CT

9. מה סיבת המוות המובילה במושתלי כליה?

- א. זיהומים
- ב. דחיית שתל
- ג. ממאירות ראש-צוואר
- ד. מחלות קרדיווסקולריות

10. מבין הבאים מה הסיבה הסבירה ביותר ל-acute kidney injury המלווה באאוזינופיליה בדם פריפרי?

- א. Hemolytic uremic syndrome
- ב. Tumor lysis syndrome
- ג. Pyelonephritis
- ד. Atheroembolic disease

11. איזו תרופה עלולה להגביר את הסיכון לדמם במטופל עם כיב פפטי המטופל באספירין?

- א. Escitalopram
- ב. Bisoprolol
- ג. Acetaminophen
- ד. Atorvastatin

12. בת 55, ברקע סקרלודרמה. סובלת מזה כמה חודשים משלשול מרובה ותפוחות בטנית. בירור הדמיית הדגים הרחבה דיפוזית של לולאות מעי. אנדוסקופיות ללא ממצא מסביר. בבדיקות המעבדה אנמיה מאקרוציטית עם ערכי ויטמין B12 נמוכים. איזה מבין הטיפולים הבאים אפשרי במצבה?

- א. Rifaximin
- ב. Prednisone
- ג. Mycophenolate mofetil
- ד. Lactose free diet

13. בן 55, ברקע Crohn's disease אשר נכשל על מספר קווי טיפול. כעת מטופל ב- vedolizumab. מאושפז בשל התלקחות מחלתו עם שלשול דמי וכאב בטן. במעבדה: המוגלובין 7.1, טסיות 600 אלף, לויקוציטים 15 אלף, CRP 8 (תקין עד 0.5). ברזל 30, טרנספרין 300, פריטין 90. מה הסיבה הסבירה ביותר לאנמיה ממנה סובל? (סמן את התשובה המדויקת ביותר)

- א. חסר ברזל
- ב. מחלה כרונית
- ג. שילוב של חסר ברזל ומחלה כרונית
- ד. הטיפול ב- vedolizumab

14. בת 60 מופנית לברור אנמיה. ברקע - היפותירואידיזם ועישון. בספירת הדם המוגלובין 10 גרד"ל, MCV 105, במשטח הדם תאי דם אדומים מאקרוציטים והיפרסגמנטציה של הנויטרופילים. רמת ויטמין B12 - 280 ng/L, רמת חומצה פולית - 2 mcg/L. מה הצעד האבחנתי הבא?

- א. FACS מדם פריפרי
- ב. רמת homocysteine בדם פריפרי
- ג. רמת methylmalonic acid בדם פריפרי
- ד. ביופסיית מח עצם

15. איזה מהטיפולים הבאים מומלץ כטיפול קו ראשון בקוצר נשימה בסוף החיים?

- א. Phenthiazine
- ב. Inhaled opioids
- ג. Systemic opioids
- ד. Benzodiazepines

16. בת 48 קיבלה טיפול ב- ceftriaxone בשל דלקת ריאות. לאחר מספר דקות פיתחה קוצר נשימה חד. איזו בדיקה מעבדתית היא האמינה ביותר כדי לתמוך באבחנה של אנאפילקסיס?

- א. Urine prostaglandin D
- ב. Blood methyl histamine
- ג. Blood tryptase
- ד. Basophil activation test

17. בן 74, ברקע יתר לחץ דם, סוכרת סוג 2 ומחלת לב איסכמית. אושפז לפני כ-3 שבועות במחלקה פנימית בשל פרפור פרוזדורים מהיר. במהלך האשפוז עבר היפוך חשמלי והותחל טיפול תרופתי ב- amiodarone. כעת המטופל שב לביקורת במרפאת המחלקה מאחר ובבדיקות דם בקהילה התגלו ערכים חריגים של תפקודי בלוטת התריס:

	ערך	ערכי נורמה
TSH	14	0.4-4 mIU/L
Free T4	21	7-16 pmol/L
Free T3	2.5	3.5-6.5 pmol/L

למעט בדיקות חוזרות בעוד כ- 8 שבועות, מה הצעד הבא בניהול המקרה?

- א. יש להמשיך טיפול ב- amiodarone ולהתחיל בהקדם טיפול בהורמון תריס
- ב. יש להפסיק טיפול ב- amiodarone ולהתחיל בהקדם טיפול במרקפטזול
- ג. יש להפסיק טיפול ב- amiodarone ולהתחיל בהקדם טיפול בסטרואידים
- ד. אין צורך בשינוי תרופתי בשלב זה

18. מטופל הסובל מסוכרת ופרפור עליות מטופל ב digoxin ו- metformin. לאחרונה הוסף טיפול ב- amiodarone. איזה שינוי תרופתי נוסף יהיה מומלץ בסבירות גבוהה?

- א. העלאת מינון digoxin
- ב. הפחתת מינון metformin
- ג. הפחתת מינון digoxin
- ד. העלאת מינון metformin

19. בן 82, ברקע סוכרת ויתר לחץ דם. מאושפז בשל אירוע קצר של איבוד הכרה בזמן הליכה. בבדיקתו במצב כללי טוב, לחץ דם 180/100 דופק סדיר 82 לדקה. בהאזנה ללב נשמעת אוושה סיסטולית 3/6 בנקודה אורטלית ולא נשמע קול שני. בבדיקת אקו נמצא מקטע פליטה 60%, שטח מסתם אורטלי 0.9 סמ"ר עם מפל ממוצע של 31 מ"מ כספית ומהירות זרימה מקסימלית של 3.5 מ/שניה. מה הצעד הבא הנכון ביותר בניהול המקרה?

- א. איזון לחץ דם וחזרה על אקו לב
- ב. אקו לב עם דובוטאמין
- ג. אקו לב במאמץ
- ד. צנתור לב

20. בן 62, סובל מקוצר נשימה בשל severe mitral regurgitation על רקע dilated cardiomyopathy. בבדיקת אקו לב – מקטע פליטה 55% ומצ"ב תרשים אק"ג (תמונה 2). איזה מהטיפולים הבאים עשוי לשפר את בעייתו המסתמית?

- א. Isosorbide mononitrate
- ב. CRT (cardiac resynchronization therapy)
- ג. Diltiazem
- ד. Dronedarone

21. בן 75 מתקבל עם בקטרמיה מתמשכת של *Staph. aureus*. בדיקת TEE לא הדגימה וגטציות על המסתמים או פתולוגיה אחרת. למרות טיפול אנטיביוטי הולם החיידק ממשיך לצמוח בדם ובנוסף מתפתחת הפרעת הולכה חדשה. מה הצעד הבא הנכון ביותר בניהול המקרה?

- א. Cardiac CT
- ב. TEE חוזר
- ג. PET CT
- ד. TTE

22. בת 25 מתקבלת למלר"ד בשל חום, כאבים ונפיחות בברך ימין ופריחה פוסטולארית מפושטת. ברקע ידוע על PNH (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria) תחת טיפול ב- eculizumab. מה נכון בהקשר למחלתה הסבירה?

- א. בדיקת PCR בשתן עשויה לסייע בקידום האבחנה
- ב. ברוב המקרים הפתוגן צומח בדם
- ג. ברוב המקרים הפתוגן צומח בנוזל הסינוביאלי
- ד. בדרך כלל במצב זה ספירת התאים הלבנים בנוזל הסינוביאלי גבוהה מ 50,000

23. בת 56, ברקע סוכרת סוג 2 והשמנה (BMI 34). אובחנה עם MASH בדרגת פיברוזיס F2 על סמך ביופסיה. למטופלת הוצע טיפול ב- semaglutide יומי בנוסף לשינוי אורחות חיים. בהסתמך על נתוני המחקר הקליני של טיפול ב-semaglutide בחולי MASH – מה צפוי לקרות בהיבט ההיסטולוגי לאחר 72 שבועות טיפול?

- א. שיפור מובהק בדרגת הפיברוזיס בהשוואה לפלצבו
- ב. ירידה בכמות השומן בכבד בלבד ללא שינוי במידת הדלקת
- ג. רזולוציה של MASH ללא החמרה בדרגת הפיברוזיס
- ד. היעדר הבדל היסטולוגי עם הטיפול בהשוואה לפלצבו

24. בן 18 עם רקע של אנורקסיה נרבוזה פונה למלר"ד עקב שלשול כרוני מזה מספר חודשים, ירידה בריכוז ובזיכרון ועייפות מתגברת. בבדיקה גופנית נראית פריחה היפרפיגמנטרית, סימטרית, עם קילוף עדין, באזורי חשיפה לשמש – גב כפות הידיים והצוואר. בבדיקות דם: אלבומין מעט נמוך, ללא אנמיה משמעותית. מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. חסר בוויטמין B12
- ב. חסר בוויטמין B6
- ג. חסר בוויטמין A
- ד. חסר בוויטמין B3

25. בן 28 פונה ליעוץ עקב כאבים בגב התחתון ובאזור העכוזים מזה שנה וחצי. הכאב החל בהדרגה, משתפר עם פעילות גופנית, לא משתפר במנוחה, מעיר אותו במחצית השנייה של הלילה ומלווה בנוקשות בוקר. בבדיקה גופנית מודגמת הגבלה בכיפוף עמוד השדרה המותני. איזה מבין הממצאים הבאים הכי אופייני למחלתו הסבירה?

- א. דלקת מפרקים סימטרית של המפרקים הקטנים בכפות הידיים
- ב. אובאיטיס קדמית חדה חד-צדדית התקפית
- ג. פריחה וסקוליטית
- ד. אוסטאופיטים אופקיים בצילום לטרלי של עמוד השדרה

26. בן 60 מתאשפז עקב חום ממושך, ירידה במשקל, עייפות קשה וכאבי מפרקים. בבדיקה גופנית אין פריחה עורית, אין אוושות לבביות ברורות ואין חסרים נוירולוגיים פוקאליים. בבדיקת שתן: המטוריה מיקרוסקופית ופרוטאינוריה כ-1.5 גרם חלבון ביממה. בדיקות מעבדה: אנמיה נורמוציטית Hb 9.8 g/dL, קריאטנין 1.9 מ"ג/ד"ל, מדדי דלקת מוחשים, רמת המשלים C3 נמוכה. RF חיובי בטיטר נמוך. צילום חזה תקין. CT בטן מדגים ספלנומגליה קלה. איזה צעד אבחנתי הוא החשוב ביותר בשלב זה?

- א. ביופסיית כליה
- ב. תרביות דם
- ג. רמות קריוגלובולינים בסרום
- ד. רמות IgG4 בסרום

27. בן 56, פונה למיון בשל שלשול מרובה מאוד מזה מספר ימים. בקבלתו לחצי דם נמוכים. בבדיקות הדם: נתרן 135 מא"ק/ל, כלור 110 מא"ק/ל, אלבומין 4.5 גרם/ד"ל, pH – 7.25, PCO_2 – 23 mmHg, HCO_3^- – 10 meq/L. מהי הפרעת חומצה-בסיס ממנה סובל המטופל?

- א. חמצת מטבולית עם AG (anion gap) מוגבר משולבת עם חמצת מטבולית ללא AG ובססת נשימתית
- ב. חמצת מטבולית עם AG מוגבר משולבת עם חמצת מטבולית ללא AG מוגבר
- ג. חמצת מטבולית עם AG מוגבר
- ד. חמצת מטבולית ללא AG מוגבר עם חמצת נשימתית

28. בת 92, ברקע אי ספיקת לב עם EF ירוד והיפותירואידיזם. בשבועיים האחרונים סובלת מבחילות וכאב אפיגסטרי. בפניה למלר"ד רמת הנתרן בדם 120 מא"ק/ליטר. בבדיקות השתן ריכוז נתרן של 14 מא"ק/ליטר ואוסמולליות בשתן של 96 מיליאוסמול/ק"ג. מה המנגנון העיקרי שככל הנראה גורם להיפונתרמיה?

- א. Low effective circulating volume due to hypovolemia
- ב. Low effective circulating volume due to heart failure
- ג. Low solute intake
- ד. Syndrome of inappropriate ADH secretion

29. לאיזה מהטיפולים הבאים עשוי להגיב בן 37 עם התלקחות אסתמה שמוגדרת כ Non Type 2 Inflammation?

- א. Benralizumab
- ב. Omalizumab
- ג. Azithromycin
- ד. Tezepelumab

30. בן 59, ברקע אסתמה. פונה בשל החמרה משמעותית בקוצר נשימה בשבועות האחרונות עם כיח כהה ללא דם. ללא שינוי תחת העלאת מינון ICS במשאף. תפקודי נשימה ללא שינוי. תרבית כיח עקרה. בבדיקות מעבדה IgE 1000 (גבוה), אאוזינופיליה של 1700, מדדי דלקת מוחשים. סיטי חזה מדגים mucus plaques וברונכיאקטזיות מרכזיות. איזה טיפול מומלץ כעת?

- א. Omalizumab
- ב. Dupilumab
- ג. Fluconazole
- ד. Prednisone

31. לפניך ארבעה (א-ד) מטופלים הסובלים מציסטיטיס פשוטה והטיפול שהוצע להם. למי מהם הוצע טיפול נכון?

- א. בן 50 – Nitrofurantoin למשך שבעה ימים
- ב. בת 30 - Cephalexin למשך שלושה ימים
- ג. בן 60 - Ciprofloxacin למשך שלושה ימים
- ד. בת 25 - trimethoprim- sulfamethoxazole למשך חמישה ימים

32. מי מהמטופלים חולי HIV הבאים מקבל טיפול מניעתי מתאים לזיהום אופורטוניסטי?

- א. מטופל עם רמות CD4 מתחת ל-50 המתחיל מיד טיפול ב-Azithromycin - ART
- ב. מטופל הסובל מקנדידיאזיס אורופרינגיאלית - trimethoprim-sulfamethoxazole
- ג. מטופל עם נוגדנים חיוביים לטוקסופלזמה ורמות CD4 נמוכות מ-200 - trimethoprim-sulfamethoxazole
- ד. מטופל עם רמות CD4 נמוכות מ-200 שלא חוסן בעבר לוריצלה ולא חלה באבעבועות רוח – Acyclovir

33. כיצד יש לטפל, שלא בזמן הריון, באשה שעברה 3 הפלות רצופות, ובבדיקות נמצאו נוגדני APLA חיוביים ללא אירועים טרומבוטיים?

- א. אין צורך בכל טיפול
- ב. אספירין במינון נמוך
- ג. LMWH במינון מניעתי
- ד. אנטיקואגולציה מלאה

34. איזו מחלת רקע של מטופל הסובל מ- giant cell arteritis תהווה קונטרה-אינדיקציה יחסית לטיפול בנוגדנים ל-IL6?

- א. אסטמה
- ב. הפרדות רשתית
- ג. דיברטיקוליטיס
- ד. אי ספיקת לב

35. איזה מהבאים מתאר נכון את הקשר בין ההפרעה הקלינית לבין משטח הדם המצורף?

- א. היפותירואידיזם – תמונה 3
- ב. אי ספיקת כליות כרונית - תמונה 4
- ג. מצב לאחר כריתת טחול – תמונה 5
- ד. הרעלת זרחן – תמונה 6

36. בן 23 פונה למלר"ד בשל חום וחולשה. בספירת הדם – Neut- 400 Reticulocytes abs- 30K HB -6 g/dL PLT 15K בביופסיית מח עצם - התמרה שומנית מלאה של מח העצם. מה האבחנה הסבירה ביותר?

א. PNH (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

ב. Aplastic anemia

ג. MDS (myelodysplastic syndrome)

ד. Myelofibrosis

37. מטופל הסובל משחפת, יציב קלינית תחת טיפול בתרופות קו ראשון. מופנה למרפאתך כי שלושה חודשים מתחילת הטיפול משטח ישיר מ ל-Ziehl Neelsen מכיח עדיין חיובי. מה הגישה הסבירה ביותר להמשך ניהול הטיפול המטופל זה?

א. המשך מעקב בלבד תחת אותו טיפול עד לחזרת תשובת תרבית מכיח זה

ב. הוספת שתי תרופות נוספות עד תשובת תרבית מכיח זה

ג. ביצוע בדיקה מולקולרית לעמידות לאיזוניאזיד וריפמפיין מכיח זה

ד. הפסקת טיפול נוכחי ומעבר לטיפול בתרופות מקו שני

38. מה המשפט הנכון ביותר לגבי עקרונות הטיפול האנטיביוטי באוסטיאומיאליטיס של עמוד השדרה?

א. בדרך כלל יש להתחיל טיפול אנטיביוטי אמפירי לפני תוצאות התרביות עקב סכנה ליציבות עמוד השדרה

ב. במרבית המקרים אם החיידק רגיש לטיפול אנטיביוטי פומי, אין ראיות שטיפול פומי פחות יעיל מטיפול

תוך ורידי

ג. בדרך כלל טיפול של 12 שבועות יעיל יותר מטיפול של שישה שבועות

ד. ברוב המקרים יש להעדיף טיפול סינרגיסטי בשתי אנטיביוטיקות על פני מונותרפיה

39. בן 58, ברקע עישון. סובל מחולשה וירידה במשקל. בבדיקות הדם תפקודי כבד תקינים, קריאטינין 0.8 מ"ג/ד"ל, נתרן 138 מא"ק/ליטר, אשלגן 4.8 מא"ק/ליטר, סידן 11.5 מ"ג/ד"ל, זרחן 4.9 מ"ג/ד"ל, אלבומין 4.2 גרם/ד"ל. בבדיקות השתן ריכוז סידן של 60 מ"ג/ד"ל וריכוז קריאטינין של 30 מ"ג/ד"ל. מה האתיולוגיה הסבירה ביותר להפרעות האלקטרוליטריות מהן סובל?

א. Primary hyperparathyroidism

ב. Familial hypocalciuric hypercalcemia

ג. Sarcoidosis

ד. טיפול ריסנטי ב-denosumab

40. מה נכון לגבי nephrogenic fibrosis dermopathy במטופלים עם CKD וחיפה לגדוליניום?

- א. מתרחש בכ-10-20% מהמטופלים עם CKD 4-5 לאחר חשיפה לגדוליניום
- ב. אין אסוציאציה בין תכשירי גדוליניום חדשים לסיבוך זה
- ג. טיפול בהמודיאליזה מהווה קונטרה-אינדיקציה מוחלטת לשימוש בגדוליניום
- ד. ניתן להקטין את הסיכון לתופעה זו ע"י ביצוע דיאליזה מייד לאחר סיום הבדיקה

41. איזו מהתרופות הבאות היא טיפול מקובל לסובלים מאנגינה יציבה?

- א. Enalapril
- ב. Prasugrel
- ג. Amlodipine
- ד. Valsartan

42. בן 62, ברקע יתר לחץ דם ופרפור עליות כרוני המטופל ע"י apixaban. אושפז בשל NSTEMI. בצנתור, מחלה חד כלית עם הנחת סטנט ב-LCX. מה הטיפול נוגד הטסיות המומלץ ביותר שעליו ליטול לאחר שחרורו מבית החולים בנוסף ל-apixaban? (סמן את התשובה המדוייקת ביותר)

- א. aspirin ו-clopidogrel למשך 6 חודשים
- ב. aspirin ו-ticagrelor למשך 6 חודשים
- ג. Aspirin למשך 12 חודשים
- ד. clopidogrel למשך 12 חודשים

43. בן 68, מזה יומיים מורדם ומונשם במחלקה לטיפול נמרץ בשל דלקת ריאות. רופאי המחלקה מבקשים ייעוץ אנדוקריני בשל הפרעה בתפקודי בלוטת התריס. בבדיקות הדם עולה חשד לדפוס המתאים ל-non-thyroidal illness. איזה שילוב ממצאים בבדיקות הדם הכי אופייני לאבחנה זו?

TSH	Free T4	Free T3	Deiodinase activity	rT3	
Decreased	Decreased	Decreased	Increased	Increased	א
Increased	Increased	Increased	Decreased	Decreased	ב
Normal	Normal	Decreased	Decreased	Increased	ג
Increased	Increased	normal	Increased	Decreased	ד

44. בן 62 ברקע יל"ד וסוכרת סובל מהתקפי גאוו חוזרים. איזה שילוב תרופתי לאיזון מחלות הרקע יהיה הכי יעיל בהורדת ערכי חומצה אורית בדם?

- א. Ramipril + Amlodipine + Metformin
- ב. Losartan + Amlodipine+ Metformin
- ג. Losartan + Amlodipine + Empagliflozin
- ד. Ramipril + Amlodipine + Empagliflozin

45. המחלה IgG4 related disease יכולה לערב כמעט את כל מערכות הגוף. כל הביטויים הנ"ל טיפוסיים למחלה זו פרט ל:

- א. מעורבות מפרקית
- ב. וסקוליטיס של כלי דם קטנים, בינוניים וגדולים
- ג. דלקת של בלוטות רוק
- ד. מחלה פריאורביטלית

46. מה נכון לגבי הטיפולים השונים בחולה COPD?

- א. סטירואידים בשאיפה מומלצים כקו ראשון כאשר יש אאוזינופיליה < 100 בדם פריפרי
- ב. יש לשקול טיפול בסטירואידים סיסטמיים באופן קבוע במטופל עם החמרות תחת טיפול ב LABA+LAMA
- ג. תיאופילין מהווה אופציה מקובלת עם פרופיל תופעות לוואי נסבל בחולים עם החמרות
- ד. טיפול ב PDE-4 inhibitors מומלץ למטופל שסובל מהחמרות תחת טיפול מקסימלי (משולש)

47. איזה מבין המצבים הבאים מהווה קונטרה - אינדיקציה מוחלטת להשתלת ריאות?

- א. זיהום ב HCV
- ב. חוסר ניידות
- ג. אי ספיקת כליות כרונית
- ד. $BMI < 30$

48. מושתלת כליה אושפזה עם מונוארטרטיס של הברך, בניקור הברך נמצאו גבישי חומצה אורית. הרופאים ממליצים להתחיל טיפול ב- colchicine ו-allopurinol. איזו תרופה אימונוסופרסיבית חשוב לדעת אם היא מקבלת לפני התחלת הטיפול?

- א. Tacrolimus
- ב. Azathioprine
- ג. Mycophenolate mofetil
- ד. Sirolimus

49. איזה מבין המשפטים הבאים נכון לגבי Erythropoiesis stimulating agents (ESA) שניתנים כטיפול באנמיה בחולים עם CKD?

- א. טיפול ממושך עלול לגרום לדיכוי מח עצם
- ב. קשורים לעליה בסיכון לדמם
- ג. בטיפול ממושך יש טאכיפילקסיס
- ד. קשורים לעליה בסיכון לאירועים מוחיים

50. מה האתיולוגיה הסבירה ביותר להיפוקלמיה ובססת מטבולית אם בבדיקות השתן נמצא ריכוז אשלגן 20 מא"ק/ל וריכוז כלור פחות מ-10 מא"ק/ל?

- א. שימוש ב-thiazide
- ב. הקאות מרובות ביממה האחרונה
- ג. טיפול ממושך ב-amphotericin B
- ד. שימוש ב-furosemide

51. מה הטיפול המומלץ לדיכאון בסוף החיים?

- א. שילוב שיטות לא תרופתיות כגון שיחות או טכניקות הרגעה הוכחו כיעילות במחקרים רבים
- ב. פסיכוסטימוולנטים כגון methylphenidate הם הטיפול המועדף
- ג. תרופות ממשפחת ה-Tricyclic antidepressants (TCA) מהוות קו ראשון לטיפול
- ד. ל- Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ול- Atypical antidepressants – יעילות זהה

52. בן 30 מדווח לרופא על אלרגיה לפניצילין. בגיל 3 טופל בפניצילין ופיתח תפרחת שחלפה מעצמה. הוא מתאר אירועים חוזרים של סטרפטוקוק בגרון ושואל אם יוכל לחזור ולהשתמש בפניצילין. מה ההמלצה הנכונה ביותר במקרה זה?

- א. לתת למטופל לבלוע מנה של פניצילין
- ב. לבצע תבחין עורי לפניצילין במרפאה או בבית חולים
- ג. לבצע דה - סנסיטיזציה
- ד. להמליץ על אנטיביוטיקה חלופית

53. בן 70, ברקע עישון והיפרליפידמיה. מזה כחצי שנה כאבי בטן עמומים שמופיעים אחרי אכילה, ירידה במשקל, ללא שלשול. איזו מבין הבדיקות הבאות היא בדיקת הבחירה לאבחון האתילולוגיה הסבירה לתלונותיו?

- א. Duplex ultrasound
- ב. CT angiography
- ג. Colonoscopy
- ד. MR angiography

54. בן 30, מאובחן עם קוליטיס כיבית (ulcerative colitis). הותחל טיפול אמבולטורי ב-upadaticinib. מה חשוב להמליץ למטופל?

- א. לבצע חיסון לוריזלה זוסטר
- ב. לבצע הדמיה מוחית אחת לשנה
- ג. להתחיל טיפול אנטיקואגולנטי מניעתי
- ד. לבצע מעקב רופא עור אחת לשנה

55. איזו מההצהרות הבאות נכונה במצב של אנמיה של מחלה כרונית?

- א. רמת ברזל בדם נמוכה
- ב. רמת פריטין בדם נמוכה
- ג. רמת הפסידין נמוכה
- ד. סטורציית טרנספריין גבוהה

56. בן 70, ברקע סרטן פרוסטטה גרורתי לעצמות, צירוזיס ע"ר MASH, חסר B12 לא מטופל ואתיליזם. פונה לבירור בשל קוצר נשימה במאמץ וחולשה פרוגרסיבית. במעבדה המוגלובין 6 ג'ד"ל, נורמוציטי, טסיות 490K, לויקוציטים 30K. במשטח דם פריפרי טסיות גדולות, תאים צעירים מהשורה הלבנה והממצא **בתמונה 7** באספירציית מח עצם dry tap. מה האטיולוגיה הסבירה ביותר למחלתו ההמטולוגית?

- א. סרטן פרוסטטה גרורתי
- ב. חסר כרוני של B12
- ג. היפרספליניזם
- ד. אתיליזם

57. איזו מבין האנטיביוטיקות הבאות היא הבחירה הטובה ביותר לטיפול באבצס ריאתי ראשוני?

- א. Moxifloxacin
- ב. Doxycycline
- ג. Linezolid
- ד. Ceftazidime

58. בן 50 בריא, מתקבל עם פריחה ממושטת כולל כפות ידיים ורגליים (**תמונה 8**), ללא סימפטומים נוספים. לדבריו הפריחה מוכרת לו מהעבר. איזו מבין הבדיקות הבאות היא הנכונה ביותר לקידום האבחנה?

- א. TPHA/TPPA בדם
- ב. RPR בדם
- ג. TPHA/TPPA ב-CSF
- ד. VDRL ב-CSF

59. מה נכון לגבי חיסון כנגד *Strep. pneumoniae*?

- א. קיים חיסון חי מוחלש
- ב. החיסון המצומד (PCV) מכסה יותר זנים מהחיסון הפוליסכרידי (PPSV)
- ג. החיסון הפוליסכרידי (PPSV) עדיף מבחינה אימונוגנית על פני החיסון המצומד (PCV)
- ד. משך ההגנה שמספק החיסון הפוליסכרידי (PPSV) הוא כ-5 שנים

60. עיכוב של החלבון P-glycoprotein באנטרוציטים יכול לגרום ל...

- א. עליה בספיגה של תרופה
- ב. ירידה בספיגה של תרופה
- ג. הארכת זמן ההגעה ל-steady state
- ד. קיצור זמן ההגעה ל-steady state

61. בן 41, דייר רחוב עם היסטוריה של שימוש בסמים בהזרקה, פונה למרפאה. לפני שנתיים אובחן עם HCV חד והחלים ספונטנית. ממשיך להשתמש בסמים בהזרקה. מה נכון לומר לו?

- א. נוכחות נוגדנים מנטרלים ל HCV מגנה מפני הדבקה חוזרת בנגיף
- ב. החלמה ספונטנית יוצרת חסינות מלאה
- ג. קיימת אפשרות להדבקה חוזרת ב HCV
- ד. יש צורך בהמשך מעקב ע"י בדיקת טיטר נוגדנים

62. בת 89, דיירת בבית אבות סיעודי, מובאת למיון עקב שטפי דם מרובים בגפיים וכאבי רגליים המגבילים עמידה. איש צוות מדווח כי בימים האחרונים הבחין בשטפי הדם ושולל סיפור של חבלה או נפילה. בבדיקתה: קקציה, temporal wasting, פטכיות ואכימוזות ממושטות, דימום מהחניכיים והמטומה סביב קרסול ימין. מצ"ב תמונה 9. בבדיקות מעבדה: המוגלובין 10.2 ג'ד"ל, טסיות תקינות, INR תקין, תפקודי כבד תקינים. מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Immune thrombocytopenic purpura (ITP)
- ב. Acute leukemia
- ג. Scurvy
- ד. Leukocytoclastic vasculitis

63. בן 32 מובא בדחיפות למלר"ד לאחר אירוע עלפון. צוות טריאז' זיהה דופק מהיר מאוד ומבצע מייד אק"ג (תמונה 10). המטופל עירני ומשוחח עם הצוות הרפואי. איזו מהפעולות הבאות יש לבצע באופן ראשוני?

- א. מתן וראפאמיל תוך ורידי
- ב. מתן פרוקאינאמיד תוך ורידי
- ג. מתן חוסם ביטא תוך ורידי
- ד. דהפיברילציה

64. בן 60 מתקבל בשל כאבים בחזה מזה כשעה, חיוור, סטורציה 94% באוויר חדר, ל"ד דו צדדי 90/50 מ"מ"כ, דופק 60 סדיר. לאיזה מהמצבים הבאים פרוגנוזה גרועה יותר?

- א. Inferior-STEMI עם חסם פרוזדורי – חדרי מלא (CAVB)
- ב. Anterior STEMI עם AIVR (accelerated idioventricular rhythm)
- ג. Inferior-STEMI עם High Degree AV Block וקומפלקס צר
- ד. Anterior STEMI עם CRBBB חדש

65. מתי יש לבצע CT חזה ברזולוציה גבוהה (HRCT) לחולה עם אבחנה חדשה של systemic sclerosis?

- א. מייד עם האבחנה
- ב. כאשר יש תסמינים של שיעול או קוצר נשימה במאמץ
- ג. כאשר תפקודי ריאות לא תקינים
- ד. כאשר יש ממצאים מחשידים בצילום חזה למחלת ריאות אינטרסטיאלית

66. איזה מבין הטיפולים הבאים הפסיק להיות טיפול מקובל בדלקת פרקים שיגרנית [RA] משום שיעילותו פחותה משאר הטיפולים הביולוגים למחלה?

- א. Anakinra
- ב. Adalimumab
- ג. Tocilizumab
- ד. Upadacitinib

67. בן 52, בריא בדר"כ. פונה למלר"ד בשל כאב פלאורליטי, חום 39°C וקוצר נשימה. בסיטי אנגיו חזה נשלל תסחיף ריאתי ונצפה תפליט בינוני מימין ללא ממצא פרנכימטי נוסף. במעבדה מדדי דלקת מוחשים. בוצע ניקור פלאורלי עם יציאת נוזל צלול עם ערכי LDH של 800, pH 7.3, 95% ניוטרופילים וללא תאים ממאירים. פרט לטיפול אנטיביוטי מה הצעד הבא בניהול המקרה?

- א. סיטי (CT) בטן
- ב. ברונקוסקופיה
- ג. הכנסת נקז חזה
- ד. טורקוסקופיה

68. בן 57, ברקע שחמת על רקע (ע"ר) HCV והפטומה ממושטת. כעת, אשפוז רביעי ע"ר קוצר נשימה לאחר שלושה ניקורים פלאורליים בחודשים האחרונים, מטופל ב spironolactone 250 mg, furosemide 120 mg. בצילום חזה תפליט פלאורלי בינוני מימין. החולה עובר ניקור פלאורלי ללא סיבוכים: בנוזל pH 7.35, Total Protein 2.2 g/dL, LDH 80 units (בדם 5 ו-200 בהתאמה). ללא תאים ממאירים. מהו הצעד הבא הסביר ביותר בניהול המקרה?

- א. הכפלת מינון משתנים
- ב. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
- ג. הכנסת נקז חזה מסוג PleurX
- ד. הפנייה להשתלת כבד (Liver transplantation)

69. בן 52, ברקע סוכרת סוג 2 מזה כ-15 שנים. לפני 6 חודשים המוגלובין מסוכרר היה 10.8%. הוא החל טיפול אינטנסיבי בסוכרת כולל תוספת של GLP-1 receptor agonist (GLP-1RA) ושינוי משמעותי באורחות החיים. בבדיקה היום המוגלובין מסוכרר 7.1%. בבדיקת קרקעית העיניים במרפאה החמרה ברטינופתיה ידועה. מה נכון באשר להחמרה במצב הרטינופתיה?

- א. רטינופתיה מהווה קונטרה - אינדיקציה לטיפול ב- GLP-1RA
- ב. GLP-1RA עלול לגרום נזק טוקסי לתאי רשתית ללא קשר לאיזון הסוכר
- ג. ההחמרה ברטינופתיה מתרחשת לרוב אצל מטופלים הסובלים במקביל גם מנפרופתיה סוכרתית
- ד. ההחמרה ברטינופתיה עם איזון ערכי הסוכר היא זמנית ומשתפרת בהמשך

70. בן 55, עם רקע של תסמונת מטבולית ומחלה קרדיו-וסקולרית. המטופל סובל מאסתמה מזה שנים רבות ומתועדות מספר החמרות בשנה. איזה מהגורמים הבאים מתואר כמקשה על איזון אסתמה ורלוונטי במטופל הזה?

- א. השמנה
- ב. סוכרת
- ג. מחלת כלי דם פריפרית
- ד. אי ספיקת כליות

71. מה נכון לומר לגבי השימוש הקליני בביופסיה נוזלית (ctDNA) בהקשר של ממאירות ריאה שאיננה של תאים קטנים (non-small cell)?

- א. השימוש העיקרי הוא למעקב אחר MRD (minimal residual disease)
- ב. נחשבת רגישה יותר מביופסיה "רגילה" לאיתור מוטציות גנטיות של הגידול
- ג. יעילה במיוחד במטופלים עם גידולים ממוקמים
- ד. יש לה ערך ניבוי חיובי (PPV) גבוה מאוד למציאת מוטציות ספציפיות

72. בן 68, ברקע קרדיומיופטיה איסכמית (מקטע פליטה 25%). בביקורת במרפאת אי ספיקת לב מתלונן על קוצר נשימה במאמץ בינוני (NYHA Class II). מטופל כעת במינון מקסימלי נסבל של carvedilol, ramipril, spironolactone ו- empagliflozin. בבדיקה: דופק 78 פעימות לדקה סדיר, לחץ דם 125/85 מ"מ"כ. במעבדה: קריאטינין 1.2 מ"ג/ד"ל, אשלגן – 4.6 מא"ק/ליטר. על מנת להפחית עוד יותר את הסיכון לאשפוזים ותמותה קרדיוסקולרית (בהתאם להנחיות העדכניות ביותר), מהי ההמלצה הטיפולית המיטבית עבורו בשלב זה?

- א. להמיר את הטיפול מ- ramipril ל - valsartan
- ב. להוסיף טיפול ב- ivabradine
- ג. להוסיף טיפול ב- vericiguat
- ד. להמיר את הטיפול מ- ramipril ל- sacubitril-valsartan

73. בן 62. ברקע סוכרת סוג 2 ואי-ספיקת לב (HFpEF) מתקבל למיון עקב חולשה קיצונית, בחילות והקאות מזה יומיים. תרופות קבועות: 10mg x 1 empagliflozin, 850mg x 2 metformin. בבדיקתו: יובש בריריות, טכיפנאה

קלה. במעבדה:
Glucose: 165 mg/dL
pH – 7.20
HCO₃: 12 mEq/L
PCO₂: 28 mmHg
K – 4 mEq/L
Anion Gap: 22
לקטט – תקין

מלבד הפסקת התרופות, מה הטיפול הנכון לאתיולוגיה ה**סבירה** למצבו של מטופל זה?

- א. מתן תמיסת סליין
- ב. מתן תמיסת NaCl 0.9%+D5W והתחלת עירוי אינסולין רציף (IV Insulin)
- ג. מתן תמיסת NaHCO₃ וכאשר ריכוז הגלוקוז מעל 200 mg/dL התחלת עירוי אינסולין רציף
- ד. מתן מנת אינסולין קצר-טווח בודדת תת-עורית (SC) והמשך מתן נוזלים בלבד

74. בן 57 עובר הערכה לבחינת הסיבה לחמצת מטבולית ללא מרווח אניוני (AG) מוגבר. בבדיקות נמצאות היפואוריצמיה, היפופוספטמיה עם פוספטוריה ובשתן לכלילית גלוקוזוריה ומעט חלבון. מה הסיבה הסבירה ביותר לחמצת?

- א. RTA 1
- ב. RTA 2
- ג. RTA 4
- ד. Salicylate overdose

75. איזה מבין הטיפולים הבאים הוא טיפול הבחירה למטופל בן 55, בריא בד"כ, השוקל 80 ק"ג ומתייצג עם כאב בחזה לאחר שלאחרונה סבל משיעול ונזלת ושזהו תרשים האק"ג שלו (תמונה 11)?

- א. Prednisone 80 mg x1/d and colchicine 0.5 mg x 1/d
- ב. Aspirin 1000 mg x 3/d and colchicine 0.5 mg x 2/d
- ג. Aspirin 300 mg and clopidogrel 600 mg
- ד. Aspirin 300 mg and ticagrelor 180 mg

76. לפניך תיאור של התייצגות קלינית ואבחנה. מה מהבאים הכי סביר?

- א. בת 70 שהתייצגה עם כאב ראש וחולשת שרירים פרוקסימליים מזה חודש – giant cell arthritis
- ב. בן 50, ברקע interstitial nephritis וממצא מקרי בהדמיה של IgG4 related disease - parotitis
- ג. בת 40 הסובלת מייובש בפה ובעיניים, נפיחות בבלוטות הפרוטיד, חום ממושך וארטריטיס - IgG4 related disease
- ד. בן 45 עם אבחנה של סוכרת תלוית אינסולין שמתייצג עם כאב ראש ואבדן ראייה פתאומי בעין ימין - giant cell arthritis

77. בן 67, ברקע עישון כבד ו-COPD קשה. מטופל קבוע בפרדניזון במינון 10 מ"ג ומשאף משולש. לאחר התלקחות שהגיבה להעלאת מינון פרדניזון מבוצע ניסיון מוצלח של גמילה מסטרואידים סיסטמיים. איזה מבין המצבים הבאים מתאר הכי נכון את המשך מהלך מחלתו בעקבות הגמילה?

- א. צפויה ירידה בתפקודי הריאות
- ב. צפויה ירידה באיכות החיים
- ג. צפויה עליה במס' ההתלקחויות
- ד. לא צפוי שינוי במהלך מחלתו

78. בן 25, מתלונן על קושי בבליעה. בבדיקת גסטרוסקופיה מראה טבעתי של הושט ובביופסיה מהוושט הסננה של 35 אאוזינופילים ל-HPF. איזה מהטיפולים הוא המומלץ למצבו?

- א. Prednisone
- ב. התאמת תזונה על סמך בדיקת skin prick
- ג. Dupilumab
- ד. Vedolizumab

79. בן 70, אובחן עם CLL לפני כ-7 שנים, עד כה במעקב בלבד. מאושפז עם קליניקה רספירטורית וסינוסיטיס. במעבדה לויקוציטוזיס ללא שינוי ניכר, CRP - 12 (נורמה עד 0.5), יתר המעבדה שקטה. מה נכון לגבי טיפול באימונוגלובולינים (IVIg) במקרה זה?

- א. מתן אימונוגלובולינים בזמן הזיהום האקוטי משפר פרוגנוזה
- ב. יש לתת אימונוגלובולינים רק למטופלים הסובלים מזיהומים חוזרים
- ג. יש לתת אימונוגלובולינים במטופלים עם רמות IgM מתחת לנורמה
- ד. מתן מניעתי (פרופילקטי) של אימונוגלובולינים לא משפר שרידות

80. איזה מבין המחוללים הבאים של זיהום CNS דורש את הטיפול הממושך ביותר?

- א. Pneumococci
- ב. Meningococci
- ג. Listeria
- ד. HSV

81. בת 70 עם רקע של אי ספיקת כליות כרונית וסוכרת לא מאוזנת קבלה טיפול ממושך ב- ciprofloxacin ו- clindamycin עקב פצע סוכרתי מזוהם. כעת מתקבלת לאשפוז במצב של הלם ספטי עמוק. באנמנזה מהמשפחה מסתבר כי המטופלת סבלה משלשול מרובה בשבוע האחרון וכעת ללא יציאות ביומיים האחרונים. מה מהבאים נכון לגבי הטיפול בה?

- א. טיפול הבחירה הוא שילוב של metronidazole ו- vancomycin פומיים
- ב. טיפול כירורגי הוא טיפול קו ראשון
- ג. יש עדיפות לטיפול פומי ב- fidaxomicin על פני vancomycin
- ד. הוספה של tigecycline לטיפול יכולה להועיל

82. בן 46, בריא. אובחן כסובל מ- pulmonary embolism ללא טריגר ברור. השלים טיפול של 6 חודשים ב- rivaroxaban ללא אירועים מיוחדים וכעת א-סימפטומטי. מה ההמלצה הנכונה להמשך?

- א. המשך טיפול ב- rivaroxaban 2.5 mg x 2 ללא הגבלת זמן
- ב. המשך טיפול ב- rivaroxaban 15 mg x 1 ללא הגבלת זמן
- ג. המשך טיפול ב- rivaroxaban 10 mg x 1 ללא הגבלת זמן
- ד. הפסקת טיפול אנטיקואגולנטי ומעקב צמוד

83. באיזו מבין המחלות הבאות מעבר ביחסי מין לא נחשב לדרך הדבקה עיקרית?

- א. Hepatitis B
- ב. Hepatitis C
- ג. Hepatitis D
- ד. Hepatitis G

84. בבדיקות הדם של דייר רחוב המאושפז במחלקה נמצא anti HCV חיובי ו RNA HCV שלילי ללא טיפול קודם, מה המשמעות הסבירה ביותר לממצאים אלו?

- א. הדבקה כרונית
- ב. הדבקה חדה בשלב מוקדם
- ג. החלמה ספונטנית
- ד. תוצאה כוזבת

85. בן 32 פונה למלר"ד בשל מדידת דופק גבוהה. בבדיקתו, נינוח, יציב המודינמית. בוצע תרשים אק"ג (תמונה 12) הרופא המטפל מתרשם כי מדובר בטאכיקרדיה צרת קומפלקס ועל כן מבצע מבחן אדנוזין שבמהלכו הקצב מואט למס' שניות ואז חוזר לקצב כפי שנראה באק"ג הראשון. מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Sinus tachycardia
- ב. AVRT
- ג. Atrial tachycardia
- ד. Atrial flutter

86. איזה מבין המצבים הבאים ייחשב כרמיסיה בטיפול בלופוס לא כלייתי? (SLEDAI = SLE disease activity index)

- א. SLEDAI = 0 תחת מינון prednisone של 10 מ"ג ליום
- ב. SLEDAI = 0 על טיפול יציב ב - belimumab
- ג. SLEDAI = 2 ללא טיפול
- ד. SLEDAI = 1 תחת טיפול ב- plaquenil בלבד

87. איזה מבין הממצאים הבאים מהווה גורם סיכון להתפתחות לימפומה בחולה הסובלת ממחלת Sjögren's?

- א. אאוזינופיליה
- ב. טרומבוציטופניה
- ג. טיטר גבוה של anti CCP
- ד. C4 נמוך

88. מה ההמלצה היום לטיפול אקוטי בהתלקחות אסטמה במטופל לא מאושפז?

- א. ICS/Formoterol
- ב. Formoterol
- ג. Albuterol
- ד. ICS/Salmeterol

89. בן 32 עם אסתמה קשה לאיזון נוטל מינונים מוגברים של ICS/LABA. איזו מבין התופעות הבאות עלולה להיות תופעת לוואי של טיפול זה?

- א. Weight gain
- ב. Osteoarthritis
- ג. Depression
- ד. Hoarseness

90. בן 45 עם דלקת מפרקים שגרונית (RA) מטופל ב-Infliximab מזה שנתיים. פונה למלר"ד עקב כאבי ראש ממושכים, עייפות וחום מזה 5 שבועות. בימים האחרונים הופיעו כפל ראייה וצניחת זווית הפה מימין. בבדיקה: שיתוק של עצב קרניאלי VI משמאל ועצב VII מימין, קשיון עורף קל. ללא פפילאדמה. ניקור מותני: לחץ פתיחה 250 מ"מ מים, ספירת תאים 180 (מתוכם 85% לימפוציטים), חלבון 220 מ"ג/ד"ל, גלוקוז 25 מ"ג/ד"ל, צביעת גרם שלילית. מה הגישה המומלצת לניהול המקרה על פי נתונים אלו?

- א. המתנה לתוצאות בדיקות על מנת לוודא את האבחנה לפני התחלת טיפול שצפוי להיות ממושך
- ב. התחלת טיפול אמפירי ב Vancomycin I-Ceftriaxone, Ampicillin וגלוקוקורטיקואידים
- ג. התחלת טיפול אמפירי נוגד שחפת וגלוקוקורטיקואידים
- ד. התחלת טיפול במתילפרדניזולון במינון גבוה

91. בת 84, ברקע סוכרת ויתר לחץ דם. מטופלת ב: empagliflozin, metformin, thiazide, valsartan, atorvastatin. מזה מספר ימים סובלת משלשול וכאב בטן, כעת בשיפור ניכר אך עדיין סובלת מחולשה משמעותית. נטלה מספר כדורי ibuprofen בשל הכאבים. בקבלתה למיון ל"ד 170/90, ללא אורטוסטטיזם, דופק 80 סדיר, ערנית, נותנת שתן בכמות טובה. בבדיקות הדם אי ספיקת כליות חדה עם קריאטינין 3 מ"ג/ד"ל מבסיס 1.2 וחמצת מטבולית עם מרווח אניוני (AG) מוגבר ולקטט מוגבר. מה הסיבה הסבירה ביותר ללקטט המוגבר במטופלת זו?

- א. הטיפול ב metformin
- ב. שוק היפולמי
- ג. אירוע מזנטריאלי חד
- ד. הטיפול ב- empagliflozin

92. איזו בדיקת דם מומלץ לבצע במטופל המאובחן עם anti-GBM disease?

- א. סרולוגיה לנוגדני ANCA
- ב. רמות משלים
- ג. אימונופלורסנציה ל-ANA
- ד. בדיקה להמצאות נוגדני anti-PLA2R

93. מה נכון לגבי שימוש בסטטינים באוכלוסיה המבוגרת (<75)?

- א. מוכח כלא יעיל כמניעה ראשונית מבחינת מניעת מחלות קרדיווסקולריות
- ב. לא מומלץ כמניעה ראשונית לאור קשר לשכיחות יתר משמעותית של ירידה קוגניטיבית
- ג. מוכח כיעיל כמניעה שניונית
- ד. כמניעה שניונית יש להסתפק במינונים נמוכים-בינוניים בלבד

94. בן 72, מטופל ב apixaban בשל פרפור פרזדורים. מובא למיון עקב צניחת זווית הפה מימין, המיפלגיה מימין, ירידה במצב ההכרה וכאב ראש עז שהחלו לפני כשעה. במיון: לחץ דם 195/105 מ"מ. כ. CT מוח ללא חומר ניגוד מצ"ב (תמונה 13). מה הגישה הנכונה ביותר לניהול המקרה?

- א. מתן Idarucizumab תוך-ורידי והורדת לחץ דם סיסטולי באופן מתון לערכים של מתחת ל-180 מ"מ"כ
- ב. מתן Prothrombin Complex Concentrate - PCC והורדה של לח"ד סיסטולי ליעד של כ-140 מ"מ"כ
- ג. מתן עירוי פלזמה (FFP) תוך הימנעות מהורדת לחץ דם אל מתחת ל-160 מ"מ"כ
- ד. מתן ויטמין K והזמנת ייעוץ נירוכירורגי דחוף בשאלה של ניקוז כירורגי

95. איזה טיפול מומלץ לשיפור הפרוגנוזה של מטופל הסובל מדמם תוך מוחי תחת טיפול באספירין?

- א. IV platelets
- ב. IV tranexamic acid
- ג. IV glucocorticoids
- ד. אף אחד מטיפולים אלו

96. בת 80 הסובלת ממחלת פרקינסון, מאושפזת לביורור נפילות חוזרות. בבדיקתה ל"ד בשכיבה 110/70, דופק 90 ובעמידה אחרי 3 דקות 85/50 דופק 100. איזו מהתרופות הבאות תוכל לסייע לה?

- א. Levodopa
- ב. Midodrine
- ג. Dopamine antagonist
- ד. MAO-B inhibitor

97. מה נכון לגבי טיפול ב- ADC (Antibody-Drug Conjugates) במחלות ממאירות?

- א. לא יעיל לטיפול בגידולים סולידיים
- ב. חלק ניכר מהתרופות עלול לגרום לדיכוי מח עצם
- ג. חלק ניכר מהתרופות עלול לגרום ל- cytokine release syndrome
- ד. הטיפול לא יעיל כטיפול בגידולים המטולוגים

98. בן 62, ברקע ממאירות ריאה (non-small cell). פונה למלר"ד בשל תלונות על נפיחות בצוואר ובפנים. מה הטיפול הראשוני בהינתן האבחנה הסבירה ביותר?

- א. קרינה
- ב. כימותרפיה
- ג. תומכן
- ד. סטירואידים

99. בן 30, בריא בד"כ, מתלונן על צואה שחורה. בבדיקה – יציב המודינמית ונשימתית וללא ממצאים בבדיקה פרט למלנה בבדיקה רקטלית. בדיקות מעבדה תקינות. מבוצעת גסטרוסקופיה שבה נראה כיב בגודל של 1 ס"מ עם בסיס נקי בבצל התריסריון. מה יכלול המשך הטיפול?

- א. אשפוז ומתן PPI תוך ורידי למשך 24 שעות
- ב. אשפוז ומתן PPI תוך ורידי למשך 72 שעות
- ג. שחרור הביתה עם מתן PPI פומי
- ד. אשפוז ומתן PPI פומי למשך 24 שעות

100. בן 70, מאושפז בשל שוק ספטי, נעזר ה-HFNC. מה נכון לגבי טיפול ב-PPI למניעת דימום כתוצאה מ stress ulcers?

- א. אם ניתן, עדיף לתת את הטיפול באופן פומי
- ב. מעלה את משך האשפוז
- ג. עדיף שיינתן במתן תוך ורידי
- ד. מעלה את הסיכון לזיהום נוזוקומיאלי יחסית לטיפול ב-H2 blockers

101. בן 54, ברקע השמנת יתר, סוכרת סוג 2 ויתר לחץ דם - מאוזנים היטב. בשל כאבי גב ביצע CT עמוד שדרה מותני עם עדות לממצא אדרנלי בקוטר 3.8 ס"מ, המודד HU-8 ללא הזרקת חומר ניגוד. הממצא נראה הומוגני וגבולותיו סדירים. בבדיקה גופנית ללא פנוטיפ קושינגואידי. בבדיקות דם ערכי אשלגן תקינים. מה נכון באשר לבירור הורמונלי הנדרש במקרה זה?

- א. יש להשלים בדיקת דם רנין ואלדוסטרון
- ב. יש להשלים בדיקת דם לאנדרוגנים ואסטרדיול
- ג. יש להשלים איסוף שתן 24 שעות לקורטיזול חופשי
- ד. אין צורך בביצוע בדיקת דם או איסוף שתן למטנפרינים

102. חולה הסובל מסוכרת לא מאוזנת מתקבל עם תמונה של חום גבוה, כאב בעיניים ובפנים וטשטוש ראייה. בבדיקת CT - מלאות של הסינוס האתמוידלי. מבין הבאים מה טיפול הבחירה לאבחנתו הסבירה?

- א. Isavuconazole
- ב. Posaconazole
- ג. Caspofungin
- ד. Amphotericin B

103. מה נכון לומר לגבי ההמלצה למתן חיסון ל- RSV?

- א. אחת לשנה החל מגיל 60
- ב. אחת לשנה החל מגיל 65
- ג. באופן חד פעמי לאחר גיל 60
- ד. אחת ל- 5 שנים מעל גיל 65

104. בת 21, סובלת מנזלת, אף סתום והתעטשויות מרובות במשך כל השנה. ידוע על רגישות לקרדית אבק הבית. איזו בעיה רפואית נוספת סביר למצוא במטופלת זאת (כעת או בעבר)?

- א. אלרגיה לתרופות
- ב. אלרגיה למזון
- ג. אלרגיה לחומרי ניקוי
- ד. אלרגיה לעקיצת חרקים.

105. איזו תופעת לוואי נפוצה יש לטיפול ב- ibrutinib?

- א. Constrictive pericarditis
- ב. Acute coronary syndrome
- ג. Pericardial effusion
- ד. Atrial fibrillation

106. בן 60 מאושפז בשל תסחיף ריאתי. במהלך האשפוז המטופל עובר בירור לטרומבוציטופניה חדשה עם ערכי טסיות סביב 40K. כחלק מהבירור נלקחת בדיקה אימונית המבוססת על אנטיגן PF4 שחוזרת חיובית. בהנחה שהבדיקה אכן נלקחה באינדיקציה נכונה, איזו מהתרופות הבאות עלולה להחמיר את מצבו?

- א. Warfarin
- ב. Bivalirudin
- ג. Fondaparinux
- ד. Rivaroxaban

107. בן 52, ללא מחלות רקע ידועות פונה למלר"ד בשל כאב לוחץ בחזה. טופל במד"א ע"י אספירין. בבדיקתו: במצב כללי בינוני, מזיע, לחץ דם 125/80, דופק 90 לדקה, סדיר, סטורציה 92% באוויר חדר, ללא קריפיטציות בבדיקת הריאות. מצ"ב תרשים אק"ג בקבלתו (תמונה 14):
איזו מבין האופציות הטיפוליות המיידיות הבאות היא **המומלצת ביותר**?

- א. חמצן, פוסיד, חסמי ביתא תוך ורידיים וניטרטים תת לשוניים
- ב. חסמי ביתא תוך ורידיים, סטטין וניטרטים תת לשוניים
- ג. חמצן, חסמי ביתא תוך ורידיים, סטטין וניטרטים תת לשוניים
- ד. פוסיד, ניטרטים תת לשוניים ומורפין

108. בת 40, פונה למלר"ד בשל כאבים לוחצים בחזה. מצ"ב תרשים אק"ג (תמונה 15).
המטופלת מועברת לצנתור דחוף. בצנתור מודגמים עורקים קורונריים תקינים והתכווצות תקינה של חדר שמאל. באנמנזה מתברר שזהו אירוע שלישי זהה בחודשיים האחרונים. מה הטיפול הקבוע המומלץ לאבחנה הסבירה של מטופלת זו בנוסף לחוסמי סידן?

- א. אספירין, סטטין
- ב. אספירין בלבד
- ג. ניטרטים
- ד. סטטין

109. בת 34, עוברת הערכה בשל פרוטאינוריה של 7 גרם ליממה ללא המטוריה. בבדיקות הדם אלבומין של 2.6 גרם/ד"ל. לחץ הדם נמדד 102/63. בבדיקתה ללא בצקות. מה האתיולוגיה הסבירה ביותר למחלה הכלייתית במטופלת זו?

- א. Subacute bacterial endocarditis
- ב. Primary syphilis
- ג. Post streptococcal glomerulonephritis
- ד. HIV

110. איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי טיפול אנטיביוטי בפניצילין בפרינגיטיס סטרפטוקוקלית?

- א. יכול למנוע התפתחות של glomerulonephritis
- ב. יכול למנוע התפתחות של rheumatic fever
- ג. לא מקצר כלל את משך המחלה
- ד. יש לטפל עד לרזלוציה של הסימפטומים

111. בן 78, ברקע סוכרת עם מיקרואלבומינוריה. מאושפז לאחר נפילה וממתין לסידור סוציאלי עם תמיכת נוזלים תוך ורידית. ביום החמישי לאשפוז עליית חום, מזוהה פלביטיס ובתרבויות צמיחת קוקים גרם חיוביים באשכולות. מטופל ב- cefazolin תוך ורידי. ביום השביעי לאשפוז לחצי דם מוגברים, בבדיקות הדם עליית קריאטינין מ-1 ל-2.5 מ"ג/ד"ל ובבדיקות השתן FENa של 0.3, מיקרוהמטריה ויחס חלבון/קריאטינין של 2.8 גרם/גרם. מה הסיבה הסבירה ביותר לאי ספיקת הכליות החדה (AKI)?

- א. Acute interstitial nephritis
- ב. Pre-renal AKI
- ג. Post infectious glomerulonephritis
- ד. Infection associated glomerulonephritis

112. בת 25 עם אבחנה של SLE שביטויו כאבי פרקים, פריחת פרפר, יובש בפה ובעיניים. בנוסף סובלת מאנמיה משולבת על רקע חסר ברזל והמוליזה אוטו אימונית. מתחילה טיפול ב NSAIDs, iron, azathioprine, plaquenil. לפי צורך לכאבי הפרקים. פונה למלר"ד בשל כאבי ראש עזים וקישיון עורף. איזו מהתרופות עלולה להיות הגורם לכך?

- א. Plaquenil
- ב. Azathioprine
- ג. Iron
- ד. NSAID

113. למי מהמטופלות הבאות אשר לכולן נוגדני APLA חיוביים בטיטר גבוה יש אבחנה של Probable catastrophic APLA syndrome?

- א. בת 25, ללא טיפול נוגד קרישה, בשבוע 35 להריון מפתחת (PE) pulmonary embolism מסיבי הגורם לשוק המודינמי עם צורך בטרומבוליזה ומוות של העובר
- ב. בת 32, מטופלת ב warfarin (INR – 2.5), מתקבלת עם אצבע כחולה ברגל. לפני שנה DVT, לפני שנתיים PE, לפני 3 שנים אוטם שריר הלב
- ג. בת 36, ללא טיפול נוגד קרישה, מתקבלת עם אצבע כחולה אשר במהלך האשפוז באותו שבוע מפתחת גם אוטם בכליה ו DVT
- ד. בת 40, מטופלת ב warfarin (INR – 3), מתקבלת לבית החולים בשל כאבים בחזה. ב CT קורונריים נמצא קריש ב left main artery. בעת הצנתור מפתחת VF ולא שורדת את האירוע

114. בן 63, ללא מחלות רקע פונה לרופא בשל החמרה בקוצר נשימה ושיעול יבש מזה כחודשיים. עובר הערכה שכוללת בדיקות מעבדה, הדמיה ותפקודי ריאות. איזה ממצא יכונן באופן הכי ספציפי לאבחנה של hypersensitivity pneumonitis?

- א. ירידה ב DLCO בתפקודי ריאות מלאים
- ב. ground-glass opacities and centrilobular nodules ב CT חזה
- ג. אאוזינופיליה ב bronchoalveolar lavage
- ד. עלייה משמעותית ב IgE בדם

115. להלן טריגרים אופייניים ואבחנות קלינית בהתאמה (א-ד). באיזה מהבאים מתואר קשר נכון?

- א. Eosinophilic granulomatosis and polyangiitis - Vaping
- ב. Chronic eosinophilic pneumonia - Allergy
- ג. Allergic bronchopulmonary aspergillosis - Dust exposure
- ד. Acute eosinophilic pneumonia – Airway hyper-responsiveness

116. בן 65, ברקע ממאירות קיבה מטופל ע"י כימותרפיה דרך port-a-cath. מאושפז בשל חום ונויטרופניה (ANC – 200) ללא מקור ברור ובמצב כללי טוב. מטופל ע"י piperacillin tazobactam באופן אמפירי. לאחר 3 ימים, עדיין עם חום, 300 נויטרופילים, תרביות דם עקרות, ללא הרעה קלינית. מה הגישה הטיפולית הנכונה ביותר?

- א. המשך הטיפול האנטיביוטי ב- piperacillin tazobactam והוספת טיפול ב- vancomycin
- ב. המרת הטיפול האנטיביוטי מ- piperacillin tazobactam ל- meropenem
- ג. המשך אותו טיפול
- ד. המרת הטיפול האנטיביוטי ל- meropenem ו- vancomycin

117. איזה מההיגדים הבאים הוא הנכון ביותר לגבי התחלת טיפול נוגד כאב לכאב בעוצמה חזקה?

- א. לרוב יש להתחיל באופיואיד "חזק" ארוך טווח במתן קבוע פעמיים ביממה
- ב. מקובל לעבור דרך ניסיון טיפולי באופיואידים "חלשים" במינונים עולים בטרם הטיפול באופיואידים "חזקים"
- ג. אין טעם בהמשך טיפול בתרופות לא אופיואידיות ברגע שמתחילים טיפול באופיואידים
- ד. במטופלים החווים "end of dose failure" יש להעלות את תדירות מתן התרופה ארוכת הטווח

118. מה נכון לומר לגבי שימוש ב-acetaminophen במטופלים הסובלים משחמת כבד?

- א. המינון המותר הוא 4 ג' ליום אך לא יותר מ-5 ימים ברצף
- ב. אסור לשימוש
- ג. מותר לשימוש אך רק עד דרגה B Child-Pugh
- ד. מותר לשימוש אך רק עד למינון של 2 ג' ליום

119. איזה מהטיפולים הבאים מקובל לשימוש בטיפול בהרעלת beta blockers?

- א. IV insulin
- ב. IV NaHCO₃
- ג. IV albuterol
- ד. IV physostigmine

120. בן 82, ברקע מחלת לב איסכמית, אי ספיקת לב עם מקטע פליטה ירוד, פרפור עליות התקפי, סוכרת ויתר לחץ דם. מטופל ב-insulin, amlodipine, ramipril, apixaban, carvedilol, atorvastatin and digitalis. 5 ימים טרם פנייתו החל סובל משלשול מרובה מלווה בחום. במהלך ימים אלו מיעט באכילה ושתיה והפך שקוע יותר ויותר. כעת הובא למלר"ד בשל ירידה ניכרת במצב ההכרה. בבדיקתו בהכרה מעורפלת, לחץ דם 90/60, דופק כ-100 לדקה – סדיר. תרשים אק"ג מצ"ב (תמונה 16). בבדיקות מעבדה אי ספיקת כליות חדה עם עליית קריאטינין מ-1.5 ל-2.5 מ"ג/ד"ל, אשלגן – 5.8 מא"ק/ליטר. עולה חשד להרעלה מאחת מתרופותיו. איזה מבין הטיפולים הבאים מומלץ להתחיל באופן מיידי בהנחת האבחנה הסבירה?

- א. IV glucagon
- ב. Electrical cardioversion
- ג. IV NaHCO₃
- ד. IV specific antibody fragments

121. איזו מבין האפשרויות הבאות היא האתיולוגיה השכיחה ביותר שתוביל להתפתחות יתר ל"ד שניוני?

- א. Renal artery stenosis
- ב. Renal parenchymal disease
- ג. Primary hyperaldosteronism
- ד. Obstructive sleep apnea

122. מה כלול בשקול הדעת לגבי החלטה על טיפול ב pre-renal AKI?

- א. תמיסת סליין 0.9% ככל הנראה עדיפה במטופלים עם בססת מטבולית
- ב. תמיסת סודיום ביקרבונאט 150 מא"ק+דקסטרז עדיפה במטופלים מקיאים עם היפוקלמיה
- ג. תמיסת רינגר לקטט עדיפה במטופלים עם היפונתרמיה
- ד. אלבומין עדיף בחולים עם שוק המורגי

123. בן 70, ברקע סוכרת מטופלת באינסולין (ללא טיפול תרופתי נוסף) מופנה למלר"ד בשל חולשת פלג גוף ימין שנמשכה מעל שעה וחלפה בעת שהייתו במלר"ד. CT מח – ללא ממצא חד. CTA – ללא היצרויות משמעותיות. מה הטיפול האנטיטורמבוטי המומלץ לו? (סמן את התשובה המדויקת ביותר)

- א. Aspirin + clopidogrel למשך 90 יום ואז aspirin בלבד
- ב. Aspirin + clopidogrel למשך 90 יום ואז clopidogrel בלבד
- ג. Aspirin + clopidogrel למשך 30 יום ואז aspirin בלבד
- ד. Aspirin + clopidogrel למשך 30 יום ואז clopidogrel בלבד

124. אילו מהממצאים הבאים בצנתור לב ימני הם האופייניים ביותר לחולה הסובל מיתר לחץ דם ריאתי על רקע מחלה טרומבואמבולית כרונית (CTEPH)?

PVR (WU)	PAWP (mmHg)	mPAP (mmHg)	
1.5	12	32	א.
1.5	20	25	ב.
3	17	40	ג.
3	12	28	ד.

PVR – pulmonary vascular resistance, PAWA – pulmonary artery wedge pressure, mPAP – mean pulmonary artery pressure

125. מה הטיפול התרופתי היחיד המאושר לטיפול ביתר לחץ דם ריאתי על רקע מחלה טרומבואמבולית כרונית (CTEPH)?

- א. Sotatercept
- ב. Riociguat
- ג. Bosentan
- ד. Tadalafil

126. בן 30 ברקע אפטות בפה, אובאיטיס ואנאוריזמה של עורק ריאה מתייצג עם deep vein thrombosis. מה הטיפול המקובל?

- א. Warfarin
- ב. DOAC
- ג. aspirin
- ד. Azathioprine

127. בן 30, בריא בד"כ, מתקבל עם חום שיעול ופריחה. בבדיקת שתן PCR measles חיובי. לאחר מס' ימים הפריחה דוהה אך החום ממשיך. מה הטיפול הסביר בשלב זה?

- א. המשך טיפול תומך
- ב. Cephalosporin דור 3 ומקרוליד
- ג. Cephalosporin דור 1
- ד. Ribavirin

128. בת 25, אובחנה עם מחלת קרוהן והותחל טיפול ביולוגי. לאחר התחלת הטיפול הופיעו נגעים עוריים שמתאימים לפסוריאזיס. איזו תרופה הכי סביר שקבלה המטופלת?

- א. Vedolizumab
- ב. Infliximab
- ג. Ustekinumab
- ד. Tofacitinib

129. בן 70 עם רקע של עישון כבד וקוצר נשימה במאמצים קלים ביצע CT חזה כבדיקת סקר. אמנם לא נצפה תהליך גידולי אך נראו שינויים אמפיזמטוטים נרחבים. איזו תיאור (א-ד) של ממצאי בדיקת תפקודי הריאה הכי מתאים למצב המטופל?

DLCO	RV	TLC	FEV1/FVC	FVC	FEV1	
82%	110%	102%	65%	72%	55%	א
63%	89%	84%	105%	84%	91%	ב
54%	141%	122%	68%	95%	72%	ג
79%	75%	69%	91%	59%	58%	ד

130. מה, ככל הנראה, הסיבה השכיחה ביותר לדמם מוחי לובארי בקשישים?

- א. Cerebral amyloid angiopathy
- ב. Uncontrolled hypertension
- ג. Cerebral metastasis
- ד. Head trauma

131. איזה טיפול הוכח כמפחית סיכון לאמפוטציה במטופלים הסובלים מ- peripheral arterial disease?

- א. Aspirin 100 mg + clopidogrel 75 mg
- ב. Clopidogrel 75 mg + rivaroxaban 2.5 mg x 2
- ג. Aspirin 100 mg + rivaroxaban 2.5 mg x 2
- ד. Aspirin 100 mg + rivaroxaban 10 mg

132. בת 24, בריאה בד"כ, עוברת בדיקת PET-CT כחלק מבירור FUO. מצורף הממצא הבולט ביותר בבדיקה (תמונה 17). איזו מבין הסיבות הבאות היא הסבירה ל- FUO בחולה זו?

- א. Giant cell arteritis
- ב. IgG4 related disease
- ג. Takayasu arteritis
- ד. Syphilis

133. בת 38, שבוע לאחר לידה רגילה. מובאת למלר"ד ע"י אמבולנס כשהיא בשוק (לחץ דם 70/30) וסטורציה 82% באוויר חדר. בבדיקה: ריאות נקיות וגודש ורידי צוואר מקסימלי. בבדיקת אקו נמצא סימן ע"ש מקונל (McConnell's sign). כיצד יש לייצב את החולה עד לטיפול דפיניטיבי?

- א. מתן 2 ליטר סליין בהרצה
- ב. מתן חצי ליטר סליין בהרצה ואם החולה לא מתייצבת התחלת טיפול בדופאמין
- ג. מתן 2 ליטר סליין בהרצה ואם החולה לא מתייצבת התחלת טיפול בנוראדרנלין
- ד. מתן חצי ליטר סליין בהרצה ואם החולה לא מתייצבת התחלת טיפול בנוראדרנלין

134. איזה מבין הבאים מהווה אחד מיתרונות הטיפול ב-hydrochlorothiazide?

- א. ירידה בשכיחות שברים אוסטאופורוטים
- ב. ירידה בשכיחות התקפי גאוט
- ג. שיפור איזון ערכי סוכר
- ד. שיפור פרופיל שומנים

135. בן 35 מודד לחץ דם מספר פעמים בביתו עם ערכים ממוצעים של 128/79. לאור זאת הוא פונה לרופא המשפחה בשאלה לגבי משמעות ערכים אלו. מה תהיה תשובת הרופא?

- א. Normal blood pressure
- ב. Elevated blood pressure
- ג. Stage 1 hypertension
- ד. Stage 2 hypertension

136. מה הסיבה השכיחה כיום לביצוע ניתוח לתיקון (MR) mitral regurgitation?

- א. מחלה ראומטית (RHD)
- ב. פרולפס (MVP)
- ג. אנדוקרדיטיס (IE)
- ד. בעיה פונקציונלית (Functional MR)

137. ב CT קרדיאלי לאיתור מחלת לב קורונרית נמצא ממצא מקרי של SOL במיצר הקדמי. מה מהבאים יופיע בסבירות הגבוהה ביותר אצל המטופל?

- א. Cutaneous calcifications
- ב. Clubbing
- ג. Paraneoplastic syndromes
- ד. Anti TPO

138. בת 23, ללא מחלות רקע ידועות פונה לבירור בגלל הופעת בצקות חדשות בגפיים והמופטיזיס. בבדיקה סטורציה שמורה ללא חום. במעבדה קריאטינין 2.5mg/dL ופרוטאינוריה. מצורף צילום חזה (תמונה 18). איזה מבין הממצאים הבאים אופייני בבדיקת תפקודי ריאות?

- א. עלייה ב TLC
- ב. עלייה ב DLCO
- ג. ירידה ב FEV1/FVC
- ד. עלייה ב RV

139. מה מהווה סיבוך אפשרי של היפונתרמיה כרונית, גם כאשר היא ללא תסמינים (סימפטומים) ברורים (א-סימפטומטית)?

- א. סיכון מוגבר להידרדרות מואצת של התפקוד הכלייתי
- ב. סיכון מוגבר ליתר לחץ דם
- ג. סיכון מוגבר להפרעות ראייה
- ד. סיכון מוגבר לשברים

140. בת 85, סובלת מפאראסטזיות. בבדיקות הדם ריכוז סידן של 6.8 מ"ג/ד"ל . איזו מבין התרופות בהן מטופלת האישה סביר שתרמה למצבה באופן המשמעותי ביותר?

- א. Omeprazole
- ב. Disothiazide
- ג. Bisoprolol
- ד. Alfacalcidol

שאלות על מאמרים

141. על פי מחקר ה-DIGIT-HF, מה ההבדל הפרמקולוגי העיקרי בין Digitoxin לבין Digoxin אשר הופך את הראשון למתאים יותר לטיפול בחולים עם תפקוד כליות לקוי?

- א. Digitoxin הוא חומר הידרופילי (מסיס במים) ולכן מתפנה מהר יותר דרך השתן בניגוד ל - digoxin
- ב. Digitoxin מתפנה ביעילות באמצעות הפרשה אנטרו-הפטית בניגוד ל digoxin שמפונה כמעט בלעדית דרך הכליות
- ג. ל digitoxin יש זמן מחצית חיים קצר משמעותית משל digoxin, מה שמונע הצטברות רעילה
- ד. Digitoxin אינו נקשר לחלבונים בנסיוב ולכן זמין יותר לפינוי בדיאליזה יחסית ל- digoxin

142. מה היה יחס הסיכונים (Adjusted Hazard Ratio) לתמותה מכל סיבה בקבוצת האספירין בהשוואה לקבוצת הפלצבו במחקר ה-AQUATIC?

- א. 3.35
- ב. 1.72
- ג. 0.75
- ד. 0.5

143. במחקר ה-SELECT-GCA, מה הייתה תופעת לוואי שכיחה יותר בקרב מטופלים שקיבלו upadacitinib 15 mg לעומת מטופלים שקיבלו פלצבו?

- א. זיהומי הרפס זוסטר
- ב. זיהומים חיידקיים חמורים
- ג. פרפור עליות
- ד. אירועים טרומבואמבולים

144. מה נכון לגבי אוכלוסיית מחקר והתוצאים של מחקר ה-HI-PRO?

- א. אחוזי הישנות VTE (venous thromboembolism) ב 12 חודשים בקבוצת הפלסבו היו גבוהים מהמקובלים בספרות
- ב. אוכלוסיית המחקר כללה חולים עם גורם סיכון הפיך בלבד (transient risk factor)
- ג. אוכלוסיית החולים כללה חולים ללא VTE קודם
- ד. שיעור ה major bleeding בקבוצת ה- apixaban היה גבוה יחסית למחקרים שבדקו extended duration treatment במינון זהה

145. על פי מחקר ה- ECLIPSE מה נכון לגבי בדיקת cfDNA?

- א. בעלת רגישות (sensitivity) גבוהה יותר בהשוואה ל-FIT לגילוי ממאירות מעי גס
- ב. בעלת רגישות גבוהה יותר בהשוואה ל-FIT לגילוי נגעים טרום-ממאירים במעי הגס
- ג. בעלת סגוליות (specificity) נמוכה לגילוי ממאירות מתקדמת של המעי הגס בנבדקים בסיכון ממוצע
- ד. בעלת סגוליות גבוהה יותר בהשוואה ל-FIT לגילוי נאופלזיה מתקדמת

146. איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי מחקר ה-BALANCE?

- א. תוצאות המחקר לא רלוונטיות לפתוגנים כגון *Staph. aureus*
- ב. המחקר הדגים עליונות של טיפול אנטיביוטי ארוך (14 ימים) לעומת קצר (7 ימים)
- ג. תוצאות המחקר לא רלוונטיות למטופלים שהם *critically ill*
- ד. המחקר רלוונטי במיוחד למטופלים עם בקטרמיות של חיידקים גרם חיוביים

147. מי מהמטופלים הבאים, שלכולם PAH (pulmonary arterial HTN), רשאי היה להשתתף במחקר ZENITH?

- א. בן 50 עם PAH משני ליתר לחץ דם פורטלי
- ב. בן 60 שבבדיקות הדם נמצאה ספירת טסיות של 40,000 לממ"ק
- ג. בן 45 עם PAH הקשור לדלף (Shunt) מולד פשוט ממערכת כלי הדם המערכתית לריאתית שעבר תיקון ניתוחי לפני כשנתיים
- ד. בת 55 עם PAH אידיופטי, שבבדיקת אקוקרדיוגרפיה נמצא מקטע פליטה של חדר שמאל (LVEF) של 40%

148. באיזה ממשטרי המינון הבאים השתמשו במחקר ה-PREDMETH?

- א. הטיפול ב- prednisone הותחל במינון של 40 מ"ג ליום, והופחת כל 4 שבועות עד הגעה למינון אחזקה של 10 מ"ג ליום בשבוע ה-16 למחקר
- ב. הטיפול ב- methotrexate הותחל במינון של 10 מ"ג לשבוע והועלה בהדרגה למינון מקסימלי של 15 מ"ג לשבוע
- ג. במקרה של חוסר יעילות מספקת של אחת מהתרופות, הפרוטוקול הורה על הפסקה מוחלטת של התרופה ומעבר מלא לקבוצת הטיפול השנייה
- ד. במקרה של התפתחות תופעות לוואי למethotrexate (בניגוד ל- prednisone) הפרוטוקול הורה על הפסקה מיידית של הטיפול

149. מהי המשמעות העיקרית של בחירת חולים על-פי $\text{CAR score} < 20\%$ במחקר ECST-2?

- א. לבחור חולים שבהם התועלת מ־ re-vascularization צפויה להיות מקסימלית
- ב. לזהות אוכלוסייה שבה סביר שהתערבות פולשנית לא תוסיף תועלת מעבר ל OMT
- ג. להגדיל את שיעור האירועים כדי לשפר עוצמה סטטיסטית
- ד. להתאים את אוכלוסיית המחקר להנחיות האירופאיות המבוססות על דרגת היצרות בלבד

150. מה הכי נכון לגבי תופעות הלוואי של הטיפול ב-baxdrostat לעומת הטיפול בפלצבו במחקר BaxHTN?

- א. 4% מהמטופלים ב-baxdrostat סבלו מאי ספיקת אדרנל
- ב. שיעורי היפרקלמיה היו דומים במטופלים שטופלו ב-baxdrostat ובמטופלים שטופלו בפלצבו
- ג. שיעור המקרים של היפונתרמיה היה גבוה יותר בקבוצת הטיפול ב-baxdrostat לעומת פלצבו
- ד. השינוי ב-eGFR לאורך 12 השבועות הראשונים לטיפול היה דומה בקבוצת הטיפול ב-baxdrostat ובקבוצת הטיפול בפלצבו

בהצלחה!