

שאלה קלינית גדולה – מס' 2, יום ב 17/11/25

כתיבה: ד"ר מיכל סיטי, ד"ר תומר צדוק

עריכה: ד"ר ליל שדמי

לבוחנת: יש להציג לנבחנת דף מידע מס' 1 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 1:

ילד בן 5, מובא על ידי הוריו למרפאה בשל פריחה בגפיים התחתונות, וכאבי בטן שהחלו לפני יומיים. עם כניסתו לחדר את/ה רואה את הפריחה המצורפת (נספח 1) :

נספח א :



שאלה מס' 1:

מה הגישה לילד עם פריחה כמתואר בתמונה? מה חשוב לשאול באנמנזה על מנת להחליט על אופן ניהול המקרה?

תשובה:

מדובר בפריחה פורפורית סימטרית על פני גפיים תחתונות. הגישה לילד עם פריחה פורפורית תלויה במצבו הקליני של הילד ונוכחות "דגלים אדומים". **בילד טוקסי או בנוכחות דגלים אדומים** - מראה טוקסי/לטרגיה, חום/ היפותרמיה, פרפוזיה ירודה, תת לחץ דם או טכיקרדיה, שינוי במצב הכרה, קישיון עורף, פטכיות שמתפשטות מהר. יש לייצב את הילד, לתת טיפול אנטיביוטי בהקדם האפשרי ולהפנות למיון.

בילד במצב כללי טוב ניתן להשלים בירור בקהילה / מחלקת ילדים:

- **היסטוריה רפואית כללית (קצרה)** - מהלך הריון ולידה, מחלות רקע, חיסונים, התפתחות, מחלות במשפחה.
- **תיאור הפריחה** - מתי החלה הפריחה? קצב ההתקדמות? איזה אזורים מעורבים/ האם הפריחה נודדת/ סדר הופעת הנגעים? האם נעלמת בלחיצה? האם מלווה בגרד או כאב?
- **תסמינים נלווים** - חום? שינוי התנהגותי? שתן כהה או דמי? כאבי ראש?
- **דימומים מריירות / אפיסטקסיס**
- **חשיפה אפשרית** - האם נמצא בגן/בית ספר? האם היו חולים נוספים סביבו? האם טייל לאחרונה? חשיפה לתרופות / חומרים אחרים? חשיפה לחיות? לינה בשטח?

- **מערכת שריר-שלד** - האם יש כאבי שרירים / מפרקים ? אם ישנם מה סדר הופעתם? האם סימטרי/אסימטרי? האם המפרקים כואבים/חמים/אדומים? האם יש נוקשות בוקר ולכמה זמן נמשכת? האם קיים כאב לילי?
- **מערכת העיכול** - סוג הכאב? שלשולים? דם בצואה? בחילות? הקאות? ירידה בתיאבון? ירידה במשקל ?
- סיפור משפחתי של דימומים או חסר בפקטור קרישה.
- **תשאול אלימות**

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הדגים הנבחן הבנה בגישה לפריחה פורפורית במרפאה הראשונית? באיזו מידה ידע לקחת אנמנזה ממוקדת על מנת להבחין בין המצבים השונים ?

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 2 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 2:

הילד בריא, ללא מחלות רקע, ניתוחים או אשפוזים. מתגורר עם שני הוריו ואחיו, אימו בהריון (שליש ראשון), לאב F.M.F. מזה יומיים תפרחת אדומה-סגלגלה בגפיים התחתונות ובעכוז. בנוסף מלין על כאבים סימטריים ברגליים, המגבילים את תנועתו. ללא אודם או נפיחות במפרקים. ללא נוקשות בוקר. כאבי בטן חזקים ללא מיקום ספציפי בבטן, שמופיעים בעיקר סביב האוכל. מספר אירועים בודדים של הקאה ושלשול לא דמיים. ללא מלנה. ההורים מציינים כי לפני שבועיים סבל מהתקררות קלה עם חום שחלפה ללא צורך בטיפול תרופתי

בבדיקה גופנית:

מדדים חיוניים תקינים. פריחה פורפורית נמושה, גפיים תחתונות ועכוזים. בטן מעט תפוחה, רגישות ברביע התחתון השמאלי, ללא סימני גירוי צפקי. רגישות ונפיחות קלה דו-צדדית במפרקי הברכיים והקרסוליים, ללא אודם מקומי. לא נמושו בלוטות לימפה מוגדלות.

שאלה מס' 2:

מה האבחנה המבדלת למצבו של הילד לפי קבוצות? בכל קבוצה ציין י. דוגמאות וציין י. עבור כל אחת מהאבחנות, גורמים התומכים או שוללים את הרלוונטיות שלה במקרה המוצג .

תשובה:

ילד עם פריחה (פורפורית) סימטרית בגפיים תחתונות ועכוז, כאבי בטן וכאבים בגפיים תחתונות (עם נפיחות מפרקים).

אבחנה מבדלת על פי קבוצות:

זיהומי:

- **מנינגוקוקסמיה** – פורפורה נרחבת (לא רק באזור רגליים תחתונות ועכוז), ילווה לרוב בחום גבוה ומצב ירד יתכן תת לחץ דם, חשוב לשמור על רמת חשד גבוהה שכן יש חשיבות לטיפול מיידי. הסיפור הקליני במקרה הזה פחות מתאים.

- **ריקציה** – פריחה פורפורית, חום סיסטמי, תיתכן מיאלגיה – מצפים למעורבות כפות ידיים, כאבי ראש שלא מתוארים במקרה הנ"ל.
- **מחלה ויראלית** – כגון אנטרווירוס, CMV, EBV, PARVO, B19, חצבת – עלולים לגרום לפריחה פורפורית קלה או פטכיות, מעורבות סיסטמית – כאבי בטן, מיאלגיה ובחלק מהוירוסים גם ארתרלגיה.
- **אנדוקרדיטיס** – יכול להתבטא עם פופורה וכאבי בטן, אין כאן גורמי סיכון רלוונטיים

מחלות אוטואימוניות:

- **Henoch-Schönlein Purpura (IgA vasculitis)** – מתאים מבחינת גיל, קליניקה מתאימה פורפורה נמושה, כאבי בטן וארתרלגיה, קיים סיפור של URTI לפני הופעת התסמינים.
- **PAN** – פורפורה (לא נמושה), כאבי בטן (לרוב עקב וסקוליטיס מזנטריאלית) וכאבי מפרקים
- **JIA סיסטמי** – stills disease – חום כאבי מפרקים ופריחה חולפת עם חום
- **SLE** – ייתכן עם פורפורה, כאבי מפרקים וכאבי בטן (על רקע וסקוליטיס) – הגיל פחות אופייני
- **קוואסקי / post streptococcal vasculitis** – ייתכן עם פריחה פורפורית, אך הקליניקה לא מתאימה.
- **Familial Mediterranean fever** – קיים סיפור משפחתי של FMF. הופעה של התלונות לאחר URTI. קיימים כאבי בטן וכאב מפרקים גדולים. בד"כ בFMF יש חום והפריחה הקלאסית במחלה היא דמויית אריספלס ומופיעה בקרסול ובחלק האחורי של הרגל, הפריחה המוצגת אינה מתאימה לFMF.
- **IBD** – כאבי בטן ופריחה (יכולה להיות leukocytoclastic vasculitis) בקרוהן יכול להופיע עם התלקחות המחלה ובUC לעיתים מקדים את הופעת המחלה בחודשים-שנים.
- **ITP** – הרס אימוני של טסיות לעיתים לאחר זיהום ויראלי והופעה של פורפורה כשבועיים אחרי URTI. גיל ההופעה הראשוני הוא בד"כ בגיל 1-4 למרות שיכול להתפתח גם בגיל מאוחר יותר. הפריחה ב-ITP תופיע בפנים ובגוף, ללא מעורבות מפרקית, עשויה להתייצג עם כאב בטן.

ממאירות:

- **לוקמיה חריפה (ALL)** – פריחה דימומית, כאבי מפרקים, וכאבי בטן (כתוצאה מאורגנומגליה/ הגדלת בלוטות לימפה)
- **ממאירויות אחרות עם הסתמנות פארה-נאופלסטית**

הפרעות קרישה:

- **DIC** – על רקע ספסיס/ טראומה – פחות מתאים מבחינה קלינית.
- **HUS** – הרס טסיות מיקרואנגיופתי – יכול להופיע לאחר שלשולים וכאבי בטן (E.coli), יכול להתייצג עם כאבי בטן וירידה במתן שתן (ניתן לסווג כאימוני / פוסט זיהומי)

אלימות

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה:

לציין כי הנבחן לא מצופה לתת את כל DD שלעיל אלא דוגמה / שתיים לכל קבוצה

באיזו מידה חשב הנבחן על אנמנזה מבודלת רחבה והדגים חשיבה קלינית בהתאמת פרטי המקרה לאבחנות השונות

לבוחנ/ת: יש להציג לנבחנ/ת דף מידע מס' 3 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 3:

שלחת את המטופל לביצוע בדיקות מעבדה, להלן התשובות שהתקבלו:

Test	Results	Units	Normal range
HB	10.9	g/dl	11-14
WBC	11	K/ul	4.5-11.5
PLT	470	K/ul	150-450
UREA	50	mg/dl	17-43
CR	1	mg/dl	0.51-0.95
CRP	3	mg/dl	0-0.5
ESR	80	Mm	0-30
PT-INR	1.1		
PT-SEC	10.4	Sec	10-13

בבדיקת שתן : פרוטאינאוריה +1, המטוריה +1

רמות משלים תקינות , ANA, ANCA שלילי

שאלה מס' 3 :

בהתבסס על כלל הנתונים, מהי האבחנה הסבירה ביותר (תארי קריטריונים לאבחנה)? מהם עקרונות הטיפול והמעקב ?

תשובה:

האבחנה הסבירה ביותר Henoch-Schönlein Purpura - מדובר באבחנה קלינית (קריטריונים לאבחנה EULAR/PRINTO/PRES 2010) נוכחות של פורפורה נמושה, ללא טרומבוציטופניה או הפרעת קרישה ובנוסף אחד מהבאים:

- כאבי בטן חריפים
- ארתרלגיה/ ארטריטיס
- ביופסיה המראה שקיעה של IgA בכלי דם קטנים
- מעורבות כלייתית (30-50%) – המטוריה, פרוטאינאוריה / גלילים אדומים בשתן

הטיפול – המחלה הינה self-limiting וחולפת מעצמה לרוב תוך 4-6 שבועות, יש צורך במעקב בעיקר אחר אפשרות של סיבוכים כליתיים.

- טיפול תומך- מנוחה, הידרציה ותזונה מספקת
- טיפול תסמיני בכאבים – NSAID בהיעדר עדות לפגיעה כלייתית.
- מעקב צמוד אחרי לחץ דם ושתן לאורך שישה חודשים.

- טיפול בסטרואידים – פרדניזון 1-2 מ"ג/ק"ג למשך 1-2 שבועות וירידה הדרגתית במינון מומלץ במקרים הבאים:

- כאבי בטן קשים / דמם במערכת העיכול/ הקאות מרובות
- ארטריטיס משמעותי
- בצקות משמעותיות / פגיעה נוירולוגית

* במקרים חמורים ניתן לתת IV methylprednisolone הסטרואידים אינם מונעים פגיעה כלייתית אך מפחיתים משמעותית את כאבי הבטן והמפרקים

- כאשר יש פגיעה כלייתית משמעותית יש מקום לשקול טיפול אימונוסופרסיבי נוסף ובמקרים עמידים /IVIG פלזמהפריזיס

המעקב – מעקב שתן ולחץ דם מידי שבוע ולאחר מכן אחת ל-2-4 שבועות, למשך שישה חודשים. במידה ובדיקות פתולוגיות מעקב נפרולוג ילדים.

במקרה המוצג השאלה יש מקום לשקול טיפול בסטרואידים לאור מעורבות גסטרואינטסטינאלית ומפרקית (החלטה לפי חומרת תסמינים), הפרוטאינאוריה והמטוריה נחשבות קלות ולכן דרוש מעקב בלבד.

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה ידע הנבחן לנמק את האבחנה? באיזו מידה הכיר הנבחן את עקרונות הטיפול והמעקב וידע להתאים המלצות עבור המקרה שבשאלה?

לבוחנ/ת: יש להציג לנבחנ/ת דף מידע מס' 4 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 4:

הזמנת את הילד למעקב של בדיקת שתן ולחץ דם (תחילה אחת לשבוע ולאחר מכן מידי חודש), כעבור 4 חודשים במסגרת המעקב נמדד ל"ד 140/90, בסטיק שתן: חלבון +3, דם +2 ובצקות בגפיים התחתונות.

שאלה מס' 4 :

מהם הגורמים האפשריים לפרוטאינאוריה בילדים? כיצד תמשיך י את הבירור?

תשובה:

הסיבות לפרוטאינאוריה בילדים:

- **פרוטאינאוריה חולפת** יכולה להופיע בעד כ-10% מהילדים ויותר שכיחה בבנות. מופיעה סביב מצבי דחק כמו חום, פעילות גופנית, התייבשות, חשיפה לקור, אי ספיקת לב או פרכוס.
- **פרוטאינאוריה אורטוסטטית** מופיעה יותר בבנים. מצב שפיר שברוב המקרים מתגלה באופן מקרי. מתאפיינת בשתן ראשון בבוקר עם מעט חלבון בשתן, ועלייה של חלבון בשתן לאחר 4-6 שעות שהילד במצב זקוף.
- **פרוטאינאוריה קבועה :**
 - **גלומרולרית** – FSGS, Minimal Change Disease, נפרופתיה ממברנוטית, גלומרולונפריטיס, HSP, SLE, סכרת.
 - **טובולרית** – פנקוני, וילסון, ATN, נפריטיס טובולאינטרסטיאלית, תרופות – NSAID, ליתיום, ציקלוספורין, אמינגליקוזידים, שקיעת מתכות כבדות.

- **פרוטאינאוריה פרה-רנאלית (overload)** - יצור יתר של חלבון (בעל משקל נמוך) בדם – מיוגלובינאוריה, פארפרוטאינמיה, המוגלובינאוריה

סביר להניח שהפרוטאינוריה במקרה הנ"ל נובעת ממחלה גלומרולרית על רקע של וסקוליטיס (HSP). המשך בירור:

- בדיקות דם - כימיה כוללת תפקודי כליה, אלקטרוליטים, כולסטרול, אלבומין, משלים, ANA ו ANCA
- בדיקת שתן ראשון בבוקר ליחס פרוטאין לקראטינין (או איסוף שתן למשך 24 שעות)
- שתן למיקרוסקופיה – לקבוע את סוג הפגיעה
- ניתן לשקול US במידה ויש חשד לבעיה אנטומית (אין צורך במקרה זה)
- ניתן לשקול ביופסיית כליה במקרים חמורים (חלבון בשתן בתחום נפרוטי, הופעת המטוריה עם משקעים אורגניים, תפקוד כלייתי ירוד).
- הפנייה לנפרולוג ילדים – לשקול צורך לפי דרגת פרוטאינאוריה, ממצאים בשתן למיקרוסקופיה, תוצאות מעבדה.

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה ידע הנבחן לתאר סיבות לפרוטאינאוריה בילדים לפי קבוצות ? באיזו מידה ידע את האבחנה הסבירה במקרה הנ"ל ?

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 5 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 5:

הילד מטופל בהתאם לאבחנתו, מצבו הקליני משתפר וגם הפרוטאינאוריה ויל"ד חולפים. כעבור חצי שנה, הוריו מביאים אותו בשנית, ומדווחים על הופעה של הרטבות לילה אצל בנם אחרי שכבר היה גמול בעבר ללא אירועים של בריחת שתן בשעות היום.

שאלה מס' 5:

מה האבחנה של הילד וכיצד תבדיל בין אנורזיס לילי מונוסימפטומטי לפוליסיםפטומטי? מהן ההתוויות לביצוע בירור באנורזיס שניוני ?

תשובה:

הילד סובל מאנורזיס לילי - מוגדר כהרטבות ליליות לפחות פעמיים בשבוע בילד מעל גיל 5. יש להבדיל בין אנורזיס לילי מונוסימפטומטי – היעדר סימפטומים במהלך היום (ניתן לחלק לראשוני או שניוני – אחרי מעל חצי שנה ללא הרטבות ליליות). לבין אנורזיס לילי פוליסיםפטומטי (מצב בו ישנם תסמינים נוספים בשעות היום כגון דיסאוריה, תכיפות, דחיפות, היסוס, בריחת שתן, קושי בהתאפקות, נפחים גבוהים או קטנים באופן חריג, זרם חלש). לבוחן יש לשים לב שפה לא נשלל מצב פוליסיםפטומטי

סיבות לביצוע בירור באנורזיס שניוני :

- כאשר קיימים תסמינים בשעות היום (כפי שתואר לעיל) - בין היתר נשלים בירור לDI וסכרת

- בחשד להפרעות אנטומיות – מומים מולדים (במעקב טרום לידתי), סיפור של זיהומים חוזרים בילדות, קושי בהתרוקנות – נשלים שתן לכללית ומיקרוסקופיה והדמיה
- בחשד OSA - נחרות, תזוזות או התעוררויות מרובות במהלך הלילה, עייפות או קשיי ריכוז במהלך היום – נשלים בדיקת א.אג ובדיקת שינה לפי הצורך
- בחשד לבעיות נוירולוגיות או סימנים של ספינה ביפידה.
- אנורזיס שניוני ללא גורמים מחשידים להפרעה נוספת אך לא מגיב לטיפול.

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה ידע הנבחן להבדיל בין אנורזיס שניוני מונו/ לפוליסימפטומטי ולתאר באופן ממוקד את הסיבות לביצוע בירור באנורזיס שניוני?

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 6 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 6:

הילד סובל מבריחת שתן בלילה בלבד בחודש האחרון. בריחות שתן בין 2-3 פעמים בשבוע. לעיתים רק הבגדים רטובים ולעיתים גם המיטה רטובה. ללא אירועים דומים במהלך היום. התופעה התחילה סביב לידה של אחות קטנה. ללא צריבה במתן שתן, דחיפות או תכיפות. ללא סיפור של פוליאוריה או פולידיפסיה. ללא שינוי במשקל. ללא עצירות. בתקופה האחרונה עייף כי מתעורר בלילה רטוב. שולל נחירות במהלך הלילה. מדווח על שתייה בלילה לפני שהולך לישון. אביו סבל מאנורזיס עד גיל 16.

שאלה מס' 6:

תאר.י את עקרונות הטיפול באנורזיס לילי. דון.י באפשרויות הטיפול השונות, יתרונות וחסרונות. איזה טיפול תמליץ.י במקרה המדובר?

תשובה:

עקרונות כלליים:

- נדרשת התאמה אישית של טיפול תוך שיתוף מלא של הילד וההורים
- יש לאמוד מוטיבציה, דפוסי הרטבה, ציפיות, קונטקסט רגשי וחברתי
- יש לבצע הדרכה והנחייה הורית כדי לתת מענה לסטרס של הילד סביב לידה של אחות חדשה.

אפשרויות טיפול:

- **התערבות התנהגותית בסיסית** - שתייה מסודרת לאורך היום, הגבלת שתייה שעתים לפני השינה, התרוקנות מתוזמנת ויזומה לפני השינה, הימנעות מעצירות - אפקטיביות מוגבלת כטיפול יחיד באנורזיס שניוני, אך מומלצת כהכנה לטיפול אקטיבי

- **פעמונית לילה** - מנגנון של התניה קלאסית – קישור תחושת הרטבה לעוררות, יעילה ביותר בטווח הארוך – אחוזי הישנות נמוכים, דורשת זמן, התמדה, ומעורבות הורית גבוהה, אינה מתאימה למי שזקוק להצלחה מהירה (למשל אירוע חברתי קרוב). **שיעורי הצלחה של עד 70%**
- **Desmopressin (DDAVP)** - אנלוג לווזופרסין – מפחית ייצור שתן לילי. אפקט מהיר, מתאים במיוחד לאירועים חברתיים קרובים. ניתן לקחת בזמן צורך (לקראת אירוע). חסרונות: שיעור הישנות גבוה לאחר הפסקת טיפול. מעלה סיכון להיפונתרמיה ויש להנחות את ההורים והילד להימנע משתייה לאחר נטילת התרופה.
- **תרופות קו שני**
 - **Imipramine(TCA)** - אופציה יעילה אך פחות בטוחה. ת"ל אנטיכולינרגיות. יש להשלים בירור קרדיאלי טרם טיפול בילדים עם היסטוריה של פלפיטציות, סינקופה, סיפור משפחתי של דום לב או הפרעות קצב ובProlonged QT.
 - **Oxybutynin** - אנטיכולינרגים מתאימים בעיקר במקרים של פעילות יתר של השלפוחית

מדדי הצלחה:

- מעל 14 לילות יבשים ברצף נחשב למדד להצלחה וניתן לשקול הפסקת הטיפול לאחר 14 לילות רצופים ללא הרטבה לילית, במידה ויש הישנות ניתן לחדש את הטיפול.
- יש לנטר תגובה כל 2-3 שבועות ולשקול שינוי או שילוב טיפולים במידה ואין שיפור אחרי 6 שבועות של טיפול

במקרה הזה מדובר בילד צעיר, ישנה היסטוריה משפחתית והפרעה שניונית לאחר לידת אחות - ניתן להסתפק בשלב ראשון בטיפול התנהגותי / פעמונית לפי העדפת הילד והמשפחה

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה:

באיזו מידה הציג הנבחן את אפשרויות הטיפול השונות לפי סדר וידע לפרט יתרונות וחסרונות של כל אפשרות טיפול? באיזו מידה ידע להתאים את הטיפול למקרה הנוכחי?

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 7 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 7:

הילד התחיל טיפול בפעמונית לילה עם תגובה חלקית לטיפול. ההורים מגיעים אליך במצוקה כי הילד הוזמן למסיבת פיג'מות לרגל סיום גן חובה ומסרב ללכת בשל פחד שילעגו לו. ההורים מבקשים טיפול תרופתי על מנת לאפשר לו להשתתף באירוע. סוכם על טיפול חד פעמי בדסמופרסין והנפקת מרשם לדסמופרסין בתרסיס נאזלי. הילד הלך למסיבת פיג'מות לאחר שימוש בתרסיס, במהלך הערב אכל כמות רבה של סוכריות ומשקאות ממותקים. לפני השינה הרגיש בחילה ופנה להורי חברו שהמליצו לו לשנות הרבה מים ולנסות להירדם. הוא מתעורר באמצע הלילה עם כאבי ראש חזקים בלבול והקאות מרובות.

שאלה מס' 7:

מה האטיולוגיה שגרמה למצבו של הילד? כיצד יש לטפל בו כעת?

תשובה:

האנמנזה מחשידה להיפונתרמיה על רק שימוש בדזמופרסין, התופעה נפוצה יותר עם שימוש בתרסיס (אך קיימת גם בשימוש בכדורים), היא מוחמרת בשל שתייה מרובה ואגירת נוזלים. לאור קליניקה נירולוגית של כאב ראש הקאות – מדובר במצב חירום ויש להפנות את הילד למיון לצורך תיקון הדרגתי של הנתרן תוך ניטור צמוד. על מנת למנוע אירועים כאילו בעתיד, יש להסביר להורים כי יש להימנע מממתן תרסיס. כמו כן מומלץ להימנע משתיה לאחר נטילת דזמופרסין, להימנע מנטילת התרופה במצבים של שלשולים/ הקאות / מחלה חריפה.

לבוחנת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הצליח הנבחן לזהות את המצב והקשר שלו לאנמנזה? במידה והנבחן לא ציין שיש לפנות את הילד למיון, הציון לא יעלה על 2

מקורות מידע:

- 1) Henoch-Schönlein Purpura (IgA Vasculitis): Rapid Evidence Review, afp 2020;102(4):229-233
- 2) Nelson Textbook of Pediatrics, chapter 192
- 3) Nelson Textbook of Pediatrics, chapter 544
- 4) Proteinuria in Children: Evaluation and Differential Diagnosis. Afp 2017;95(4):248-254
- 5) Enuresis in Children: Common Questions and Answers. afp2022;106(5):549-556
- 6) Nelson Textbook of Pediatrics, chapter 558
- 7) Diagnosis and Management of Sodium Disorders: Hyponatremia and Hypernatremia. Afp 2023;108(5):476-486
- 8) Nelson Textbook of Pediatrics, chapter 68