

שאלה מספר 1

ד"ר טטיאנה פצ'יוני
עריכה: ד"ר ענבל אלבו בוק

1. [הצג לנבחן נספח מס' 1] בת 68, ברקע יתר לחץ דם ודיסליפידמיה, מטופלת תרופתית ומאוזנת. בעברה, כריתה חלקית של שד ימין על רקע ממאירות שד לפני 15 שנים, טופלה גם בכימותרפיה ובהקרנות. סיימה טיפול בטמוקסיפן לפני כ-5 שנים והחלימה ממחלתה, מעקב אונקולוגי תקין. פונה כעת עם תלונות על עייפות מתמשכת, סחרחורות וקוצר נשימה במאמץ קל. בעבר תלונות דומות בשל אנמיה סביב טיפולים כימותרפיים, אז טופלה בתוספים עם שיפור. בספירת דם שבוצעה במוקד המוגלובין 10.2 ג'/ד"ל.
מהם השלבים הראשוניים בגישה האבחנתית למקרה זה כעת (אנמנזה, בדיקה גופנית ובדיקות עזר)?

התשובה המצופה:

- השלמת אנמנזה כולל דגש על תסמיני B – ירידת משקל, תיאבון, שינה, מצב רוח, הזעות לילה, חום לסירוגין וכו'.
- שינויים בהרגלי יציאה, צמחונות/טבעונות, דימום כלשהו (צואה/שתן/חניכיים)
- סקירת תרופות ותוספי מזון (OTC's/תרופות ללא מרשם, ויטמינים, וכו')
- בדיקה גופנית מלאה כולל קשריות לימפה, בדיקת שדיים, הגדלת כבד וטחול, פטכיות, סימני דימום.
- בדיקת מעבדה כולל ספירת דם, רמת ויטמין B12 וחומצה פולית, תפקודי כבד ובלוטת התריס, CRP ו-ESR.
- בדיקת אולטרסאונד בטן בשאלה של הגדלת קשריות לימפה והגדלת כבד וטחול.

2. [הצג לנבחן נספח מס' 2] לא נוטלת תרופות OTC או תוספי מזון, ירדה במשקל בחודשיים האחרונים כ-5 ק"ג ללא שינוי תזונתי אך מתארת ירידה בתיאבון ותחושה של גלי חום שהזכירו לה את הטיפול בטמוקסיפן. בדיקתה הגופנית תקינה פרט לסינוס טכיקרדיה 104 לדקה. מצורפות תוצאות מעבדה בנספח. במשטח פריפרי נצפו גם תאים אטיפיים. מהי האבחנה הסבירה ומהם הצעדים הבאים?

התשובה המצופה:

- לויקוציטוזיס משמעותית מלווה באנמיה וטרומבוציטופניה עם ריבוי בלסטים ותאים אטיפיים במשטח פריפרי.
- עפ"י הנתונים קיים חשד לממאירות המטולוגית ואבחנה מבדלת בין AML ל-MDS.
- יש להיערך למתן בשורה קשה כעת או במועד קרוב על פי מודל SPIKE
- יעוץ המטולוגי דחוף להשלמת בדיקת מח עצם, תכנון השלמת ברור וטיפול
- תמיכה תסמינית (לשקול מתן עירוי דם).

3. השלימה הערכה המטולוגית ואבחנה עם AML עפ"י ביופסיית מח עצם. קיבלה טיפול כימותרפי והגיעה למעקב כעבור כשנה מתום הטיפולים. מהם הדגשים החשובים למעקב בקהילה עבורה?

התשובה המצופה:

- ניטור CBC תקופתי ומעקב אחר תסמינים.
- בדיקות רמות ויטמין D ומעקב צפיפות עצם להערכת אוסטיאופורוזיס.
- מעקב רופא עור לצורך גילוי/טיפול של BCC's.
- טיפול תומך – עירוי דם לפי הצורך, מעקב אחר תופעות לוואי.
- הערכת איכות חיים.
- ליווי תזונתי במידת הצורך ושמירה על משקל גוף תקין.
- יעוץ לפעילות גופנית.
- מעקב אחר זיהומים ומתן חיסונים מתאימים.
- תמיכה רגשית והכוונה לשירותים סוציאליים.
- תיאום טיפול עם ההמטולוג.

מקורות מידע:

1. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 79 – Evaluation of Anemia
2. American Family Physician, 2023 - Leukemia: What Primary Care Physicians Need to Know

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 3

נספח מספר 1

(שאלה מספר 1)

בת 68, ברקע יתר לחץ דם ודיסליפידמיה, מטופלת תרופתית ומאוזנת. בעברה, כריתה חלקית של שד ימין על רקע ממאירות שד לפני 15 שנים, טופלה גם בכימותרפיה ובהקרנות. סיימה טיפול בטמוקסיפן לפני כ-5 שנים והחלימה ממחלתה, מעקב אונקולוגי תקין. פונה כעת עם תלונות על עייפות מתמשכת, סחרחורות וקוצר נשימה במאמץ קל. בעבר תלונות דומות בשל אנמיה סביב טיפולים כימותרפיים, אז טופלה בתוספים עם שיפור. בספירת דם שבוצעה במוקד המוגלובין 10.2 ג'/ד"ל.

נספח מספר 2

(שאלה מספר 1)

לא נוטלת תרופות OTC או תוספי מזון, ירדה במשקל בחודשיים האחרונים כ-5 ק"ג ללא שינוי תזונתי אך מתארת ירידה בתיאבון ותחושה של גלי חום שהזכירו לה את הטיפול בטמוקסיפן. בדיקתה הגופנית תקינה פרט לסינוס טכיקרדיה 104 לדקה. מצורפות תוצאות מעבדה בנספח. במשטח פריפרי נצפו גם תאים אטיפיים.

Test	Result	Reference Range
WBC	$29 \times 10^3/\mu\text{L}$	$4.5\text{--}11.0 \times 10^3/\mu\text{L}$
RBC	3.2	$4.2\text{--}5.4 \times 10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobin	10.1 g/dL	12.5–16 g/dL
MCV	97 fL	79–97 fL
Platelets	$56 \times 10^3/\mu\text{L}$	$150\text{--}450 \times 10^3/\mu\text{L}$
Reticulocytes	$15 \times 10^3/\mu\text{L}$	$25\text{--}75 \times 10^3/\mu\text{L}$
Ferritin	80 ng/mL	7.3–270.7 ng/m
Vitamin B12	361 pmol/L	211–911 pmol/L
Folic Acid	22 ng/mL	6.1–38.5 nmol/L
AST	18 IU/L	10-40 IU/L
ALT	23 U/L	7-45 U/L
Bilirubin Indirect	1.4 mg/dl	0.2-0.8 mg/dl
LDH	460 U/L	140-280 U/L
COOMBS	NEG	
Blasts	14.2%	0.2%-0.5%

שאלה מספר 2

ד"ר מרים ליבשין, ד"ר איתן גלוסקין
עריכה: ד"ר רות כהן בן-נח

1. בת 11 חודשים, מגיעה עם אמה למרפאה. האם מדווחת שבטיפת חלב נמסר לה על עליית משקל לא מספקת [הצג לנבחן נספח מס' 3] הילדה ניזונה מהנקה בלעדית עד גיל 6 חודשים והנקה עם מוצקים מאז. נולדה במועד, מעקב היריון תקין, מחוסנת ונמצאת במסגרת של מעון יום. זוחלת, אומרת אמא ואבא ואוכלת עם הידיים. תאר את העקומות, מהן הסיבות האפשריות לעיכוב העלייה במשקל במקרה זה?
- התשובה המצופה:
- בנספח שבירת עקומות ברורה של משקל וגובה ותמונה של FTT.
 - בעיית אינטייק - צריכה לא מספקת של קלוריות - הפרעת אכילה, רפלוקס, כאבי בטן (משנית לעצירות / אחר), קושי כלכלי, הזנחה.
 - בעיית ספיגה - אינטייק תקין בנוכחות צליאק, זיהומים (פרזיטים, הליקובקטר פילורי), אלרגיה לחלבון חלב פרה, IBD.
 - צריכה מטבולית מוגברת - היפרתירואידיזם, מחלת כליה, אי ספיקת לב, זיהומים כרוניים (שחפת, HIV), מחלות ריאה כרוניות (CF), ממאירות.
2. לאחר תשאול האם מדווחת על שינוי ביציאות - הן רכות ותכופות מהרגיל, הילדה נראית באי שקט חלק גדול מהיום, התיאבון ירוד, ללא מחלה חדה, ללא הקאות, ללא דם ביציאה. צורכת כמות מספקת של קלוריות. במעון צוות חם ואחראי וגם שם שמו לב לשינויים. בבדיקתה בטן מעט תפוחה, לא נמושה מסה בטנית. אתה מעוניין לבדוק האם הילדה סובלת מצליאק. מהו הברור שתשלח ומהם הקריטריונים לאבחון צליאק בילדים?
- התשובה המצופה:
- הבדיקה הראשונית לאבחון צליאק הינה בדיקת נוגדנים מסוג Anti-transglutaminase (anti-tTg) IgA Antibodies. יש לבדוק רמות Total IgA לפני כן. במידה ויש חוסר ברמות IgA יש לבדוק רמות IgG Anti-tTg או IgG deamidated gliadin peptides.
 - אם רמת Anti tTg גבוהה מהנורמה אך מתחת לפי 10 מהגבול העליון של הנורמה, יש לבצע אנדוסקופיה וביופסיה מעי דק.
 - כאשר הרמות גבוהות מעל פי 10 מהגבול העליון של הנורמה, ניתן להסתפק ברמות גבוהות של IgA Anti Endomysial.
 - רמות Anti tTg תקינות - סבירות נמוכה לצליאק, אך בנוכחות חשד גבוה, יש להתקדם לביופסיה מעי דק.
 - יש לוודא שבדיקות סרולוגיה ואנדוסקופיה בוצעו על תזונה עם גלוטן למשך 2-6 שבועות לפחות.
 - במקרים של אי וודאות/במטופלים על תזונה ללא גלוטן - ניתן להיעזר בבדיקת HLA.
3. הפנית את הילדה לבדיקת רמות Anti-tTg IgA Antibodies והתקבלה תוצאה של פי 12 מהגבול העליון של הנורמה. בנוסף בבדיקת IgA Endomysial Antibodies חיובית. מה תסביר לאם על תוצאות הבדיקה ועל ההשפעות לטווח רחוק, מה תסביר בנוגע לטיפול והמעקב?
- התשובה המצופה:
- אבחנה של צליאק. מדובר במחלה כרונית, אשר מעבר לתסמיני מערכת העיכול עלולה לגרום לתחלואה נוספת כמו עיכוב בגדילה, איחור התפתחותי, עיכוב בהתפתחות מינית, הפרעה בפריין בהמשך, ירידה בצפיפות עצם, אנמיה, אפילפסיה, נירופתיה פריפרית, אפטות, בעיות שיניים, פגיעה כבדית, לימפומה וממאירויות נוספות במעי הדק. לאור כל הנ"ל חשוב מאוד לטפל במחלה.
 - הטיפול מתבסס על תזונה ללא גלוטן לכל החיים, נדרש יעוץ תזונתי.
 - מומלץ מעקב קליני תקופתי (יותר תכוף בשנה הראשונה של האבחון ואז פעם ב-12-6 חודשים):
 - הערכת תסמיני מערכת עיכול
 - ניטור סיבוכים כולל עיכוב בגדילה - מעקב משקל וגובה, עיכוב התפתחותי, חסרים תזונתיים, מחלות אוטואימוניות נלוות וכו'.
 - מעקב מעבדתי בעת האבחנה ואחת לשנה לאחר מכן אם יש חריגות כולל CBC, אנזימי כבד, TSH, מאגרי ברזל, סידן, ויטמין D [לפי AFP גם חומצה פולית, זרחן וויטמין B12].
 - מעקב נוגדני צליאק 3-6 חודשים לאחר האבחנה ופעם בשנה לאחר מכן.
 - צפויה ירידה בנוגדנים בתוך חודשים מהתחלת תזונה קפדנית ללא גלוטן.
 - רוב האיגודים המקצועיים ממליצים לסקור קרובי משפחה מדרגה ראשונה לצליאק.
 - פסיכוסוציאלי – ניטור לדיכאון וחרדה (גם הורים ובני משפחה), חינוך תזונתי (למטופל, משפחתו ומסגרת החינוך), מעקב היענות לתזונה, ניתן להפנות לקבוצות תמיכה לחולי צליאק ומשפחותיהם. אם יש קושי כלכלי ברכישת מזון מותאם, יש לערב עו"ס ולהפנות לסיוע ע"י מחלקת הרווחה.

מקורות מידע

1. American Family Physician 2023 - Growth Faltering and Failure to Thrive in Children
2. American Family Physician 2022 - Celiac Disease: Common Questions and Answers
3. Nelson Textbook of Pediatrics 22nd Ed. Chapter 384 - Celiac Disease

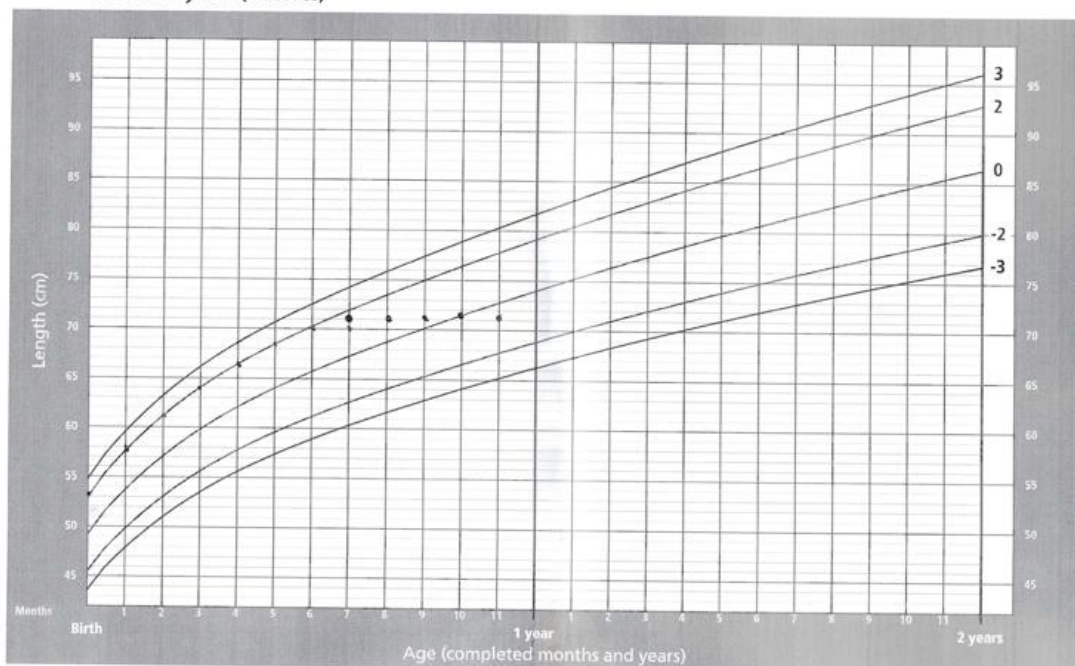
בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 3

נספח מספר 3

(שאלה מספר 2)

Length-for-age GIRLS

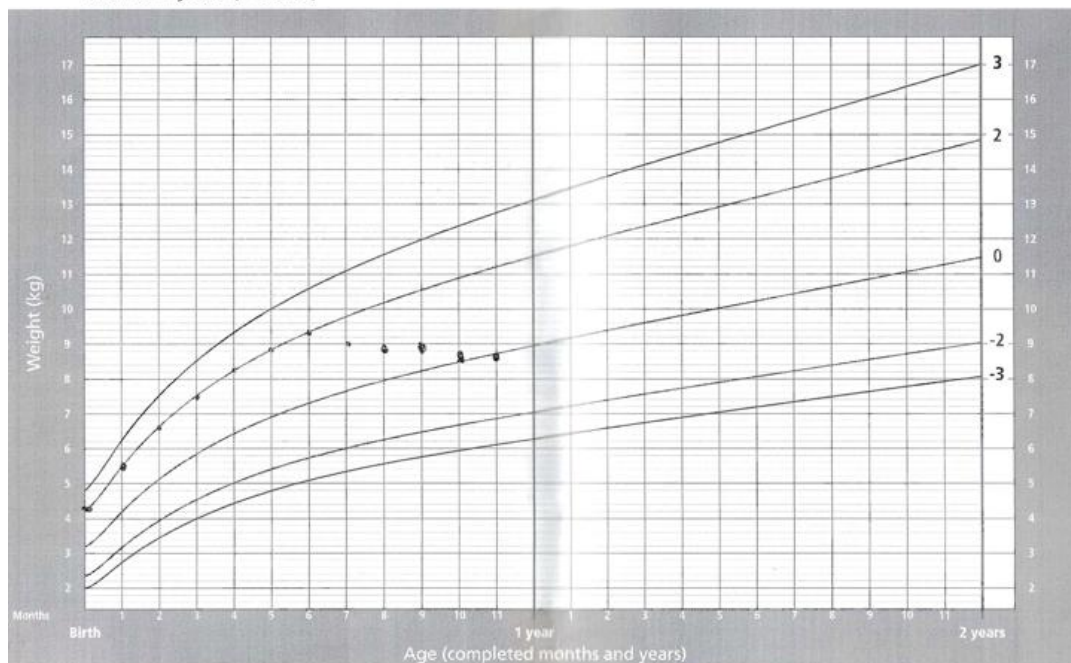
Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-age GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

שאלה מספר 3

ד"ר נטע עישר שוורץ
עריכה: ד"ר רות כהן בן נון

1. בת 30, ממוצא אשכנזי, כעת בהריון שני בשבוע 37+4, פונה בשל ירידה פרוגרסיבית בשמיעה עם החמרה לאחרונה. מציינת כי הבנת הדיבור טובה יותר בסביבה רועשת. יש סיפור משפחתי של ירידה בשמיעה אצל אמה. מצורפת תמונה מהאוטוסקופיה [הצג לנבחן נספח מס' 4]. מהי האבחנה הסבירה ומדוע?

התשובה המצופה:

- האבחנה הסבירה הינה אוטוסקלרוזיס
- רמזים באנמנזה ובאוטוסקופיה:
 - אישה (2/3 מהמקרים בנשים), גיל מתאים, בהריון (יש קשר בין הריון להתקדמות המחלה), סיפור משפחתי (הפרעה אוטוזומלית דומיננטית עם חדירות משתנה), הבנת הדיבור טובה יותר בסביבה רועשת.
 - אוטוסקופיה תקינה (אופייני, הבדיקה משמשת בעיקר לשלילת אבחנה מبدלת).

2. [הצג לנבחן נספח מס' 5] תאר/י את ממצאי האודיוגרמה, נא להתייחס לכלל המרכיבים.

התשובה המצופה:

- קיים פער בספי השמיעה בין אוויר לעצם (Air Bone Gap) בשתי האוזניים שמשמעותו היא הפרעת שמיעה הולכתית.
- סף השמיעה לדיבור (SRT) גם הוא ירוד - 35 מימין ו-40 משמאל בדומה לאודיומטריה (תקין 15-20).
- WRS (Word Recognition Scale)/דיסקרימינציה – תקינה.
- טימפנומטריה A תקינה.

3. אבחנת כי מדובר באוטוסקלרוזיס. מה יכלול ההסבר למטופלת והטיפול במצבה?

התשובה המצופה:

- הסבר והדרכה - מדובר בבעיה בעצם הלברית (Labyrinth) שבה עצם הסטפס מקובעת ל-Oval window ונוצרת פגיעה הולכתית בשמיעה.
- יש להימנע מנזקים נוספים לשמיעה - הימנעות מתרופות אוטוטוקסיות (אמינוגליקוזידים, ציספלטין, צמצום שימוש ב-NSAIDs ואקמול), הימנעות מחשיפה לרעש (תעסוקתית/במסגרת פנאי).
- טיפול ניתוחי להחלפת הסטפס בתותב (Stapedectomy with prosthesis).
- עזרי שמיעה.

מקורות מידע:

1. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 212 – Evaluation of hearing loss
2. American Family Physician, 2019 - Hearing Loss in Adults: Differential Diagnosis and Treatment
3. American Family Physician, 2024 - Audiometry Interpretation for Hearing Loss in Adults

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 3

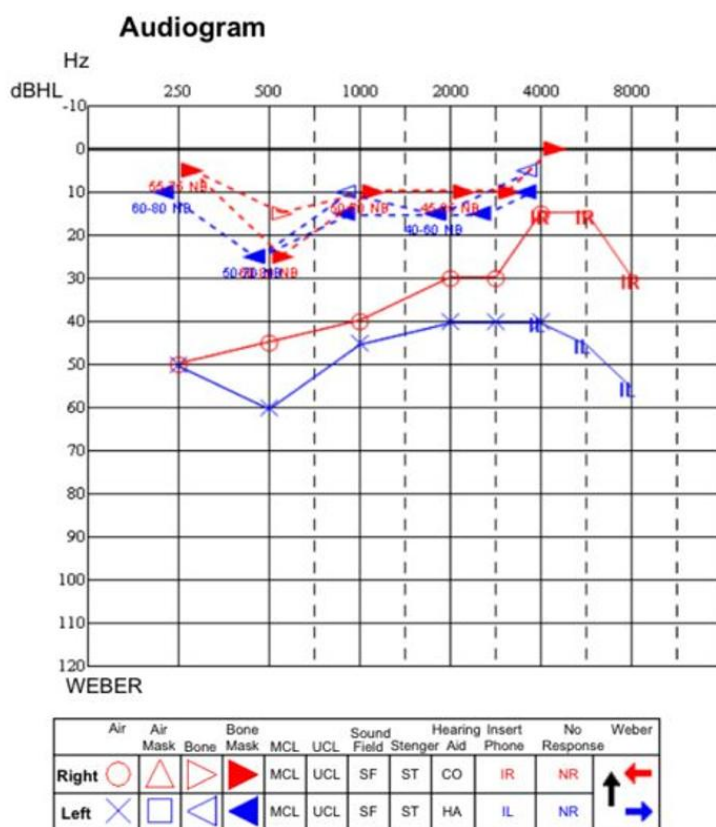
נספח מספר 4

(שאלה מספר 3)



נספח מספר 5

(שאלה מספר 3)



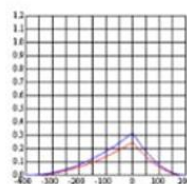
Speech Audiometry

Speech	Rt	Mask	Lt	Mask
SRT dB	35		40	
SRT Msk				
% WRS	100%		96%	
dB	70		75	55
VDL				
UCL				
MCL				

שפה: עברית

אופן הגשה: הקלטה

Tympanometry



	Right	Left
Type	A-13	A 0
.Compl	0.25	0.32
Volume	1.23	0.99

שאלה מספר 4

ד"ר. שולמן ירון, ד"ר מרינה גולדין איסרליס
עריכה: ד"ר מיכל כהן דדי

1. בן 46, BMI 38, פונה אלייך על מנת לברר זכאות לניתוח בריאטרי. מה תרצה לשאול את המטופל על מנת לברר האם עומד בקריטריונים להפניה לניתוח והאם קיימות עבורו קונטרא-אינדיקציות לניתוח?

התשובה המצופה:

קריטריונים להפניה לניתוח בריאטרי:

- האם יכול להתמיד בתוכנית טיפול לאחר הניתוח (מעקבים ובדיקות, טיפול תרופתי, נטילת תוספי תזונה).
- ב-BMI מעל 35 ומתחת ל-40 - האם ישנה מחלה אחת חמורה הקשורה בהשמנה כגון סוכרת, טרום סוכרת, יתר לחץ דם, כבד שומני לא אלכוהולי, OSA, OA של הברך או הירך, אי נקיטת שתן במאמץ, יל"ד תוך גולגלתי אידיופטי, GERD, סטאזיס ורידי חמור, הפרעה תפקודית, הפרעה משמעותית לאיכות חיים.

קונטרא אינדיקציות:

- האם ישנה מחלה קרדיו-פולמונרית או כבדית המסכנת אותו מבחינת הניתוח?
- בירור האם המטופל מבין את הסיכונים, תועלות, תוצאים מצופים, אלטרנטיביות טיפוליות ושינוי אורח חיים נדרש?
- האם ישנה מחלה פסיכיאטרית חמורה שאינה בשליטה? שימוש כעת באלכוהול/סמים/טבק או הפרעות אכילה.
- האם ישנה מחלה אנדוקרינית או הפרעה אחרת הפיכה היכולה לגרום להשמנה?

2. [הצג לנבחן נספח מס' 4] המטופל סובל מסוכרת ומטופל במטפורמין (Metformin) 850 מ"ג פעמיים ביום, אוזמפיק (Semaglutide) 1 מ"ג בשבוע, היפותירואידים וטיפול ביותרוקס (Levothyroxine) 100 מק"ג ליום, GERD וטיפול בנקסיום (Esomeprazole) 40 מ"ג ליום, סובל גם מ-GOUT. המטופל עבר ניתוח מעקף קיבה ושב אלייך למעקב. מהו הטיפול והמעקב הנדרש אצל מטופל זה כעת?

התשובה מצופה:

- נטילת תוספי תזונה – סידן (Clacium citrate) 1,200-1,500 מ"ג ליום, ברזל – 45-60 מ"ג ליום, מולטי ויטמין (נוזלי או לעיס) 2 ליום - המכיל חומצה פולית, סלניום, תיאמין, אבץ ונחושת, ויטמין B12 1000 מק"ג ליום, ויטמין D3 לפחות 3000 IU ליום, עד לרמת ויטמין D מעל 30.
- התאמת טיפול תרופתי בהתאם לירידה במשקל ומעקב לטיפול בסוכרת ובלוטת התריס. במידה ויש קושי בספיגה/בליעת כדורים ניתן לשקול מעבר לטבליות מרוסקות, טיפול בתכשיר נוזל או במתן שאינו פומי.
- לשקול מתן טיפול פרופילקטי ל-GOUT. יש להימנע משימוש ב-NSAID בשל סיכון לכיבים אנאסטומוטיים.
- מעבר איטי מנוזלים צלולים לאוכל מוצק תוך 4-6 שבועות לאחר הניתוח. יש להתחיל כל ארוחה בחלבון על מנת לוודא צריכה מספקת. יש להימנע מנוזלים 15-30 ד' לפני, במשך ואחרי הארוחות, יש להימנע מנוזלים מוגזים.
- הערכה רבעונית של סטטוס תזונתי, נטילת תוספים, אי סבילות למזון, פעילות גופנית ותסמינים.
- הערכה רבעונית של בדיקות מעבדה הכוללות המוגלובין מסוכרר, CBC, פרופיל מטבולי, ברזל וויטמין B12.
- אחת לשנה יש להעריך גם צרולופלזמין, PTH, פרופיל שומנים, תיאמין, TSH, ויטמין A, אבץ וויטמין D.
- בדיקת צפיפות עצם שנתיים לאחר הניתוח.

3. המטופל שב אלייך למעקב כעבור שנתיים. מתלונן על שלשולים כרוניים, נפיחות בטנית, ריבוי גזים בריח רע וכאבי בטן. במה תחשוד, אילו בדיקות מעבדה תרצה להשלים על מנת לאשש את האבחנה ומהו הטיפול למצבו?

התשובה המצופה:

- החשד העיקרי - אי ספיקת לבלב אקסוקרינית (Exocrine Pancreatic Insufficiency - EPI)
- לאישוש האבחנה – בדיקת צואה לרמת אלסטאז בצואה. אי ספיקה קלה עד בינונית – ערכים בין 100-200 מק"ג/ג צואה, אי ספיקה משמעותית מתחת ל-100 מק"ג/ג.
- הטיפול ב-EPI כולל מתן תחליפי אנזימי לבלב Pancreatic Enzyme Replacement Therapy (PERT) - קראון. מטרת הטיפול כפולה: להשיג שיפור בתסמינים ולתקן את החסרים התזונתיים. המינון של הטיפול באנזימי לבלב יקבע בהתאם להתקדמות בהשגת המטרות.

מקורות מידע:

1. אבחון, טיפול ומניעה של מחלות גסטרואינטסטינליות לפני ואחרי ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית (ניתוחים בריאטריים) 2023
2. American Family Physician, 2022 - Metabolic Surgery for Adult Obesity: Common Questions and Answers
3. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 235 – Management of obesity

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 3

נספח מספר 6

(שאלה מספר 4)

המטופל סובל מסוכרת ומטופל במטפורמין (Metformin) 850 מ"ג פעמיים ביום, אוזמפיק
(Semaglutide) 1 מ"ג בשבוע, היפותירואידיזם וטיפול ביותירוקס (Levothyroxine) 100 מק"ג
ליום, GERD וטיפול בנקסיום (Esomeprazole) 40 מ"ג ליום, סובל גם מ-GOUT.