

שאלה מספר 1

ד"ר הדס קורלנדר, ד"ר אלכס גולדשטיין
עריכה: ד"ר ענבל אלבו בוק

1. בן 45, הגיע למרפאה עם תלונות על כאבים בחזה, בוצע אק"ג ע"י אחות. אק"ג קודם לפני כשנתיים היה תקין. [הצג לנבחן נספח מס' 1] תאר את התרשים, מהי האבחנה המבדלת האפשרית וכיצד תקבע מהי האבחנה הסבירה?

התשובה המצופה:

- אק"ג - סינוס טכיקרדיה 120~ לדקה, עליות ST וירידות PR דיפוזיות (I, II, III, aVF V4-6), ללא שינויים רציפרוקליים.
- אבחנה מבדלת בין פריקרדיטיס ל-ACS - היעדר שינויים רציפרוקלים מכון לפריקרדיטיס.
- השלמת אנמנזה – הערכת גורמי סיכון ותשאול מחלה נוכחית:
- משך ואופי הכאב, גורמים מחמירים ומקלים, תסמינים נלווים.
- בפריקרדיטיס - כאב מוחמר בשכיבה ובשאיפה ומוקל בישיבה/רכינה קדימה (מאפיין קלאסי של פריקרדיטיס שמבדיל אותו מ-ACS), מחלה חדה לאחרונה, טראומה לחזה או פרוצדורה לבבית, תרופות, מחלות אוטואימוניות או אינפלמטוריות.
- ACS - סיפור משפחתי של מחלת לב איסכמית, גורמי סיכון קרדיווסקולאריים, קוצר נשימה, בחילה, הקרנה, הזעה.

2. [הצג לנבחן נספח מס' 2] המטופל וטרינר במקצועו, MSM, ורקע של מחלת קרוהן. בחמישה ימים האחרונים סובל משיעול, נזלת וחום. החל טיפול במוקסיפן על דעתו, ללא שיפור. מאתמול כאב חד במרכז החזה המוחמר בנשימה עמוקה. הכאב מוחמר בשכיבה ומוקל בישיבה ורכינה קדימה. לאחר בדיקה גופנית מקיפה, החלטת לשלוח אותו להמשך הערכה במסגרת מיון, המטופל שואל במה אתה חושד ומה גרם למחלתו.

מהי האבחנה הסבירה, ומהן הסיבות האפשריות למצבו הרלוונטיות למטופל זה?

התשובה המצופה:

- האבחנה הסבירה היא פריקרדיטיס.
- **אטיולוגיות אפשריות במטופל זה:**
- זיהומי - ויראלי (מחלה ויראלית רספירטורית, יש לחשוב על HIV או הפטיטיס ויראלית לאור רקע של MSM), חיידקי (סלמונלה, Q fever בשל היותו וטרינר), פטרייתי.
- תרופתי - נטילת פניצילין, טיפול לקרוהן למשל MESALAZINE (רפאסל) אם רלוונטי, חיסונים.
- מחלה סיסטמית אוטואימונית או אינפלמטורית - מטופל עם IBD.
- **אטיולוגיות נוספות:**
- אידיופטית
- ממאירות
- טראומה לבית בחזה (תאונה, יאטרוגני כולל ניתוחים ופרוצדורות).

3. המטופל חזר ממיון, צילום חזה פוענח כתקין, אקו לב הדגים תפליט פריקרדיאלי בינוני. אובחן עם פריקרדיטיס והוחל טיפול באיבופרופן, קולכיצין, ואומפרדקס. המטופל מדווח שכעת מרגיש פחות טוב, חלש יותר עם מעט קוצר נשימה, אך מייחס זאת לתעוקה נפשית על רקע קשיי התקופה. אתה חושד בטמפונדה, תאר את הממצאים בבדיקה גופנית שיסייעו לך לאשש אבחנה זו?

התשובה המצופה:

- לחץ דם נמוך
- JVP מוגבר
- קולות לב מרוחקים
- פולסוס פרדוקסוס (ירידה של יותר מ-10 ממ"כ בלחץ דם סיסטולי במהלך שאיפה)
- טכיקרדיה, טכיפניאה (יתכן גם חום וכאב חזה פלאוריטי)

(Beck's Triad)

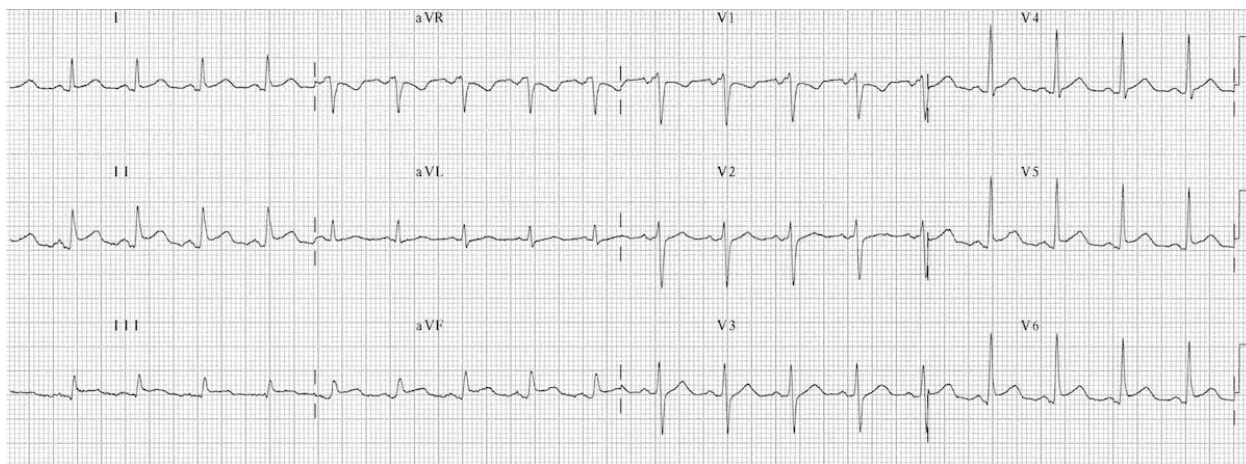
מקורות מידע:

1. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 20 – Evaluation of chest pain
2. American Family Physician, 2024 - Acute Pericarditis: Rapid Evidence Review

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 1

(שאלה מספר 1)



נספח מספר 2

(שאלה מספר 1)

המטופל וטרינר במקצועו, MSM ורקע של מחלת קרוהן. בחמישה ימים האחרונים סובל משיעול, נזלת וחום. החל טיפול במוקסיפן על דעתו, ללא שיפור. מאתמול כאב חד במרכז החזה המוחמר בנשימה עמוקה. הכאב מוחמר בשכיבה ומוקל בישיבה ורכינה קדימה. לאחר בדיקה גופנית מקיפה, החלטת לשלוח אותו להמשך הערכה במסגרת מיון, המטופל שואל במה אתה חושד ומה גרם למחלתו.

שאלה מספר 2

ד"ר ניצן שבח וד"ר אלכס גולדשטיין
עריכה: ד"ר רות כהן בן-נח

1. [הצג לנבחן נספח מס' 3] בן 55, ברקע השמנה וסוכרת, מטופל במטפורמין (METFORMIN) 850 מ"ג פעמיים ביום, אוזמפיק (SEMAGLUTIDE) 1 מ"ג שבועי, גירדיאנס 25 מ"ג (EMPAGLIFLOZIN) ואמריל 2 מ"ג (GLIMEPIRIDE) פעם ביום עם ארוחת הצהריים, מעשן קופסא ביום. מגיע לביקורת לאחר בדיקות דם אחרי שלא היה במעקב בשנה האחרונה. במעבדה HbA1c=12% (לפני שנה היה יציב סביב 8%), גלוקוז בצום 253 מ"ג/ד"ל (לפני שנה 180 מ"ג/ד"ל). מה תרצה לברר ומה תמליץ למטופל בשלב זה?
- התשובה המצופה:
- בירור היענות לטיפול.
 - בירור גורמי תמך פסיכוסוציאליים.
 - סקר לפתולוגיה פסיכיאטרית.
 - סקרינינג לגורמי סיכון קרדיווסקולריים נוספים: מדידת לחץ דם, פרופיל שומנים.
 - לוודא שבוצעו בדיקות סקר - מדידת משקל, מעבדה כולל מיקרואלבומין, רופא עיניים, מעקב אחות כולל בדיקת רגליים.
 - הדרכה בנושא היפוגליקמיה.
 - תזונה – המלצה לתזונה ים-תיכונית דלת פחמימות, מומלץ מעקב דיאטטית.
 - פעילות גופנית - מותאמת אישית, להתחיל בהדרגה, להיזהר מפילות במקרה של חוסר תחושה ברגליים.
 - גמילה מעישון.
 - עדכון הטיפול התרופתי - המטופל עם HbA1c גבוה מ-10% על כן התחלת טיפול באינסולין בזאלי (long acting) 10 יח' או 0.1-0.2 יחידות לק"ג (למשל Tregludex או Glargine). טיטרציה - יש להעלות 2 יחידות כל 3 ימים עד לערך מטרה של 80-130 מ"ג/ד"ל. במקביל מומלץ להפסיק טיפול באמריל (Glimepiride) כדי להימנע מהיפוגליקמיה.
- [לבווח:] טיפול באזל-בולוס פחות מתאים כעת כיון ש-HbA1c מתאים לרמת הגלוקוז בצום ואין חשד למרכיב משמעותי של עליית סוכר פוסט-פרנדיאלי
2. התחלת טיפול באינסולין בזאלי במינון של 10 יחידות לפני השינה. המטופל חוזר אליך ומתאר חולשה, הזעה ודופק מוגבר, סוכר בסטיק כעת – 60 מ"ג/ד"ל. המטופל שואל מה ניתן לעשות. מהו הטיפול המומלץ במצבו?
- התשובה המצופה:
- מטופל עם היפוגליקמיה שיתכן ועוד מחמירה. יש לתת למטופל 15 גרם פחמימה זמינה (FAST ACTING), עדיפות לגלוקוז טהור כגון דבש, סוכריה, משקה ממותק. עדיף לא שוקולד (שומן גבוה מאט את עליית הסוכר בדם) ולא פרי (סיבים גבוהים). יש לבדוק שוב רמת סוכר כעבור 15 דקות, אם נמוך לחזור על התהליך.
 - למי שלא יכול לקבל מזון עתיר-סוכר דרך הפה, ניתן לרשום גלוקגון בזריקה או אינטרה-נזאלי, במקרה זה אין בכך צורך.
 - יש להדריך את המטופל ומשפחתו בנוגע למניעה, זיהוי וטיפול בהיפוגליקמיה. הכרת מצבים המעלים סיכון להיפוגליקמיה כגון צום, פעילות גופנית, עיכוב בארוחה. יש לצייד את המטופל במרשם לגלוקגון ולהדריך כיצד ומתי להשתמש.
 - כדאי לשקול שימוש בסנסור רציף.
 - במידה ולא נמצא גורם ברור להיפוגליקמיה יש לשקול להוריד את מינון האינסולין ב-20%-10, ו/או לוותר על אחת התרופות הפומיות האחרות.
3. המטופל חוזר כעבור מספר חודשים עם תחושת שריפה ונימול בכף רגל ימין, אתה חושד שמדובר בנירופתיה פריפרית. במה תתמקד בבדיקה גופנית בחשד לאבחנה זו, מהו הבירור הראשוני ואילו אתילוגיות אחרות יש לקחת בחשבון?
- התשובה המצופה:
- הפגיעה המוקדמת השכיחה היא בסיבים הקטנים ותגרום לכאב/שריפה/דגדוג. הפגיעה המאוחרת היא בסיבים הגדולים ותגרום לתחושת רדימות וחוסר תחושה. בדיקה גופנית לסיבים קטנים - דיקור Pinprick ותחושת טמפרטורה, לסיבים גדולים - מונפילמנט, ויברציה, החזרים.
 - בירור ראשוני יכלול בדיקת מעבדה לרמת גלוקוז ו-A1c, ויטמין B12 ו-Protein Electrophoresis (לפי AAFP גם TSH).
 - בדרך כלל אין צורך במבחני הולכה עצבית, אך במקרה זה קיימת תלונה אטיפית (אסימטריה), על כן יש לשקול זאת.
 - שלילת אתילוגיות אחרות כגון אלכוהוליזם, חסר ויטמין B12, היפותירואידיזם, מחלת כליות, ממאירות (מיאלומה נפוצה), הרעלות / חשיפה לחומרים, מחלות דמיאלינטיביות, וסקוליטיס, HIV.
- מקורות מידע
- Standards of Care in Diabetes – American Diabetes Association (2024): Chapter 6 - Glycemic goals and hypoglycemia, Chapter 12 - Retinopathy, neuropathy and foot care, Chapter 9 - Pharmacological approaches to glycemic treatment.
 - Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 97 - Evaluation of hypoglycemia
 - Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 102 - Approach to patient with diabetes mellitus
 - Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition, Chapter 167 - Focal Neurologic Complaints: Evaluation of Nerve Root and Peripheral Nerve Syndromes Focal.
 - American Family Physician 2020 - Peripheral Neuropathy: Evaluation and Differential Diagnosis

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 3

(שאלה מספר 2)

בן 55. ברקע השמנה וסוכרת, מטופל במטפורמין (METFORMIN) 850 מ"ג פעמיים ביום, אוזמפיק 1 מ"ג שבועי (SEMAGLUTIDE), ג'רדיאנס 25 מ"ג (EMPAGLIFLOZIN) ואמרייל 2 מ"ג (GLIMEPIRIDE) פעם ביום עם ארוחת הצהריים, מעשן קופסא ביום. מגיע לביקורת לאחר בדיקות דם אחרי שלא היה במעקב בשנה האחרונה. במעבדה HbA1C=12% (לפני שנה היה יציב סביב 8%), גלוקוז בצום 253 מ"ג/ד"ל (לפני שנה 180 מ"ג/ד"ל).

שאלה מספר 3

ד"ר מיכאל קרייזל
עריכה: ד"ר מיכל כהן דדי

1. בן 38, מלין על עייפות מזה כחצי שנה. מה תרצה להשלים באנמנזה בהקשר לתלונתו ומדוע?

התשובה המצופה:

- מחלות רקע והרגלים (עישון, סמים, אלוהול, תזונה).
- היסטוריה - טריגר שקדם להופעת העייפות, משך ודפוס התסמינים, תגובה אופיינית לפעילות שבעבר היתה נסבלת.
- תפקוד - דרוג סובייקטיבי של רמת העייפות, מה מקל/מחמיר, מהי רמת התפקוד בה יכול להשתתף כעת בהשוואה לעבר, השפעה על עבודה וניהול משק הבית, מה מרגיש כאשר מנסה להתאמץ למרות העייפות.
- עייפות ביחס לפעילות - תחושה לאחר פעילות גופנית או רגשית נורמלית, כמה פעילות דרושה על מנת להרגיש לא טוב ומשך התאוששות לאחר מכן, תסמינים בזמן עמידה/מאמץ, פעילויות מהם נמנע.
- תסמינים ביחס לשינה – קושי להירדם/לשמר שינה, תחושת רענונות לאחר שינה, איכות השינה, מספר תנומות יום, STOP-Bang screening questionnaire להערכת OSA, תסמיני GERD או ריניטיס אלרגית.
- קוגניציה – קושי בנהיגה, צפייה בסרט, קריאה, ביצוע משימות מורכבות, לעקוב או להשתתף בשיחה, ביצוע יותר ממשימה אחת בו זמנית. השוואת הצלחה בעבודה/לימודים לפני ואחרי שהחלו התלונות.
- אורטוסטטיזם – חולשה/סחרחורת לאחר עמידה מספר דקות, לאחר שינוי תנוחה מהיר, השפעה של מזג אוויר חם.
- תסמיני B, אדנופתיה (זיהום/סרטן) פוליאוריה/פולידיפסיה, שינויים בפיגמנטציה, צרידות, אי סבילות לקור, בחילה. (הפרעות אנדוקריניות), כאבי שרירים / מפרקים, קשיון בוקר (מחלה ראומטית), צרבות, תחושה של רפלוקס.
- נטילת תרופות (היפנוטיות, נוגדי-לחץ דם, הרגעה, אנטי-היסטמין), שימוש באלכוהול/סמים (אם טרם נאמר).
- חשיפה אפידמיולוגית לשחפת, מונוקליאוזיס, הפטיטיס או זיהומים פרזיטריים, עבודה בתעשיית הבשר/חוזה, גורמי סיכון ל-HIV.
- שאלון GAD7 לחרדה, שאלון PHQ9 לדיכאון, שאלון Mood disorder questionnaire להפרעה בפיולארית.

2. [הצג לנבחן נספח מס' 1] המטופל בריא בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע. מתאר ירידה של 2-3 ק"ג בחצי שנה האחרונה, מלווה בעייפות, בחילה, כאבי בטן, כאבי שרירים ומפרקים דיפוזיים, ירידה קלה בזיכרון, סחרחורת בשינוי תנוחה וצריכת מלח מוגברת. בבדיקה גופנית לח"ד בשכיבה 110/70 דופק 80, לח"ד בעמידה 95/55 דופק 105. BMI 21 ושינויים עוריים שבנספח. שאר בדיקות הגופנית ללא ממצאים. אילו בדיקות מעבדה תרצה להשלים כעת?

התשובה המצופה:

- ESR, CBC, TSH, HIV, משק סוכר, אלבומין, אלקטרוליטים, כבד, אלקטרוליטים, רמות קורטיזול.

3. [הצג לנבחן נספח מס' 2] המטופל השלים את בדיקות המעבדה שלפניך. מהי האבחנה הסבירה ואיזו בדיקה תאשש את האבחנה?

התשובה המצופה:

- האבחנה הסבירה היא Primary Adrenal Insufficiency - מחלת אדיסון.
- יש להשלים מבחן Corticotropin (cosyntropin) stimulation testing לאישוש האבחנה - הזרקת ACTH סינטטי (cosyntropin) ומדידת קורטיזול (נקרא גם מבחן סינקטון). עלייה של הקורטיזול לאחר ההזרקה מהווה אינדיקציה לתפקוד טוב של האדרנל, היעדר עלייה מחשיד לאי ספיקה אדרנלית.

מקורות מידע:

1. American Family Physician, 2023 - Fatigue in Adults :Evaluation and Management
2. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 8 –Evaluation of Chronic Fatigue
3. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 105 – Glucocorticoid Therapy

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 4

(שאלה מספר 3)

המטופל בריא בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע. מתאר ירידה של 2-3 ק"ג בחצי שנה האחרונה, מלווה בעייפות, בחילה, כאבי בטן, כאבי שרירים ומפרקים דיפוזיים, ירידה קלה בזיכרון, סחרחורת בשינוי תנוחה וצריכת מלח מוגברת. בבדיקה גופנית לחץ דם בשכיבה 110/70 דופק 80, לח"ד בעמידה 95/55 דופק 105. BMI 21 ושינויים עוריים כמופיע בנספח. שאר בדיקה גופנית ללא ממצא.



בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 5

(שאלה מספר 3)

Test	Result	Normal Range
Sodium	128 mmol/l	136-146
Potassium	5.9 mmol/l	3.5-5.1
Glucose	68 mg/dl	70-100
Hemoglobin	10.5 g/d	12.5-16
MCV (Mean Cell Volume)	87 fl	79-97
Cortisol 8 am	90 mmol/l	118-618

שאלה מספר 4

ד"ר סמואל גדג'
עריכה: דר' ליהיא שפיר

1. בן 11 חודשים. בריא עד כה, מחוסן כפי גילו, מהלך הריון תקין, לידה וגינלית בשבוע 39+3 ללא סיבוכים. ביומיים האחרונים אי שקט, גרד וחום עד 39 מ"צ. מאתמול פריחה על הפנים שהתפשטה לכל הגוף [הצג לנבחן נספח מס' 6]. תאר את הפריחה, מהי האבחנה הסבירה ביותר?

התשובה המצופה:

- פריחה מקולופולרית עם מספר שלפוחיות על רקע אודם, נגעים בשלבי ריפוי וגדלים שונים, חלקם עם גלד (crust), המערבת את כל אזורי הגוף שנראים בתמונה.
- האבחנה הסבירה ביותר - אבעבועות רוח/וריצלה (primary varicella zoster).

2. על סמך הפריחה והאנמנזה אתה חושד באבעבועות רוח בפעוט שטרם חוסן. מהו הטיפול המומלץ?

התשובה המצופה:

- הטיפול הוא לרוב תומך.
- ניתן לטפל בטיפול אנטייראלי - Acyclovir/Valacyclovir והוא עשוי לקצר את משך המחלה של מי שמחלתו עלולה להתפתח למחלה קשה.
- ילדים בסיכון גבוה למחלה קשה - מעל גיל שנה עם רקע של מחלת עור או ריאות כרונית, ילדים מעל גיל 12, נטילת סטרואידים (בכל צורת מתן) או Aspirin באופן כרוני. יש לשקול טיפול בבני בית של חולים.
- עדיף להתחיל את הטיפול בהקדם עד 24 שעות מהופעת הפריחה, לאחר 72 שעות מהופעת הפריחה היעילות יורדת.

3. למרפאה מגיע ילד נוסף - בן 4, בריא בדרך כלל ומחוסן. לפני מספר ימים הופיעה פריחה מעט מגרדת, ללא תלונות נוספות, ללא חום סיסטמי. בבדיקתו הפריחה שבתמונה [הצג לנבחן נספח מס' 7] ולימפאדנופתיה צווארית. מהי האבחנה, מהו הגורם ומה הטיפול המומלץ?

התשובה המצופה:

- אבחנה - (nonbullous) impetigo, נגרם על ידי Staphylococcus Aureus.
- ההחלטה לטיפול מקומי או סיסטמי תלויה במספר הנגעים ומיקומם.
- טיפול מקומי לפריחה ממוקדת - מופירוסין/mupirocin (Bactroban) 2-3 פעמים ביום למשך 10-14 ימים.
- טיפול סיסטמי פומי במצבים של פריחה ממושטת, נגעים סביב לפה, סיבוכים כמו צלוליטיס, פורונקולוזיס, מורסה, לימפדניטיס - צפורל - 25-50 cephalixin מ"ג/ק"ג/יום מחולק ל-3-4 מנות למשך 7 ימים.
- אם קיים חשד ל-MRSA, מומלץ להשתמש ב-Clindamycin (דלצין), Doxycycline (דוקסילין) או Trimethoprim Sulfamethoxazole (רספרים).
- Benzatin Benzylpenicillin (דוראביוטיק) תוך שרירי (IM) שימוש כאשר ההיענות לאנטיביוטיקה פומית עלולה להיות לקויה.

מקורות מידע:

- Nelson Textbook of Pediatrics, 22th Edition. Chapter 300 – Varicella-Zoster Virus
- Nelson Textbook of Pediatrics, 22th Edition. Chapter 706 – Cutaneous Bacterial Infections
- המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת 2022- פרק מס' 5: חיסונים
- American Family Physician, 2021- Erosions and Vesicles in a Febrile Infant

בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 6

(שאלה מספר 4)



בחינת שלב ב' ברפואת המשפחה * סתיו 2025 * יום שלישי 18/11 * קליני 4

נספח מספר 7

(שאלה מספר 4)

