# המועצה המדעית ועדת הבחינות

# בחינות שלב א'

# כירורגיה ילדים

## התמחות בסיס

## יוני 2021

**מס' השאלות בחלק זה: 150**

בהצלחה!

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 1 | **פג, שבוע 30, נולד לאם שסבלה מסוכרת הריונית. למחרת לידתו סבל מפרכוס, הקאה, וכחלון מרכזי עם טונוס שרירים מוגבר.**<br>**ההפרעה המעבדתית הצפויה בתינוק זה היא :** |
| א | היפוגליקמיה |
| ב | היפוקלצמיה |
| ג | היפרקלמיה |
| ד | היפרנתרמיה |

| | |
|---|---|
| 2 | **ילד בן שנתיים וחצי עבר בינקות ניתוח דחוף ע"ש Ladd בשל מלרוטציה עם וולוולוס. נמצא מעי איסכמי שהתאושש מהר לאחר ביצוע detorsion ולא היה צורך בכריתה. הילד שוחרר אז לביתו תוך מס' ימים במצב טוב.**<br>**מגיע כעת עם סיפור בן מס' ימים של תפיחות בטן, מיעוט צאיות, הקאות. בצילום בטן הרחבת לולאות מעי דק ופלסים.**<br>**מה הכי סביר?** |
| א | חסימת מעי דק על רקע הידבקויות |
| ב | היצרות איסכמית |
| ג | התפשלות |
| ד | אירוע נוסף של וולוולוס |

| | |
|---|---|
| 3 | **מהו התזמון המיטבי לטיפול התוך רחמי בבקע סרעפתי ע"י חסימת הקנה עם בלון ?** |
| א | הכנסת הבלון בשליש הראשון להריון והוצאתו מיד לאחר הלידה |
| ב | הכנסתו בשבוע 26-28 והוצאתו בשבוע 32-34 |
| ג | הכנסתו בשבוע 30-32 והוצאתו מייד לאחר הלידה |
| ד | הכנסתו עד שבוע 24 והוצאתו בשבוע 28-30 |

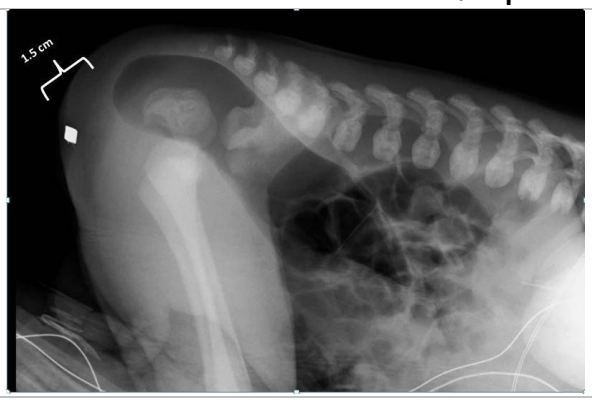
| | |
|---|---|
| 4 | **איזה מהבאים הוא הקריטריון הנכון להפנית מתבגר לניתוח בשל להשמנת יתר ?** |
| א | BMI מעל 40 ללא קשר למחלות רקע |
| ב | BMI מעל 35 עם מחלת רקע קשה הקשורה להשמנת יתר |
| ג | BMI מעל 40 עם מחלת רקע קשה הקשורה להשמנת יתר |
| ד | לא קשור לBMI אלא לאחוזון משקל לפי עקומת גדילה |

| | |
|---|---|
| 5 | **איזה מהקריטריונים הבאים תומך בוויתור על CT בטן בילד פצוע, על פי PECARN ?**<br>**(Pediatric Emergancy Care Applied Research Network)** |
| א | דופק מתחת ל-120 פעימות לדקה |
| ב | לחץ דם סיסטולי מעל 100מ"מ בספית |
| ג | ניקוד גלזגו (GCS) של 14 או יותר |
| ד | פגיעה בקינמטיקה קלה |

| | |
|---|---|
| 6 | **מה נכון לגבי נוירובלסטומה ?** |
| א | ב-90% מהילדים עם נוירובלסטומה ניתן לזהות את המטבוליטים של קטכולאמינים בשתן |
| ב | הגברה (amplification) של MYCN בנוירובלסטומה קשורה בפרוגנוזה טובה יותר |
| ג | מוטציות של הרצפטור לטירוזין קינאז, ALK, לא קשורות בתורשתיות של נוירובלסטומה |
| ד | רמות גבוהות של LDH מעידות על פרוגנוזה טובה יותר |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 7 | **congenital pulmonary airway malformations (CPAM) מהו המאפיין של המחייב לידה במרכז שלישוני?** |
| א | CPAM מאקרוציסטי |
| ב | Mediastinal shift בינוני |
| ג | 1.6>CVR (CPAM volume ratio) |
| ד | הידרופס |

| | |
|---|---|
| 8 | **נקראת לפגיה ב-20:00 לבדוק ילוד שנולד בשבוע 38, כעת בן 10 שעות. בבדיקה גופנית לא נמצא פי טבעת. המתמחה בפגיה הכניס זונדה מנקזת לקיבה, וכדי לחסוך זמן הזמין צילום אותו הוא מציג בפניך.**<br>**מהו הצעד הבא בניהול המקרה ?** |
| |  |
| א | ניתוח PSARP מכיוון שמדובר במום נמוך |
| ב | קולוסטומיה דחופה בשל חסימת מעיים |
| ג | ניתוח PULLTHROUGH לפרוסקופי, מכיוון שמדובר במום גבוה |
| ד | אקו לב, סונר כליות דרכי שתן ולחזור על הצילום ובדיקה גופנית בבוקר |

| | |
|---|---|
| 9 | **באיזה מיקום מהבאים, טיפול שמרני בדופליקציה של מע' העיכול, הוא אפשרות מקובלת ?** |
| א | ושט |
| ב | קיבה |
| ג | מעי דק |
| ד | מעי גס |

| | |
|---|---|
| 10 | **ילוד, בן כ-10 שעות, פיתח בטן תפוחה והקאה מרתית.**<br>**בבדיקה – ניתן לזהות לולאות מעיים ואף למשש לולאות מורחבות, רקטלית – רושם לרקטום צר.**<br>**בצילום – הרחבת לולאות מעי דק ללא פלסי אויר-נוזל, עם מראה של זכוכית אטומה (ground-glass) וקלציפיקציות מפוזרות.**<br>**מהי האבחנה הסבירה ?** |
| א | Distal Ileal Atresia |
| ב | Simple Meconium Ileus |
| ג | Total Colonic Hirschsprung's Disease |
| ד | Complicated Meconium Ileus |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 11 | **תינוק בן חודשיים מועמד לתיקון בקע מפשעתי מימין. התינוק ניזון מתחליף חלב אם (תמ"ל). כיצד תדריך את ההורים לגבי הזנה / צום טרם הניתוח ?** |
| א | יש להמנע ממתן כל כלכלה החל מ-6 שעות טרם הניתוח |
| ב | יש לתת בקבוק תמ"ל עד 3 שעות טרם הניתוח |
| ג | יש לתת מים ממותקים עד שעתיים טרם הניתוח |
| ד | אין כל מגבלת כלכלה מאחר והניתוח מתוכנן להרדמה ספינלית |

| | |
|---|---|
| 12 | **איזה מהבאים נכון לגבי האבחנה של מלנומה בילדים?** |
| א | הקריטריונים ABCDE (Asymmetry, Border, Color, Diameter, Evolution) המאפיינים נגע חשוד במבוגרים מתאימים גם לילדים |
| ב | הקריטריון המשמעותי ביותר בילדים הינו קוטר הנגע |
| ג | הקריטריון המשמעותי ביותר בילדים הינו צבע הנגע |
| ד | טעות באבחנה או איחור באבחנה נצפים ב-50-60%- מהילדים עם מלנומה |

| | |
|---|---|
| 13 | **בת חודשיים. נולדה במועד ובמשקל תקין. נפלה מידי אימה ועברה US בטן עקב חבלת בטן. בבדיקה הודגמה ציסטה שחלתית בקוטר כ-6 ס"מ בצד ימין. על פי בדיקת הUS מדובר בציסטה פשוטה, ללא מחיצות בתוכה. לדברי ההורים התינוקת אוכלת בתאבון. עולה במשקל. יציאות סדירות.**<br>**ההורים פנו לייעוץ לגבי המשך הטיפול בציסטה. מהי אפשרות הטיפול הטובה ביותר ?** |
| א | שאיבת תוכן הציסטה עם מחט בהנחיית US |
| ב | ניתוח לכריתת הציסטה תוך שימור השחלה |
| ג | ביקורת כעבור 4 חודשים, עם US חוזר, ובמידה וציסטה לא קטנה, תכנון ניתוח לכריתתה. |
| ד | המשך מעקב קליני וסונוגרפי בשלב זה |

| | |
|---|---|
| 14 | **מה השלב ההתפתחותי של העץ הברונכו-פולמונארי שממשיך לאחר הלידה?** |
| א | Pseudoglandular |
| ב | Saccular |
| ג | Canalicular |
| ד | Microvascular |

| | |
|---|---|
| 15 | **מה מהבאים נכון לגבי דופליקציה ציסטית של המעי הדק ?** |
| א | חולקת דופן משותפת עם פיתול המעי התקין |
| ב | במרבית המקרים מכילה רירית קיבה אקטופית |
| ג | חולקת אספקת דם עם פיתול המעי התקין |
| ד | מופיעה בצד האנטי-מזנטריאלי של לולאת המעי |

| | |
|---|---|
| 16 | **מהו טיפול הבחירה בהמרטומה מזנכימאלית עם עלית אלפא-פטו-פרוטאין ?** |
| א | כריתה מלאה |
| ב | אמבוליזציה |
| ג | בלאומיצין |
| ד | אינפליקסימאב |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 17 | **איזה מהבאים נכלל בניתוח ע"ש LADD בילוד עם וולוולוס של midgut על רקע מלרוטציה ?** |
| א | כריתת תוספתן |
| ב | קיבוע המעי עם תפרים לדופן הבטן |
| ג | סידור חלקי המעי קרוב ככל האפשר לאנטומיה תקינה – צקום בבטן ימנית תחתונה ומעי דק במרכז הבטן |
| ד | סיבוב המעי שבוולוולוס עם כיוון השעון |

| | |
|---|---|
| 18 | **מה נכון לגבי Second branchial cleft anomalies ?** |
| א | תמיד חד צדדי |
| ב | הפתח בעור נמצא בגובה השליש האמצעי של הצוואר |
| ג | הביטוי הקליני יכול להיות ציסטה או פיסטולה |
| ד | השני בשכיחות מבין מומי הקשתות הברנכיאליות |

| | |
|---|---|
| 19 | **בן 5 הובא פונה למיון בניידת טיפול נמרץ לאחר שחש ברע. דווח כי שהה בחדר סגור שהיה מוסק באח פתוחה.**<br>**מה נכון לגבי פגיעת שאיפת CO בילד זה ?** |
| א | מדידת קרבוקסי-המוגלובין של 1% שוללת הרעלת CO |
| ב | הפגיעה נובעת מאפיניות גבוהה של CO להמוגלובין, פי 200 מחמצן |
| ג | הפגיעה הינה בנשימה האירובית ע"י פגיעה בייצור ATP במיטכונדריה |
| ד | מדידה של קרבוקסי-המוגלובין של 10% מלווה בד"כ באובדן הכרה ופירכוסים |

| | |
|---|---|
| 20 | **איזה מהמשפטים הוא הנכון ביותר לגבי ניתוחים להשמנת יתר במתבגרים ?** |
| א | הניתוח היחידי שמבוצע הוא VERTICAL SLEEVE GASTRECTOMY (VSG) |
| ב | הניתוח המומלץ למתבגרים עם השמנת יתר קיצונית BMI>50 הוא Roux-en-Y GASTRIC BYPASS (RYGB) |
| ג | ניתוח Adjustable Gastric Band (AGB) הוא המומלץ ע"י ה-FDA |
| ד | הניתוח הראשוני המומלץ הוא VERTICAL SLEEVE GASTRECTOMY (VSG) |

| | |
|---|---|
| 21 | **הועלה חשד ל-CF בילוד שטופל עקב מקוניום אילאוס.**<br>**איזה מהבאים פוגע באמינות של תבחין זיעה?** |
| א | גיל כרונולוגי נמוך מ-4 שבועות |
| ב | ילוד הנולד לאם סוכרתית |
| ג | שבוע לידה מוקדם מ-37 שבועות |
| ד | משקל נמוך מ-2 ק"ג |

| | |
|---|---|
| 22 | **מבין הבאים, איזה שיקול הינו משמעותי כהכנה לניתוח אלקטיבי בשל Ulcerative Colitis (UC) ?** |
| א | יש להפסיק טיפול מדכא חיסוני, מאחר ופוגע בתוצאות הניתוחיות |
| ב | הכנת המעי הכרחית והוכחה כמשפרת תוצאות ניתוח |
| ג | מומלץ לתקן חסרים תזונתיים, אפילו על חשבון דחיית הניתוח |
| ד | אין צורך בטיפול אנטיביוטי טרום ניתוחי במידה ובוצעה הכנת מעי טובה |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 23 | **מה נכון לגבי תופעות לוואי אקוטיות של טיפולים כמותרפים?** |
| א | רעילות קרדיאלית היא תופעת לוואי שכיחה של ציספלטין |
| ב | בחילות והקאות הינן תופעות לוואי שכיחות, וניתן לטפל בהן ע"י מתן לויקובורין |
| ג | דיכוי מח עצם הוא תופעת לוואי שכיחה, וניתן לטפל בה ע"י מתן **G-CSF** |
| ד | אלרגיה היא תופעת לוואי נדירה |

| | |
|---|---|
| 24 | **איזה מהבאים מתאר נכון את השכיחות של Necrotizing Enterocolitis (NEC) ?** |
| א | שכיחות NEC באזורים עירוניים נמוכה מזו שבאזורים כפריים |
| ב | בשלושת העשורים האחרונים שכיחות NEC ירדה |
| ג | בפגים מתחת למשקל 1500ג' שכיחות NEC היא כ-10% |
| ד | ההיארעות של NEC הינה 1:10000 לידות חי |

| | |
|---|---|
| 25 | **בסונר בטן (US) לתינוקת בת יום עם קלואקה והידרוקולפוס (hydrocolpus) נצפה הידרונפרוזיס דו"צ. מהו הצעד הבא בטיפול בהידרונפרוזיס?** |
| א | התקנת נפרוסטומיה דו-צדדית |
| ב | פיום השלפוחית (Vesicostomy) |
| ג | ניקוז ההידרוקולפוס |
| ד | הכנסת Bilateral ureter catheters דרך ה common channel |

| | |
|---|---|
| 26 | **מה מהבאים מעלה סיכון ללידה של תינוק עם איטמות וושט ?** |
| א | סוכרת הריונית |
| ב | עישון במהלך הטרימסטר הראשון |
| ג | לידה לאמא צעירה |
| ד | שימוש בסמים בטרימסטר הראשון |

| | |
|---|---|
| 27 | **איזה מהבאים הוא הגורם השכיח להתנקבות ושט בילדים ?** |
| א | פגיעה יאטרוגנית |
| ב | שתיית חומר קאוסטי |
| ג | טראומה |
| ד | בליעת גוף זר |

| | |
|---|---|
| 28 | **בבדיקת תינוק בריא בן 3 חודשים, ללא מעקב הריון מסודר, נמצאה מסה בבטן ימנית עליונה.<br>הילד אסימפטומטי, ללא כל ממצא נוסף.<br>ב-US הודגמה מסה וסקולרית בקוטר 4 ס"מ בכבד, עם זרימה מהירה.<br>מה הפרוגנוזה השכיחה?** |
| א | נסיגה עצמונית של המסה ללא טיפול |
| ב | התפתחות אנמיה ואי ספיקת לב |
| ג | הפרוגנוזה תלויה בביולוגיה של המסה, ובייחוד בביטוי של GLUT-1 |
| ד | הפרוגנוזה תלויה במיקום הספציפי של המסה בכבד וביכולת לכריתה מקרוסקופית מלאה |

| | |
|---|---|
| 29 | **בן 6 הובא למיון לאחר שבלע סוללה. הילד נינוח וחסר תסמינים חריגים. בצילום חזה-בטן נראית הסוללה על רקע הקיבה.<br>מה הצעד הבא?** |
| א | אשפוז להשגחה |
| ב | אנדוסקופיה דחופה |
| ג | שחרור ומעקב אם התפתחו כאבי בטן |
| ד | שחרור ומעקב עם צילום בעוד כשבוע |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 30 | **מהם פקטורים פרוגנוסטיים טובים ברבדומיוסרקומה?** |
| א | גיל קטן מ- 10 שנים, גידול קטן מ- 5 ס"מ, Alveolar type |
| ב | העדר פיזור גרורתי בעת האבחנה, גיל גדול מ- 10 שנים |
| ג | גיל קטן מ- 10 שנים, גידול קטן מ- 5 ס"מ, מיקום בראש-צוואר אך לא פאראמנינגיאלי |
| ד | Clinical group 1, גיל גדול מ- 10 שנים, Alveolar type |

| | |
|---|---|
| 31 | **ההתערבות הכירורגית המומלצת בהכשת נחש ארסי בגפיים, בהתייחס לתסמונת מדור, היא?** |
| א | הימנעות מהתערבות וטיפול באנטי- ונום, גם בנוכחות סימנים של תסמונת מדור |
| ב | פציאוטומיה כשמתחילה נפיחות מאיימת להתפתחות תסמונת מדור |
| ג | פציאוטומיה מוקדמת מניעתית בכל פגיעה בגפיים |
| ד | פציאוטמיה מוקדמת מניעתית רק בפגיעה בכף יד |

| | |
|---|---|
| 32 | **איזה מהבאים הינו היעיל ביותר למניעת Necrotizing Enterocolitis (NEC) ?** |
| א | מתן מוקדם של פרוביוטיקה |
| ב | מתן מוקדם של חלב אם |
| ג | מתן מוקדם של חלב אם למעט פגים קטנים, אצלם יש להתחיל בחלב אם רק לאחר 5 ימים |
| ד | תוסף חומצות אמינו מסוג ארגינין וגלוטמין לכלכלה האנטרלית |

| | |
|---|---|
| 33 | **אישה בהריון בשבוע 25 פונה ליעוץ טרום לידתי לאחר שאובחן אצלה עובר עם גסטרוסכיזיס. איזה מהבאים נכון ביחס לפתולוגיה זו?** |
| א | לילדים אלו שכיחות גבוהה של אשכים טמירים אך מקובל להמתין עד גיל שנה לפני ביצוע קיבוע של האשך |
| ב | מומלץ ליילד מוקדם (בשבוע 33-34) בניתוח קיסרי על מנת להקטין את הנזק למעי במהלך המעבר בתעלת הלידה. |
| ג | למעט בדיקת המעי לחיפוש אטרזיה, אין צורך לבדוק ולחפש מומים נוספים. |
| ד | לאחר הלידה ותיקון דופן הבטן, מומלץ לתת טיפול פרו-קינטי לזירוז חזרת פעילות המעי והאכלה אנטרלית |

| | |
|---|---|
| 34 | **ילד בן 10 הגיע בשעות אחר הצהריים למלר"ד עם כאב בטן מזה 3 ימים, הכאב החל במרכז הבטן ונדד לבטן ימנית תחתונה, הילד מתאר חוסר תיאבון ובחילה ללא הקאות. חום נמדד 37.1 ללא חום בבית.**<br>**בבדיקת הבטן מופקת רגישות בבטן ימנית תחתונה ללא גירוי צפקי.**<br>**מעבדה – לויקוציטוזיס 14000 עם נויטרופילים 87%, CRP=65mg/L.**<br>**בבדיקת US התוספתן לא הודגם ולכן בוצע CT שהדגים דלקת חריפה בתוספתן.**<br>**בניתוח למחרת בבוקר נמצא תוספתן מודלק עם מעט נוזל צלול באגן, לא נראתה פרפורציה של התוספתן.**<br>**מה נכון לגבי הטיפול בילד זה?** |
| א | לאור הממצא הניתוחי אין צורך בהמשך טיפול אנטיביוטי לאחר הניתוח |
| ב | במקרה זה, עיכוב הניתוח ב-12-17 שעות מעלה את הסיכון להתנקבות ב-35% |
| ג | הניתוח היה מיותר, אפשר היה להמשיך לטפל בגישה לא ניתוחית, שכן אין לילד מדדים המנבאים כשלון של טיפול לא ניתוחי |
| ד | ניתוח לפרוסוקפי בחתך בודד (sigle port) מביא לתוצאה קוסמטית טובה יותר לאורך זמן ביחס לניתוח לפרוסוקפי רגיל, עם שלושה פתחים. |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 35 | **מהי ההמלצה הטיפולית המקובלת באבחנה טרום לידתית של הידרופס על רקע של Congenital Cystic Adenomatoid Malformation (CCAM) מיקרוציסטי ?** |
| א | טיפול בסטרואידים (בטאמטזון) |
| ב | הפלה |
| ג | US-guided fetal laser ablation of the feeding artery (FLAFA) |
| ד | מעקב בלבד |

| | |
|---|---|
| 36 | **מהו המיקום הנכון של צנתר ורידי טבורי ביילוד ?** |
| א | בין חוליה T6 לחוליה T10 |
| ב | בעליה הימנית |
| ג | בגובה הקיספואיד-סטרנום בצילום |
| ד | בוריד הנבוב התחתון (IVC) הכבדי |

| | |
|---|---|
| 37 | **היתרון של Silver sulfadiazine בחבישת כוויה הוא :** |
| א | בטוח בשימוש לכוויות בפנים |
| ב | מונע את הלויקופניה העלולה להיווצר מהכוויה |
| ג | מקדם רה-אפיתליזציה |
| ד | בעל אפקט אנטי מיקרוביאלי רחב |

| | |
|---|---|
| 38 | **מה נכון לגבי CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) ?** |
| א | חסרון של השיטה הוא הגברת עבודת הנשימה |
| ב | מפחית את התנגדות הריאה |
| ג | החסרון העיקרי של CPAP ביילודים הוא פגיעה ריאתית כרונית |
| ד | ל- CPAP רגישות טובה לשינוי לחץ |

| | |
|---|---|
| 39 | **איזה מהבאים מאפיין בקע סרעפתי קידמי ע"ש מורגני ?** |
| א | שכיחות נמוכה של מומים נלווים |
| ב | מהווה כ-10% מכל הבקעים הסרעפתיים |
| ג | האבחנה מתבצעת בדרך כלל מעבר לתקופת הילוד |
| ד | הפגם נמצא בבית החזה משמאל |

| | |
|---|---|
| 40 | **ילדה בת 6 סובלת מאנמיה המוליטית והגדלת טחול משנית, ומועמדת לכריתת הטחול. במהלך הברור הטרום ניתוחי בוצעה הדמיה שהדגימה אבנים קטנות וניידות בכיס מרה תקין למראה. מה תהיה המלצתך להורי ילדה זו?** |
| א | ביצוע ERCP לפני הניתוח |
| ב | מתן אורסוליט לאחר כריתת הטחול |
| ג | כריתת כיס המרה באותו ניתוח |
| ד | טיפול בגמא-גלובולינים |

| | |
|---|---|
| 41 | **איזו מהתכונות הבאות מאפיינת מקוניום בילד עם CF הסובל ממקוניום אילאוס לעומת ילוד בריא?** |
| א | רמת הנתרן והאשלגן גבוהות יותר |
| ב | תכולת המים גבוהה יותר |
| ג | רמת הלקטאז (lactase) גבוהה יותר |
| ד | רמת החלבון גבוהה יותר |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 42 | **בן 12 שנים פונה לבדיקה בשל קשריות לימפה צווריות מוגדלות וכואבות מזה שלושה שבועות. כמו כן, מזה שבועיים מטופל במשאפים בשל שיעול.<br>איזה משפט מתאר נכונה את המשך ניהול המקרה ?** |
| א | יש לבצע ספירת דם, כימיה, צילום חזה או סיטי חזה וביופסיה בהתאם לממצאים |
| ב | יש לבצע בדיקה גופנית מקיפה, ובהעדר הגדלה של קשריות למפה נוספות או הגדלת כבד וטחול אין צורך בהמשך בירור |
| ג | יש לקחת אנמנזה מפורטת, ובהעדר סימפטומים "B" דרגת החשד לממאירות נמוכה ואין צורך בהמשך בירור |
| ד | יש לבצע בדיקת FNA מקשרית צווארית על מנת להימנע מהרדמה כללית במצבו |

| | |
|---|---|
| 43 | **היכן יש למקם קולוסטומיה בתינוק שנולד עם מום אנורקטלי גבוה?** |
| א | סיגמה דיסטלית |
| ב | קולון רוחבי |
| ג | צקום |
| ד | קולון יורד |

| | |
|---|---|
| 44 | **איזה מהבאים נכון לגבי השתלות כליה בילדים ?** |
| א | גידול ווילמס דו צדדי הוא הסיבה השנייה בשכיחותה להשתלת כליות בילדים |
| ב | הגורם השכיח לאי ספיקת כליות בילדים מתחת לגיל 5 שנים הוא גלומרולונפריטיס ופיילונפריטיס חוזרת |
| ג | לאור השיפור בטכניקות הדיאליזה ובהזנה, השתלת כליה לא נחשבת יותר כ gold standard, בטיפול באי ספיקת כליות בילדים |
| ד | הגורם השכיח לאי ספיקת כליות בילדים מתחת לגיל 5 שנים הוא מומים מולדים במערכת השתן |

| | |
|---|---|
| 45 | **בן שבועיים, נולד במועד בניתוח קיסרי. לדברי האם מזה 3 ימים הקאה של חלב, ללא מרה. הילוד אושפז במחלקת ילדים לבירור. בבדיקות הדם – ללא ממצאים מיוחדים , גזים בדם תקינים בוצע סונר בטן אשר הדגים פילורוס בעובי 4.5 מ"מ ואורך 17 מ"מ התינוק נלקח לחדר ניתוח לצורך פילורומיוטומיה. במהלך הניתוח זוהתה התנקבות של רירית שוער הקיבה בחלקו האמצעי.<br>מהי הטיפול בסיבוך ניתוחי זה ?** |
| א | תפירת ההתנקבות לרוחב בתפר נספג לפי היינקה מיקוליץ |
| ב | סגירה של המיוטומיה בתפרים נספגים וביצוע פילורומיוטומיה חדשה ב 90-180 מעלות מהחתך הקודם |
| ג | תפירת המיוטומיה בתפר בלתי נספג, והרחבת השוער עם בלון כעבור שלושה שבועות |
| ד | העברת צינור הזנה דואודנלי ותפירת המיוטומיה בתפרים בלתי נספגים |

| | |
|---|---|
| 46 | **כל מהמשפטים הבאים נכונים לגבי אספיקציה טראומטית, פרט ל :** |
| א | מתבטאת בפטכיות באזור פנים ובית חזה |
| ב | עלית לחץ בבית החזה יוצרת קומפרסיה על עלייה ימין |
| ג | נגרמת כתוצאה מלחץ על בית חזה בזמן אקספיריום |
| ד | יכולה לגרום לפגיעה אוטולוגית , אוקולרית או נוירולוגית |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 47 | **ילד בן 3 שנים עבר בינקותו ניתוח לתיקון אטמות ושט סוג A. כעת, בביקורת מרפאה, ההורה מתאר דיספאגיה לסירוגין ותלונות של כאבים רטרוסטרנליים בשכיבה, ויש מגמת שבירת עקומות גדילה כלפי מטה בחצי השנה האחרונה. צילום ושט הדגים הצרות בינונית בהשקה ובקע היאטאלי בינוני. מה יהיה הטיפול המועדף בילד זה?** |
| א | מתן מעכבי משאבת פרוטונים |
| ב | פונדופליקציה על שם ניסן |
| ג | הזנה דרך גסטרוסטומיה |
| ד | הרחבת הושט עם בלון אנדוסקופי |

| | |
|---|---|
| 48 | **הורים שאינם דתיים פנו לייעוץ לגבי ברית מילה. איזה מהבאים נכון ?** |
| א | מקרב בנים שלא עברו ברית מילה בינקות, 2-10% יופנו לפעולה בעתיד. |
| ב | מוצדק לבצע מבחינה רפואית בשל ההפחתה בסיכון לזיהום בדרכי השתן |
| ג | רצוי לא לבצע בשל סיכוי של 5% להיצרות של פתח השופכה |
| ד | יש הפחתה בשעור הדבקות במחלות מין לאחר ברית מילה רק במדינות מתפתחות |

| | |
|---|---|
| 49 | **איזה מהבאים הוא מרכיב חשוב להצלחת ניתוח PORTO-ENTEROSTOMY (קאסאי)?** |
| א | דיסקציה מינימלית של שער הכבד |
| ב | שימוש באמצעים חדים לכריתת הפיברוזיס |
| ג | שימוש בתפרים לא נספגים |
| ד | זרוע ROUX של 35-40 ס"מ לפחות |

| | |
|---|---|
| 50 | **מה נכון לגבי גידולי כליה בילדים ?** |
| א | כנראה ומדובר במספר גנים שעברו מוטציה ולא באחד כאחראים להתפחות גידול ע"ש ווילמס בתינוקות וילדים |
| ב | ב-30% מהמקרים גידול ע"ש ווילמס מהווה חלק מסינדרום יותר גדול |
| ג | גידול ע"ש ווילמס הוא הגידול הבטני השכיח ביותר בתינוקות ובילדים |
| ד | אין שכיחות גדולה יותר של (nephrogenic rest) NR במקרים של גידול וולימס דו צדדי |

| | |
|---|---|
| 51 | **בן 12 אובחן כסובל מממאירות פפילרית של בלוטת התריס. איזה מהטיפולים הבאים הוא המתאים ביותר לילד זה ?** |
| א | כריתה חלקית של בלוטת התריס |
| ב | הקרנות ולאחר מכן כריתה חלקית של הבלוטה |
| ג | כריתה שלמה של בלוטת התריס |
| ד | הקרנות וטיפול כימותרפי בלבד |

| | |
|---|---|
| 52 | **איזה מהבאים נכון לגבי סיבוכי ניתוחי כריתת טחול ?** |
| א | טרומבוזה של וריד הטחול או של הוריד הפורטלי מאוד שכיחה ומופיעה בקרב למעלה מ-50% מהילדים המנותחים |
| ב | יש יותר סיבוכים בניתוחים לפרוסקופיים מאשר בניתוחים פתוחים |
| ג | הסיבוכים הבתר ניתוחיים השכיחים ביותר הם אילאוס, הפרעות נשימתיות, ודמם המצריך מתן מנת דם. |
| ד | החיידק הכי נפוץ בגרימת OPSI הוא Group A Streptococcus |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| 53 | **מה נכון לגבי חמצון בריאות ?** |
|---|---|
| א | תסחיף ריאתי פוגע בחמצון בעיקר דרך ירידה בתפוקת הלב |
| ב | שיפור V/Q mismatch ישפר את חמצון הריאות |
| ג | $PaO_2$ הוא מדד שימושי להערכת אוורור וחמצון הריאות |
| ד | ב- High V/Q הטיפול הראשוני יהיה העלאת PEEP |

| 54 | **מה נכון לגבי האבחנה וברור של נוירובלסטומה ?** |
|---|---|
| א | היסתידויות מודגמות ב-CT ב-40% מהמקרים |
| ב | נוירובלסטומה טורקלית מתגלה צילום חזה אקראי בכ-10% מהמקרים |
| ג | מיפוי עצמות רגיש יותר מ MRI בגילוי גרורות לשלד |
| ד | MRI יעיל יותר מ CT באבחנה של נוירובלסטומה, הן בספציפיות והן ברגישות |

| 55 | **מהם נכון לגבי טרטומה סקרוקוקסיגאלית עם מרכיב תוך אגני בלבד?** |
|---|---|
| א | יתכן ותתגלה בבירור ל FTT |
| ב | מומלץ לבצע כריתה בין גיל 6-12 חודשים |
| ג | הסיכון לממאירות בלידה הוא 40-70% |
| ד | יש לקחת רמות AFP, BHCG ו CA 19-9 |

| 56 | **תינוקת בת שנתיים בריאה עד כה עברה סונאר בטן (US) במהלך מחלת חום ונמצא תהליך הנראה כמורסה בחלק 5 של הכבד (על פי חלוקת קווינאוד). נסיון ניקור מלעורי כשל בשל סמיכות רבה של תוכן המורסה ועל כן הוחלט על טיפול ניתוחי. בניתוח נמצא נגע בעיקרו סולידי שנכרת ובפתולוגיה אובחנה גרנולומה.**<br>**מה המקור הסביר ביותר לנגע זה?** |
|---|---|
| א | תהליך אמבולי מדלקת תוספתן |
| ב | מחלת חסר תפקוד גרנולוציטים |
| ג | גרורה מגידול עוברי רטרופריטוניאלי |
| ד | ציסטה ביליארית מולדת שהזדהמה |

| 57 | **בן 3 עבר כריתת כליה משמאל בשל גידול ממאיר ע"ש ווילמס. זוהתה התפשטות לקשרי לימפה סמוכים. לא היתה פגיעה במעי או סיבובים אחרים.**<br>**כיצד נסווג את הניתוח מבחינה זיהומית ?** |
|---|---|
| א | Clean |
| ב | Clean-contaminated |
| ג | Contaminated |
| ד | Dirty |

| 58 | **מה נכון לגבי שימוש ב-ECMO בילוד הסובל מבקע סרעפתי (CDH) ?** |
|---|---|
| א | חיבור מוקדם לאקמו מאפשר התאמת הנשמה להיפופלזיה הריאתית ע"י גיוס אלוואולי |
| ב | שימוש ב- ECMO ב- CDH לא משפר שרידות אך מפחית משמעותית סיבובים מאוחרים. |
| ג | בהשוואה לאינדיקציות האחרות ל- ECMO ב- CDH השרידות היא מהגרועות ביותר |
| ד | בשונה מרוב האינדיקציות האחרות ל- ECMO ב- CDH הוכח יתרון של VA על פני VV |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 59 | **ילד בן 5 ננשך ע"י כלב בפניו. מהו הטיפול המיטבי בפצע ?** |
| א | יש להמנע מסגירה של פצע הנשיכה |
| ב | סגירה ראשונית את החתך לאחר שטיפה והטריה |
| ג | קירוב שוליים וסגירה שניונית של הפצע |
| ד | המתנה של 6-12 שעות לפחות, לפני החלטה על סגירה של הפצע |

| | |
|---|---|
| 60 | **איזה מהבאים הוא סמן פרוגנוסטי טוב במקרה של טרטומה סקרוקוקסיגאלית המאובחנת ע"י US עוברי?** |
| א | פלצנטומגליה |
| ב | גידול בגודל 15-10ס"מ |
| ג | גידול שהוא ציסטי ברובו |
| ד | ריבוי מי שפיר |

| | |
|---|---|
| 61 | **מה מהבאים נכון בהתייחס לטיפול ברבדומיוסרקומה ?** |
| א | טיפול קרינתי הוא חלק מהטיפול בכל החולים |
| ב | Debulking מורידה הישנות מקומית לעומת מצב שבו כלל לא מתבצעת כריתה |
| ג | כריתה חוזרת לפני תחילת טיפול כמוטרפי יכולה לשפר את השליטה המקומית אך לא את שיעור ההישרדות לאורך זמן |
| ד | טיפול כמותרפי הוא חלק מהטיפול בכל החולים |

| | |
|---|---|
| 62 | **מה נכון בגישה הכירורגית לאשכים טמירים בסינדרום prune belly ?** |
| א | בשל מיקום גבוה של האשכים הכרחי לבצע גישה בטנית |
| ב | ניתן לבצע את ניתוח קבוע האשכים במשולב עם ניתוח לתיקון דופן הבטן |
| ג | יש להביא בחשבון שנפח הבטן הגדול ידרוש לחץ תוך בטני גבוה בעת בצוע לפרוסקופיה ולכן על המרדים להכניס צנתר ווריד מרכזי |
| ד | בגלל סבוכים נשימתיים, הניתוח נדחה, בדרך כלל, לגיל מאוחר ולכן יש ירידה בפוריות |

| | |
|---|---|
| 63 | **תינוק נותח בשל אטמות תריסריון, ובניתוח נמצא לבלב טבעתי בחלק השני של התריסריון, דיסטלית לפפילה של ואטר. מהו הטיפול המיטבי במצב זה ?** |
| א | כריתה והשקה של האזור המעורב |
| ב | מעקף תריסריון-תריסריון |
| ג | פיצול הלבלב הטבעתי בלבד |
| ד | פפילוטומיה תוך ניתוחית |

| | |
|---|---|
| 64 | **מהי הפגיעה השכיחה בבית חזה בטראומת ילדים ?** |
| א | שברים בצלעות |
| ב | קונטוזיה ריאתית |
| ג | פנאומוטורקס/המוטורקס |
| ד | קונטוזיה לבבית |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 65 | **בן 6 חודשים מובא למיון, חודש לאחר Transanal pullthrough, עם תלונות של סירוב לאכול אי שקט וחום סובפיברילי. בבדיקתו בטן תפוחה. האם מדווחת כי מזה מספר ימים מטופל במוקסיפן בשל דלקת אוזניים. בצילום בטן סקירה התמונה המוצגת. מהו הטיפול בשלב זה ?** |
| |  |
| א | אשפוז להשגחה והמשך אנטיביוטיקה |
| ב | נוזלים במתן תוך ווריד ולאחר מתן שתן וניסיון בלבלה מוצלח שחרור להמשך מעקב אמבולטורי |
| ג | נוזלים ואנטיביוטיקה במתן תוך ווריד במקביל לשטיפות רקטליות |
| ד | המשך מוקסיפן והכנסת rectal tube לניקוז אויר ותוכן |

| | |
|---|---|
| 66 | **איזה מהבאים הינו התווית נגד יחסית לשימוש ב-ECMO בילוד עם בקע סרעפתי ?** |
| א | משקל לידה נמוך מ-2.5 קילוגרם |
| ב | שבוע לידה נמוך מ-36 שבועות |
| ג | טריזומיה 21 |
| ד | דימום תוך מוחי דרגה III |

| | |
|---|---|
| 67 | **מה נכון בפתוגנזה של זיהומים בהקשר הכירורגי?** |
| א | אקסוטוקסינים בד"כ מעוררים תגובה דלקתית סיסטמית שיכולה להיות מסכנת חיים |
| ב | מספר המושבות לגרם רקמה הוא גורם עצמאי לזיהום חודר, ואינו תלוי במערכת החיסון של המטופל |
| ג | אם מערכת החיסון נכנסת לפעולה הדבר נחשב ל"זיהום קליני" |
| ד | רקמה נמקית באיזור הניתוח מגבירה סיכון לזיהום פצע, כי היא משמשת מצע גידול לחיידקים |

| | |
|---|---|
| 68 | **איזה מהבאים נכון בקשר להישנות של בקע מפשעתי לאחר תיקון ראשוני בילדים ?** |
| א | שיעור ההישנות, ללא גורמי סיכון נוספים, נמוך מ-2% |
| ב | שיעור ההישנות בתיקון בקע מפשעתי בפגים, טרם שיחרורם מהפגיה, נמוך מ-1% |
| ג | כאשר מבוצע תיקון דחוף בשל כליאה, שיעור ההישנות הוא 1-2% |
| ד | שיעור ההישנות גבוה יותר לאחר תיקון לפרוסקופי |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 69 | **מה נכון לגבי אבחנה של Burkit Lymphoma?** |
| א | מדובר במחלה סיסטמית ולכן בכל מקרה יש צורך בטיפול כמותרפי |
| ב | ברוב הילדים הסובלים ממחלה זאת המחלה ממוקמת ולכן הפרוגנוזה מצוינת עם מעל 90% אחוזי רמיסיה מלאה לאחר טיפול |
| ג | מראה של small round cell tumor הוא פתוגנומוני |
| ד | לעיתים מדובר במחלה ממוקמת ואז כריתה בלבד, בעיקר במקרים של גוש בטני חוסם או שגרם לפרפורציה, יכולה להיות קורטיבית |

| | |
|---|---|
| 70 | **במחלת הרשפרונג, באיזה מהמצבים הבאים נמצא שכיחות גבוהה יותר של RET proto-oncogen ?** |
| א | במחלה המערבת סגמנט קצר |
| ב | במוטציות המערבות רצפטור ל ENDOTHELIN-B |
| ג | במחלה ספורדית |
| ד | במחלה המערבת סגמנט ארוך |

| | |
|---|---|
| 71 | **כ-10 דקות לאחר העלאת תינוק על ECMO, מדווח הטכנאי על זרימה ורידית ירודה. בבדיקת הצנרת אין עדות לכשל.**<br>**מה הסיבה הסבירה לתופעה זו ?** |
| א | היפוולמיה |
| ב | תסחיף אויר (Air Embolism) |
| ג | Activated Clotting Time גבוה |
| ד | ירידה זמנית אופיינית ואין צורך לטפל בה במהלך 10 הדקות הראשונות |

| | |
|---|---|
| 72 | **ילד בן 8 הובהל למיון לאחר שנפל מגג קומה שנייה. הוא מגיע חסר הכרה, קולות נשימה קלושים מימין, סטורציה 89%, ל"ד 85/60מ"מ כספית, דופק 140 פעימות לדקה, ומונשם מיד.**<br>**הסטורציה עולה עד ל-94%. אין שטפי דם חיצוניים, דפקים מרכזיים נמושים, אישונים שווים.**<br>**בצילום חזה חשד לפנוימוטורקס/המוטורקס גדול מימין. בהכנסת נקז מתקבלים 600מ"ל של דם. הסטורציה עולה עד 98%.**<br>**מהו הצעד הבא ?** |
| א | מתן דם ומעקב המודינמי |
| ב | השלמת סקר שניוני כולל הדמיות נלוות |
| ג | טורקוטומיה בחדר הלם |
| ד | העברה לחדר ניתוח לטורקוטומיה |

| | |
|---|---|
| 73 | **איזה מהבאים נכון לגבי גידול ע"ש ווילמס ?** |
| א | הדרגה שבא מתגלה הגידול (staging) היא הגורם הפרוגנוסטי החשוב ביותר בגידולים אלו |
| ב | שתי שיטות ה STAGING העקריות בגידולי ווילמס, COG ו SIOP מתבססות על ממצאים ניתוחיים |
| ג | בזמן האבחנה ל-40% מהילדים יהיו המטוריה מאקרו או מיקרוסקופית בשילוב של יתר לחץ דם |
| ד | גידול ע"ש ווילמס מתגלה לעיתים קרובות בזמן רחצת הילד או בבדיקת רופא שגרתית |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 74 | **במעקב הריון בשבוע 24, נמצא ממצא החשוד לטרטומה סקרוקוקסיגאלית (SCT) עם יחס נפח גידול למשקל עובר (TFR) של 0.08. מהי הדרך הטובה לניהול המקרה ?** |
| א | מעקב בלבד - פרוגנוזה טובה |
| ב | הפלה יזומה |
| ג | Radio Frequency Ablation (RFA) |
| ד | ניתוח תוך רחמי לבריתת הגידול |

| | |
|---|---|
| 75 | **תינוק בן 8 חודשים, בריא בד"כ, הובא למיון עקב נפיחות נרחבת מימין לפי הטבעת, עם אודם על פניה ופלוקטואציה פריאנאלית ברורה.<br>מה נכון לגבי מחלתו של תינוק זה ?** |
| א | שכיחה בזכרים מתחת לגיל שנה |
| ב | 70% מהמורסות הפריאנאליות מתפתחות לפיסטולה פריאנאלית |
| ג | טיפול שמרני ע"י אמבטיות ישיבה ואנטיביוטיקה מקובלים במצב זה |
| ד | הוספת טיפול אנטיביוטי מורידה סיכוי להישנות אך לא משפיעה על היווצרות פיסטולה |

| | |
|---|---|
| 76 | **איזה מהחומרים הבאים מפונה באופן היעיל ביותר בעת ביצוע דיאליזה פריטונאלית ?** |
| א | מגנזיום (Magnesium) |
| ב | נתרן (Sodium) |
| ג | סידן (Calcium) |
| ד | אשלגן (Potassium) |

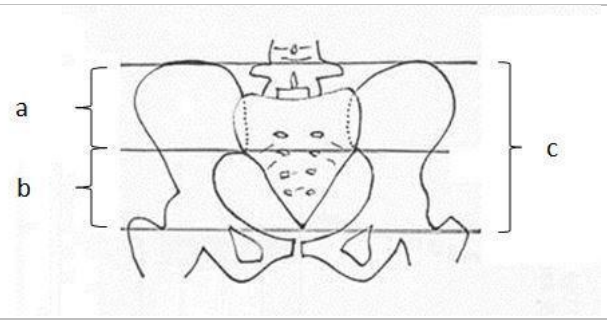
| | |
|---|---|
| 77 | **תינוק נולד בשבוע 35 עם אומפלוצלה ענק (giant). הילד נראה דיסמורפי, לא בוצע מעקב הריון סדיר. מה מהבאים נכון לגבי ילד זה והטיפול בו?** |
| א | הניתוח אינו דחוף, ולפני החלטה על ניתוח וסוגו, חובה לקבל את תוצאת בדיקת קריוטיפ לאבחון המום הכרומוזומלי ממנו סובל הילד |
| ב | הטיפול הטוב ביותר הוא סגירה ראשונית מיידית תוך ביצוע Ladd's procedure בשל סבירות גבוהה להתפתחות תסביב מעי בעתיד |
| ג | טיפול לא ניתוחי תוך יצירת צלקת (Scarification treatment) משפר תחלואה ותמותה |
| ד | מיעוט הילדים עם אומפלוצלה יסבלו מהחזר קיבתי-וישטי והשכיחות יורדת ביחס ישר לגודל הפגם. |

| | |
|---|---|
| 78 | **במה התבטא המעבר משימוש בהלוטן (HALOTHANE) לשימוש בסבופלוראן (SEVOFLURANE) בהרדמה ?** |
| א | ירידה של 10% בהופעת פעימות חדריות מוקדמות |
| ב | ירידה של 18% בהפרעות קצב על-חדריות |
| ג | ירידה של 37% בהפרעות קצב חדריות |
| ד | ירידה של 50% בארועי דום לב |

| | |
|---|---|
| 79 | **איזה מהבאים נכלל בהתוויות לביצוע CT ראש בטראומה :** |
| א | GCS<12 |
| ב | סיפור של אובדן הכרה |
| ג | ילדים צעירים מגיל שנתיים |
| ד | שוק שאינו מגיב לנוזלים ולדם |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 80 | **בן 15 פנה למיון בשל שלשול דמי. לדבריו, סובל מזה מספר חודשים מכאבי בטן ושלשול. לאחרונה תחושת טנזמוס וחולשה.**<br>**בבדיקתו – נראה חיוור וצנום. בטן – רכה עם רגישות דיפוזית ללא סימני גירוי צפקי.**<br>**בבדיקות מעבדה – אנמיה קלה, CRP מוגבר, עליה קלה בתפקודי כבד.**<br>**מה נכון לגבי המשך תהליך האבחון ?** |
| א | שלשול הוא בדר"כ הסימפטום הראשון ויש צורך לשלול גורם זיהומי כגון סלמונלה, שיגלה, קלוסטרידיום וכדומה |
| ב | יש לבדוק pANCA ו ASCA מאחר והם ספציפיים למחלה ויכולים לנבא את חומרתה |
| ג | ביופסיה של המעי היא חלק הכרחי ובלתי נפרד מאיבחון המחלה |
| ד | יש לבצע מיפוי בדוריות דם אדומות על מנת לזהות את מקור הדמם במערכת העיכול |

| | |
|---|---|
| 81 | **איך מחשבים Sacral Ratio ?** |
| |  |
| א | b / a |
| ב | a / b |
| ג | a / c |
| ד | b / c |

| | |
|---|---|
| 82 | **בת 16 שנים. בריאה בד"כ. פנתה למיון עקב כאבי בטן שהחלו 5 שעות טרם קבלתה. הכאבים מלווים בהקאות. ללא חום, הקאות או שלשולים. ללא תלונות אורינריות. בבדיקה גופנית רגישות ניכרת עם תנגודת שרירים בבטן ימנית תחתונה . בדיקות דם תקינות. US בטן הדגים תוספתן תקין. נוזל חופשי בחלל הבטן. US גניקולוגי דרך הבטן הדגים שחלה ימנית מוגדלת ובצקתית עם זרימת דם בתוך השחלה.**<br>**מהו ניהול המקרה המיטבי ?** |
| א | ביצוע CT בטן בחשד לגידול בשחלה |
| ב | ניתוח לפרוסקופי דחוף |
| ג | אשפוז וחזרה על US בבוקר |
| ד | אשפוז ובמידה ותהיה החמרה בכאב, לפרוסקופיה אבחנתית |

| | |
|---|---|
| 83 | **מה מהבאים מתאר נכון אפידמיולוגיה של בקע מפשעתי בילדים ?** |
| א | שכיחות מוגברת פי 10-5 בבנים לעומת בנות |
| ב | בפגים שכיחות הבקעים דומה בין בנים לבנות ועומדת על 10% |
| ג | בקע דו-צדדי מופיע בשכיחות מוגברת פי 2 בבנים לעומת בנות |
| ד | שכיחות כליאה של בקע מפשעתי שכיחה בבנים פי 4 לעומת בנות |

| | |
|---|---|
| 84 | **מהי הגישה לתיקון שסע לרינגאלי ( laryngeal cleft) מסוג שני ?** |
| א | הימנעות מהתערבות ניתוחית |
| ב | גישה צווארית, דרך הקנה |
| ג | גישה אנדוסקופית סטרנוטומיה מרכזית |
| ד | סטרנוטומיה מרכזית |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 85 | **מה מהבאים הינה התוויה לכריתת האונה בתסמונת אונה אמצעית ימנית ( Right Middle Lobe Syndrome) ?** |
| א | דיספנאה קשה |
| ב | ברונכיאקטזיס (bronchiectasis) |
| ג | חסימה של 50% של הברונכוס האונתי |
| ד | מעל 25,000 לויקוציטים בשטיפה ברונכיאלית מכוונת |

| | |
|---|---|
| 86 | **אילו מהמשפטים הבאים נכון לגבי סיבוכים מאוחרים של חבלת טחול ?** |
| א | פסאודוציסטה פוסט-טראומטית של הטחול מכוסה אפיתל ולרב עוברת רגרסיה ספונטנית. |
| ב | Overwhelming Postsplenectomy infection יכול לגרום להידרדרות מהירה של המטופל, לשוק ולמוות תוך 48 שעות |
| ג | כאב בטן ממושך לאחר טיפול שמרני בחבלת טחול שכיח ומדווח בכ-50% מהנפגעים |
| ד | פסאודו-אנוריזמה פוסט-טראומטית של עורק הטחול היא סיבוך שכיח ולכן מומלץ לבצע הדמייה מאוחרת לכל חולה עם טראומה לטחול |

| | |
|---|---|
| 87 | **איזה מהבאים נכון לגבי ביצוע צילום ושט-קיבה-תריסריון (UGI) לפני ניתוח פונדופליקציה?** |
| א | יש לשלול מלרוטציה לפני הניתוח |
| ב | אין לבדיקה חשיבות דיאגנוסטית |
| ג | הבדיקה יעילה מאד באבחון רפלוקס |
| ד | הבדיקה חשובה למיקום גסטרוסטומיה |

| | |
|---|---|
| 88 | **איזה מהמשפטים נכון לגבי בסיבוכים לאחר השתלת כבד ?** |
| א | חוסר תפקוד ראשוני של הכבד (primary non function) לא מהווה הורייה להשתלה חוזרת של הכבד |
| ב | בטרומבוזיס של עורק הכבד לאחר השתלה, אולטרסאונד דופלר של עורק הכבד היא הבדיקה הראשונה אותה יש לעשות |
| ג | הופעה מאוחרת של טרומבוזיס של עורק הכבד תמיד תהייה סימפטומטית |
| ד | סיבוכים זיהומיים עד כדי מוות, נדירים לאחר השתלת כבד |

| | |
|---|---|
| 89 | **איזה מהבאים נכון בקשר לפגיעה באשך בעקבות כליאת בקע ?** |
| א | אשך מוגדל בעת ניתוח תיקון דחוף של הבקע שולל פגיעה עתידית בתפקודו |
| ב | ההיארעות של אטרופיה לאחר הניתוח היא 2-3% |
| ג | במידה ונמצא אשך איסכמי, יש להסירו למניעת יצירת נוגדנים |
| ד | במידה ומזוהה נמק של האשך, יש לבצע קיבוע של האשך הנגדי |

| | |
|---|---|
| 90 | **איזה מהטיפולים הבאים הוכח כיעיל ובטוח במצבים של חבלת ראש עם עליה ב-ICP בילדים ?** |
| א | מניטול |
| ב | היפרוונטילציה |
| ג | ברביטורטים |
| ד | סליין היפרטוני |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 91 | **מה נכון לגבי דיאליזה בילדים עם אי ספיקת כליות ?** |
| א | דיאליזה פריטונאלית היא טיפול הבחירה בילדים הנדרשים לעבור דיאליזה |
| ב | בהמודיאליזה אצל ילדים עדיף לצנתר את הווריד התת בריחי במקום את הוריד הג'וגולארי הפנימי |
| ג | המודיאליזה היא האפשרות הטובה ביותר לטיפול בילדים |
| ד | הוכח יתרון לקטטר מסולסל לעומת קטטר ישר בדיאליזה פריטונאלית |

| | |
|---|---|
| 92 | **ילוד נולד עם הפטומגליה ובסריקה על-קולית נמצא גוש סולידי. בבדיקות הדם נמצא אלפא-פטו-פרוטאין מוגבר של 50000 ננוגרם לסמ"ק. מה ניתן להסיק מתוצאה זו?** |
| א | הבדיקה אבחנתית להפטובלסטומה ויש להתחיל טיפול |
| ב | הבדיקה מחשידה להמנגיומה כבדית של הילוד |
| ג | הבדיקה חשובה לניטור הגידול לאחר כריתה |
| ד | ערך זה אינו אבחנתי בגיל הזה |

| | |
|---|---|
| 93 | **בן שבע שנים נחבל מכידון האופניים ברום הבטן ובדימות נמצאה טרנסקציה לא שלמה של זנב הלבלב. הוא הגיב היטב לטיפול לא-ניתוחי ושוחרר לביתו. כ-6 שבועות לאחר מכן, ההורים דווחו על חוסר תאבון וירידה במשקל עם כאבי בטן עמומים ברום הבטן, ללא חום. בהדמיה חוזרת נמצאה ציסטה בקוטר 5 ס"מ בין גוף וזנב הלבלב. מהו הטיפול המיטבי במצב זה ?** |
| א | ניקוז חיצוני בגישה מלעורית |
| ב | ניקוז הציסטה לקיבה |
| ג | השארת תומכן אנדוסקופי בצינור הלבלב הראשי |
| ד | כריתת זנב הלבלב |

| | |
|---|---|
| 94 | **מהם הממצאים השכיחים בביופסיה רקטלית, המתאימים למחלת הרשפרונג, בנוסף להעדר גנגליונים ?** |
| א | מיעוט אצטילכולין אסתראז, קלרטינין חיובי |
| ב | סיבי עצב היפרטרופים, קלרטינין שלילי |
| ג | סיבי עצב היפרטרופים, קלרטינין חיובי |
| ד | ריבוי אצטילכולין אסתראז, העדר סיבי עצב |

| | |
|---|---|
| 95 | **נקראת לבדוק ילוד בן יום עם תפיחות בטנית , הקאה מרתית והיעדר מעבר מיקוניום בצילום בטן הרחבה של לולאות מעי עם פלסי נוזל אויר הילד נלקח לחוקן שהדגים קוטר צר של הקולון היורד עם עצירה חדה של חומר הניגוד בקולון הרוחבי, ללא מעבר פרוקסימלי. מה נכון לגבי איטמות הקולון בילוד זה ?** |
| א | שכיחות המומים המולדים הנלווים דומה לאיטמות של האיליום |
| ב | יש צורך בניתוח דחוף בשל סיכון מוגבר לפרפורציה |
| ג | הניתוח המועדף הוא ביצוע השקה ראשונית קצה לקצה |
| ד | הסוג השכיח ביותר של איטמות הקולון הוא מסוג 1 |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 96 | **ילדה בת 4 מגיעה למלר"ד עם כאבי בטן, שלוש הקאות בבית וחום 38.1. אימה מספרת שהילדה "לא מרגישה טוב" כבר מספר ימים והיום, בשל התרשמות, שכואב לה בבטן כאשר האמא מרימה אותה, היא פנתה לבדיקה במלר"ד.**<br>**בבדיקתה – רגישות בבטן ימנית תחתונה והכאב מוחמר בשיעול וכאשר הילדה קופצת (בעיקר על רגל ימין).**<br>**במעבדה – לויקוציטוזיס 13000 עם נויטרופיליה 78%, ו CRP=40mg/L.**<br>**מה נכון לגבי האבחנה בילדה זו?** |
| א | בילדה בגיל זה סיכוי גבוה (למעלה מ-75%) להתייצגות עם התנקבות של התוספתן |
| ב | הסבירות לדלקת חריפה בתוספתן נמוכה היות וה-PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE (PAS) הוא מעל 6 |
| ג | היות וניקוד האלברדו (ALVARADO) גבוה מ-12, הסבירות לדלקת של התוספתן גבוהה |
| ד | הסבירות לדלקת בתוספתן גבוהה היות ורוב החולים (75-80%) נוטים להתייצג עם הקליניקה הקלאסית של כאב בטן בהחמרה ורגישות בבדיקה, חוסר תיאבון והקאות |

| | |
|---|---|
| 97 | **בן 7 נותח עקב פריטוניטיס. במהלך הניתוח היה יציב המודינמית, ולאחר חזרתו למחלקה שמר על לחצי דם תקינים, דופק בטווח העליון של הנורמה, תפוקת השתן נמוכה. למחרת הניתוח, בבדיקות דם נמצאה רמת נתרן של 132, ובבדיקה גופנית רושם לבצקות סביב העיניים ובשוקיים.**<br>**מהו הטיפול המיטבי בחולה זה ?** |
| א | תיקון איטי עם סליין היפרטוני |
| ב | תיקון מהיר עם סליין היפרטוני |
| ג | הגבלת נוזלים ומתן משתנים |
| ד | הרצות נוזלים ומתן משתנים |

| | |
|---|---|
| 98 | **מה מתאר באופן נכון את הסכוי להציל אשך שעבר תסביב ?** |
| א | אם הניתוח מבוצע תוך 4 שעות, לפחות 95% סכוי להציל את האשך |
| ב | אם הנתוח מבוצע תוך 12 שעות, לפחות 85% סכוי להציל את האשך |
| ג | אם לא ניתן לנתח תוך 24 שעות, ב 99% יהיה צורך בכריתה של האשך |
| ד | גם אם חלפו מעל 24 שעות, יש לבצע אקספלורציה |

| | |
|---|---|
| 99 | **מהו הגובה השכיח ביותר להתקעות גופים זרים בושט ?** |
| א | קשת האאורטה |
| ב | הלולאה הקריקופרינגאלית |
| ג | הסוגר התחתון של הושט |
| ד | ה-1/3 התחתון של הוושט |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 100 | **בן 4 נפגע בתאונת דרכים וספג חבלה בחזהו. במהלך העיבוד במיון זוהו קונטוזיות ריאתיות דו-צדדיות, עם חזה אויר דו-צדדי, והוכנסו נקזי חזה. למחרת, עקב הידרדרות במצבו, הועלה על ECMO. כעת, יומיים לאחר האירוע, לצורך הערכת ההזנה, בוצעה קלורימטריה בלתי ישירה. התקבל ערך RQ=0.6.**<br>**מהי משמעות הערך בילד זה ?** |
| א | עיקר ניצול האנרגיה מגיע משימוש בסוכרים |
| ב | הילד מקבל עודף שומנים בתמיסת ההזנה |
| ג | יש להגביר את המרכיב החלבוני בכלכלה |
| ד | יש לבצע בדיקה אחרת מאחר והבדיקה לא אמינה בילד זה |

| | |
|---|---|
| 101 | **תינוק בן 4 חודשים, פג לשעבר שנולד בשבוע 32, נבדק במרפאה ונמצאה הגדלת כבד. בעקבות כך בוצע סונאר (US) שהדגים ממצא סולידי בגודל 2 ס"מ בכבד הימני התחתון. סונאר חוזר לאחר חודשיים הראה שהממצא גדל ל 5.5 ס"מ והתינוק נראה מעט בצקתי וקצר נשימה. הופנה לחדר מיון. בדיקתו כנ"ל. בבדיקות הדם נצפתה תרומבוציטופניה והפרעה קלה בתפקודי הכבד. בהדמיה בעזרת תהודה מגנטית נמצא תהליך בודד עם קליטה פחותה ב 1T ומוגברת ב 2T. אקו לב הדגים סימנים של כשל תפקודי.**<br>**מה האבחנה הסבירה ביותר במקרה זה ?** |
| א | הפטובלסטומה עם דימום בתוך הגידול |
| ב | המנגיומה עם תסמונת קאסאבאך – מריט |
| ג | גרורה של גידול נאו-אנדוקריני |
| ד | אבצס כבדי אצל חולה בחסר תפקוד גרנולוציטים |

| | |
|---|---|
| 102 | **תינוק בן חודש מפתח צהבת לאחר שהיה עם רמות בילירובין תקינות. הצואה בצבע לבן והשתן כהה. בסונאר (US) לא נצפה כיס מרה ולא הרחבת דרכי מרה חוץ או תוך כבדיות.**<br>**מה תהיה הבדיקה האמינה ביותר לביצוע האבחנה במצב זה?** |
| א | ביופסיית כבד מלעורית |
| ב | מיפוי גרעיני בטכנציום מסומן |
| ג | כולנגיוגראפיה ניתוחית |
| ד | MRCP |

| | |
|---|---|
| 103 | **מה נכון בקשר להתוויות ולהתוויות הנגד לחיבור ל- ECMO ?** |
| א | גיל הריון מתחת ל-34 שבועות הוא התווית נגד מאחר וכרוך ב-90% תמותה |
| ב | דימום תוך מוחי מוכח, מהווה התווית נגד מוחלטת |
| ג | משקל נמוך מציב בעיה טכנית של גודל הקנולה |
| ד | יש לשקול חיבור ל-ECMO רק אחרי 7 ימי הנשמה, לפחות |

| | |
|---|---|
| 104 | **במהלך בדיקה סונוגראפית לפעוטה בת שנה עם כאבי בטן נמצאה ציסטה כולדוכאלית מסוג Ia על פי טודאני.**<br>**איזה מהבאים הכרחי הדמייתית לקראת הניתוח?** |
| א | וידוא מקום כניסת צינור הלבלב |
| ב | וידוא שאין ציסטות תוך כבדיות |
| ג | הערכת מידת ההדבקות של וריד השוער לציסטה |
| ד | הערכת קוטר הציסטה |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 105 | **בן שנתיים מתייצג עם גוש נגע צווארי עגול ורך, הממוקם בקו האמצע גבוה מעצם ההיואיד. איזה מהמשפטים הבאים מתאר באופן מדויק את הטיפול הנכון? (בריתת עצם ההיואיד בשאלה מתייחסת לשליש האמצעי של העצם)** |
| א | במידה ולא נראית התמשכות ברורה מהנגע אל עצם ההיואיד, אין צורך בכריתה של עצם. |
| ב | בכל מקרה של נגע מרכזי בצוואר יש צורך בכריתה של עצם ההיואיד |
| ג | אם בניתוח מתגלה נגע צהבהב רך וחמאתי אין צורך בכריתה של עצם ההיואיד |
| ד | אם הנגע נע בבליעה יש צורך בכריתה של עצם ההיואיד |

| | |
|---|---|
| 106 | **מה נכון לגבי טיפול ניתוחי בטרטומה סקרוקוקסיגאלית ?** |
| א | במקרה של מרכיב אגני יש להיערך לקשירה של ה external ilical artery בלפרוטומיה או בלפרוסקופיה |
| ב | בגידולים גדולים מומלץ להכניס ליין ורידי מרכזי ג'וגולרי או פמורלי |
| ג | במקרה של מרכיב פנימי משמעותי, מומלץ לרחוץ באופן סטרילי את כל פלג הגוף התחתון |
| ד | מומלץ לבצע כריתה של הקוקסיקס והסקרום בכל מקרה |

| | |
|---|---|
| 107 | **בן 9 חודשים, בריא בד"כ , פנה למיון עקב אי שקט מלווה בהקאה , בבדיקתו ישנוני, בטן רכה, ללא תפיחות או מלאות. בבדיקות הדם , לויקוציטוזיס קל CRP תקין, סונר בטן הדגים תמונה החשודה להתפשלות של המעי. הילד נלקח לחדר ניתוח ותחת סדציה בוצע חוקן אויר.**<br>**מה מהבאים נכון לגבי החזרת התפשלות ע"י חוקן אויר ?** |
| א | לחץ האויר המקסימלי הבטוח בניפוח הוא 130 מ"מ כספית |
| ב | מתן סדציה לא משפיע על סיכויי החזרת ההתפשלות |
| ג | במידה ומופיעה תפיחות בטנית המלווה בירידה בלחץ דם יש להפסיק מיידית את הפעולה ולבצע ניקור של הבטן מעל או מתחת לטבור |
| ד | לאחר כישלון של רדוקציה ע"י אויר (פנוימטי) יש לבצע נסיון רדוקציה ע"י חומר ניגוד (הידרוסטטי) |

| | |
|---|---|
| 108 | **בן 6, הסובל מטריזומיה 21, עומד לעבור כריתה לפרוסקופית של התוספתן. איזה דגש מהבאים חשוב מבחינת הגישה לדרכי האויר בילד זה ?** |
| א | יש להקפיד על היפראקסטנציה ניכרת להרמת הלשון הגדולה |
| ב | יש להשתמש בטובוס גדול מהצפוי לגיל עקב הלשון הגדולה |
| ג | יש להשתמש בלהב לרינגוסקופ קטן יותר מהרגיל עקב לסת קטנה |
| ד | יש להשתמש בטובוס קטן מהצפוי לגיל עקב היצרות סוב-גלוטית |

| | |
|---|---|
| 109 | **מה נכון בהקשר של הטיפול האנטיביוטי בילודים?** |
| א | ביילודים בהשוואה לנערות מתבגרות יש צורך במנת אחזקה נמוכה יותר |
| ב | ביילודים נדרשת בד"כ מנת העמסה נמוכה יותר |
| ג | בילודים המחוברים לאקמו יש בד"כ צורך להוריד את מינון התרופות |
| ד | זמן מחצית החיים של אנטיביוטיקה בילודים בד"כ קצר מזה של המבוגרים |

| | |
|---|---|
| 110 | **בן 7 אובחן כסובל מגוש במדיאסטינום הקדמי ומועמד לביופסיה בהרדמה כללית. איזה מהבאים מהווה גורם סיכון לסיבוכי הרדמה בילד זה ?** |
| א | בצקות בפלג גוף תחתון |
| ב | היצרות של 35% בחתך הטרכיאה לפי CT |
| ג | קוצר נשימה המוחמר בשכיבה על צד שמאל |
| ד | לחץ על הברונכוסים הראשיים ועל כלי הדם הגדולים |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 111 | **בלפרוסקופיה עקב אשך טמיר שאינו נמוש, נראתה התמונה הבאה.<br>כיצד יש להמשיך את הניתוח ?** |
| |  |
| א | לסיים את הניתוח באבחנה של Unilateral Anorchia מאחר ולא נראה אשך בטני |
| ב | מעבר לניתוח מפשעתי פתוח |
| ג | המשך דיסקציה לפרוסקופית לשלילת אשך אטרופי |
| ד | המשך ניוד מירבי של כלי הדם וחבל הזרע בגישה לפרוסקופית |

| | |
|---|---|
| 112 | **איזה מבין זוגות האיברים הבאים בזכר ובנקבה הם מאותו מקור אמבריולוגי ?** |
| א | פרוסטטה / חלק עליון של נרתיק |
| ב | Epididymis / Gartner ducts |
| ג | Appendix testis / Epoophoron |
| ד | סקרוטום / labia minora |

| | |
|---|---|
| 113 | **בן 3 הובא כ-15דק' לאחר שנצפה משחק עם סוללת שעון בחשד לבליעתה. בצילום נראה צל אטום בקוטר 10מ"מ מאחורי צל הלב.<br>איזה מהפרטים במקרה זה, מהווה גורם סיכון לפגיעת ושט משמעותית ?** |
| א | קוטר הסוללה |
| ב | מיקום הסוללה |
| ג | גיל הילד |
| ד | משך הזמן שחלף מהבליעה |

| | |
|---|---|
| 114 | **מבין הבאים, איזה חתוך הוא המועדף בעת ביצוע פיום קנה (TRACHEOSTOMY) ?** |
| א | קווי אורבי |
| ב | טבעתי |
| ג | קווי רוחבי |
| ד | בצורת צלב |

| | |
|---|---|
| 115 | **בן 5 אושפז עקב כוויות נרחבות (40%) ביחידה לטיפול נמרץ ילדים. עם קבלתו הורדם והונשם, והוחל בהזנת-על תוך-ורידית, עם תוספת חלבון לפי 2.5גר'\ק"ג\יום.<br>מטרת תוספת חלבון זו היא :** |
| א | מניעת פירוק חלבון בשריר |
| ב | יצירה מואצת של חלבונים |
| ג | ירידה בצריכה האנרגטית |
| ד | העברת הילד לשלב אנאבולי תוך דילוג על השלב הקטבולי |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 116 | **מה נכון לגבי השפעות ארוכות טווח של טיפול בסרטן?** |
| א | השכיחות של ממאירות שניונית עולה כאשר הטיפול כולל קרינה בלבד |
| ב | קרינה יכולה לפגוע בפוריות |
| ג | יתכן עיכוב בגדילה, שגובר ככל שהילד מקבל את הטיפול בגיל מבוגר יותר |
| ד | סקוליוזיס לא מהווה תופעת לוואי של טיפול בסרטן |

| | |
|---|---|
| 117 | **בן שנה, סובל מנגע אדום, מורם, בקוטר 1.5 ס"מ על זרוע ימין, שקיים מאז לידתו ולא השתנה עד לחודשיים האחרונים, שבהם הוא החל להצטמק.**<br>**מה האבחנה הסבירה?** |
| א | Infantile Hemangioma |
| ב | Tufted Angioma |
| ג | NICH – Non- Involuting Congenital Hemangioma |
| ד | RICH – Rapidly Involuting Congenital Hemangioma |

| | |
|---|---|
| 118 | **מה נכון לגבי האפידמיולוגיה של בקע סרעפתי מולד ?** |
| א | הפגם בסרעפת מופיע יותר משמאל (60%) |
| ב | שכיחות דומה בבנים ובנות |
| ג | המיקום השכיח הוא פוסטרולטרלי (90%) |
| ד | שכיחות המום עולה עם גיל האם |

| | |
|---|---|
| 119 | **בן 16 נותח באופן דחוף עקב תמונה קלינית המתאימה לדלקת תוספתן. בניתוח שבוצע בשיטה לפרוסקופית נצפה תוספתן מעובה עם רושם לגידול בגודל כ1 ס"מ בקצהו הדיסטלי, ללא הגדלת בלוטות לימפה מסביב, ללא נוזל חופשי בחלל הבטן, המזואפנדיקס נראה תקין. הועלה חשד לtumor carcinoid בקצה התוספתן.**<br>**כיצד יש להשלים את הניתוח ?** |
| א | יש לעבור לניתוח פתוח לסקירת הבטן, ובהתאם להחליט על היקף הניתוח |
| ב | יש לבצע בדיקה פתלוגית בחתך קפוא ולהחליט בהתאם לממצאים |
| ג | יש להשלים כריתת מעי גס ימני |
| ד | יש לבצע כריתת תוספתן בלבד |

| | |
|---|---|
| 120 | **ילד בן 5 מופנה לבדיקה על רקע נטיה לדמם מוגבר. בבניסתו נראה עיוות במפרקים באיזו מהמחלות תחשוד?** |
| א | המופיליה |
| ב | תרומבוציטופניה |
| ג | מחלת וון-ויליברנד |
| ד | חסר בפקטור XIII |

| | |
|---|---|
| 121 | **מה נכון לגבי ניתוח MINIMALLY INVASIVE PECTUS REPAIR ?** |
| א | הסיבוך השכיח ביותר הוא תגובה אלרגית לבר |
| ב | לרב מצריך יותר מבר אחד לצורך תיקון מספק של הפקטוס |
| ג | אם אין סיבוכים מאוחרים הקשורים לבר אין צורך בהוצאתו |
| ד | עדיף על הגישה הפתוחה כיוון שמוריד את הסיכון לפגיעה בלוחיות הגדילה ובסחוסים |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 122 | **ילד בן 12 מגיע לחדר הלם לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל שפגע בו רכב. הילד בהכרה, סטורציה 95% , דופק 150 ל"ד 75/40. בבדיקה : שפשופים על פני הגפיים, בית החזה והבטן . לאחר מתן חמצן, הסטורציה עולה ל-99%. ולאחר החייאת נוזלים ראשונית בשתי מנות רינגר לקטט של 20 מ"ל לק"ג כל אחת, הדופק 135 ולחץ הדם 95/50. צילום חזה תקין, בדיקת FAST חיובית. מה השלב הבא ?** |
| א | CT חזה בטן |
| ב | מתן מנת דם תוך מעקב המודינמי , התרעה לחדר ניתוח |
| ג | העברה לחדר ניתוח |
| ד | העברה לטיפול נמרץ לצורך ייצוב המודינמי |

| | |
|---|---|
| 123 | **פג שבוע 29, פיתח NEC בגיל שבוע, טופל שמרנית והחלים. כעת הוא בן 6 שבועות וסובל מבטן תפוחה, פליטות, ומיעוט יציאות. מהו הגורם לתסמיניו, בסבירות הגבוהה ביותר ?** |
| א | היצרות במעי הגס היורד |
| ב | היצרות בג'ג'ונום |
| ג | חסימה באילאום הסופי על רקע הידבקות |
| ד | חסימה בקולון העולה על רקע הידבקויות עם המעי הדק |

| | |
|---|---|
| 124 | **מה מאפיין את מערכת הקרישה ביילודים?** |
| א | ליילוד יש תרומבוציטופניה יחסית למבוגר |
| ב | יש צורך בתוספת ויטמין K גם בהנקה מלאה |
| ג | בשבוע הראשון לחיים, גורמי הקרישה, מקורם מהאם |
| ד | ליילודים חולים, עם קטטרים מרכזיים, יש סיכון מוגבר לדימום |

| | |
|---|---|
| 125 | **מה נכון לגבי ניתוחים לכריתת גידול ע"ש ווילמס ?** |
| א | בילדים מומלץ חתך מותני (FLANK) כי הוא מאפשר הוצאה בטוחה יותר של הגידול |
| ב | קשירה בשוגג של ה-SMA מתרחשת בשכיחות גדולה יותר בניתוח עקב גידול בכליה שמאלית |
| ג | בילדים עם גידול בשלב IV אין משמעות לדגימה של בלוטות לימפה משער הכליה ולאורך הווריד הנבוב תחתון במהלך הניתוח |
| ד | נוכחות של טרומבוס בכלי הדם, משפיעה לרעה על הפרוגנוזה גם במקרים בהם הטרומבוס הוצא בזמן הניתוח |

| | |
|---|---|
| 126 | **בן שנתיים מופנה להמשך בירור לאחר שב-CT חזה זוהה תהליך תופס מקום במדיאסטינום אחורי. איזו בדיקה היא המשמעותית ביותר בילד זה ?** |
| א | Flow Cytometry לסיווג CD |
| ב | רמות αFP |
| ג | רמות קטכולאמינים |
| ד | רמות סרוטונין |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 127 | **ילוד עם בקע סרעפתי מפתח אי ספיקה נשימתית קשה. איזה מהטיפולים הבאים יכול לסייע בטיפול בו?** |
| א | פלסמהפרזיס |
| ב | ECMO |
| ג | ברונכוסקופיה |
| ד | קוצב לבבי |

| | |
|---|---|
| 128 | **בן 8 מתייצג עם קליניקה החשודה לדלקת בתוספתן מזה 3 ימים. בבדיקת US עולה חשד כי ישנה התנקבות של התוספתן ללא נוכחות אבצס.<br>מהו הטיפול המומלץ במקרה זה ?** |
| א | מתן אנטיביוטיקה עד לרזולוציה של הדלקת החריפה וביצוע כריתה דחויה (INTERVAL) של התוספתן לאחר 6-8 שבועות היות ובגישה זו פחות סיבוכים ביחס לניתוח מיידי בקבלה |
| ב | טיפול אנטיביוטי "משולש" (ampicillin, gentamicin, and clindamycin) למשך 3 ימים ואז ניתוח |
| ג | ניתוח מיידי ובמידה ומאובחנת פרפורציה, יש להמשיך מתן אנטיביוטיקה גם במהלך פוסט-אופרטיבי |
| ד | ניתוח לפרוסקופי ובמידה ויש מוגלה בבטן לא ניתן להסתפק בשאיבת במוגלה אלא יש לשטוף את הבטן בכדי לקצר את משך הזמן עד להתחלת כלכלה ושחרור |

| | |
|---|---|
| 129 | **מה יש לעשות כדי לשפר ($DO_2$) Oxygen delivery?** |
| א | להעלות המוגלובין מ- 10g/dl ל- 13g/dl |
| ב | לתת למטופל לאכול |
| ג | להעמיק סדציה |
| ד | לטפל בזיהום |

| | |
|---|---|
| 130 | **מה נכון לגבי מומים נלווים לאטרזיה של תריסריון ?** |
| א | שכיחות המומים הנלווים היא כ 30 אחוז מהמקרים |
| ב | מומי לב נצפים בכ-80% מהמקרים |
| ג | טריזומיה 21 מאובחנת בכ- 50 אחוז מהמקרים |
| ד | מלרוטציה מזוהה בכ-10% מהמקרים |

| | |
|---|---|
| 131 | **ילוד, שבוע 29, במשקל 900גר', מוזן תוך-ורידית. בבדיקת דם נמצאו רמות סוכר מוגברות.<br>מצב זה מוסבר ע"י :** |
| א | קטבוליזם ממושך של הפג |
| ב | דימום תוך-חדרי |
| ג | התייבשות |
| ד | אובדן אלקטרוליטים |

| | |
|---|---|
| 132 | **בבירור עצירות כרונית לילד בן 3 שנים נמצא, במנומטריה שלא קיים Recto Anal Inhibitory Reflex (RAIR), ובביופסיה רקטלית יש תאי גנגליון.<br>ממצאים אלו מתאים ל:** |
| א | מחלת הירשפרונג עם מוטציה בגן SOX-10 |
| ב | היפוגנגליונוזיס של סגמנט מעי דיסטלי |
| ג | אכלזיה של הספינקטר הפנימי |
| ד | דיספלזיה נוירונלית של המעי |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 133 | **בן 5 עם כוויות נרחבות בגפיים התחתונות (30%) מטופל במחלקה מזה יומיים. האחות מדווחת על נשמת קלה, כניסת אויר לריאות תקינה ובגזים ורידיים מתקבל pH=7.2, $HCO_3$=18, רמת הנתרן 142, רמת האשלגן 5, תפוקת השתן נמוכה, וכעת יציב המודינמית. מהו טיפול הבחירה ?** |
| א | ביקרבונט |
| ב | פוסיד |
| ג | קלציום |
| ד | החלפת תכנית הנוזלים לרינגר |

| | |
|---|---|
| 134 | **מה מהבאים נכון לגבי בקעים בדופן הבטן?** |
| א | בקע טבורי (Umbilical) שכיח בילדים וכדאי לתקן לאחר גיל 6 היות ואז סיכויי הכליאה עולים |
| ב | בקע שפיגלאיני (Spigelian) בצד שמאל מלווה שכיחות מוגברת של טמירות אשך מצד זה |
| ג | בקע אפיגסטרי (Epigastric) שכיח יותר בבנות ועל אף שרוב המטופלים סימפטומטיים, אין צורך לתקנו שכן בד"כ מכיל רק שומן פרה-פריטוניאלי ולא מעי |
| ד | בקע מותני (Lumbar) לרוב מתייצג בילדות המאוחרת (גיל 8-10) ולרוב דורש תיקון על אף שנדיר שתתפתח כליאה של מעי בבקע |

| | |
|---|---|
| 135 | **מהי ההתוויה להתערבות ניתוחית בחזה אוויר ספונטני ?** |
| א | אירוע ראשון של חזה אויר ספונטני |
| ב | דלף אוויר המתמשך למעלה מ-4 ימים |
| ג | כישלון של טיפול שמרני עם חמצן 100% |
| ד | חזה אויר התופס יותר מ-10% מחלל בית החזה |

| | |
|---|---|
| 136 | **מה התאור האנטומי השכיח של פיסטולה קנה-ושט מסוג H (H Type TEF) ?** |
| א | פיסטולה קצרה יחסית היוצאת מקנה הנשימה ומתחברת נמוך יותר אל הוושט |
| ב | פיסטולה ארוכה יחסית היוצאת מקנה הנשימה ומתחברת גבוה יותר אל הוושט |
| ג | פיסטולה קצרה יחסית היוצאת מקנה הנשימה ומתחברת גבוה יותר אל הוושט |
| ד | פיסטולה ארוכה יחסית היוצאת מקנה הנשימה ומתחברת נמוך יותר אל הוושט |

| | |
|---|---|
| 137 | **בת חודש. מאושפזת עקב תמונה קלינית של דלקת בשד- MASTITIS. מה יכלול,קרוב לודאי, הטיפול בתינוקת ?** |
| א | טיפול אנטיביוטי בלבד |
| ב | NEEDLE ASPIRATION בלבד |
| ג | ניקוז מורסה בלבד |
| ד | טיפול אנטיביוטי ו- NEEDLE ASPIRATION |

| | |
|---|---|
| 138 | **מה נכון לגבי יתר לחץ דם (יל"ד) ריאתי?** |
| א | הביטוי המשמעותי ביותר ליל"ד ריאתי הוא צבירת $CO_2$ |
| ב | היפרוונטילציה, סדציה ושיתוק לא מורידים תמותה אך מפחיתים צורך ב- ECMO |
| ג | ההיפוקסיה גורמת להתעבות בכלי הדם הריאתיים |
| ד | ביל"ד ריאתי נוצר vicious cycle של היפרקפניה-וזוקונסטריקציה-ירידה באוורור-היפרקפניה וחוזר חלילה |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 139 | **כל הבאים הינם התוויות לכריתת הטחול בילדים, פרט ל :** |
| א | ספרוציטוזיס |
| ב | ציסטות בטחול |
| ג | אנמיה חרמשית |
| ד | מחלת גושה |

| | |
|---|---|
| 140 | **בהתייחס ל fecal incontinence, באיזה מבין המקרים הבאים סביר שהמנגנון הוא pseudoincontinence ולא true incontinence ?** |
| א | בת 8 לאחר תיקון פיסטולה ווסטיבולרית עם sacral ratio 0.7 |
| ב | בת 5 לאחר תיקון קלואקה, אורך common channel של 3.5 ס"מ |
| ג | בן 7 לאחר תיקון rectobladder neck fistula, עם sacral ratio 0.5 |
| ד | בת 9 שעברה ניתוח טרנס אנאלי (Swenson) בשל מחלת הירשפרונג עם פגיעה בגובה הקו המשונן (dentate line) ב-60% מהיקפו |

| | |
|---|---|
| 141 | **תינוק בן 5 חדשים הובהל למיון על ידי אימו בשל ישנוניות.**<br>**בבדיקתו - שקוע, קשה להעירו, לטרגי בערות, המטומה על פני בית חזה לטרלי.**<br>**בחשד לפגיעה לא תאונתית בילד (NAT), מהם הצעדים באים הנדרשים?** |
| א | צילום חזה, CT בטן וחזה ועירוב עובדת סוציאלית |
| ב | CT מח, בדיקת עיניים, ספירה וכימיה רחבה, ועירוב גורמי רווחת הילד |
| ג | צילום חזה, מיפוי עצמות, עירוב משטרה |
| ד | צילומי צלעות מכוונים, CT מח, הרחקת הילד מהאם |

| | |
|---|---|
| 142 | **בת 15 שנים. הופנתה למרפאה עקב אסמטריה של שדיים .בבדיקה גופנית שד שמאל גדול מאוד לעומת שד ימין . ללא סימנים משניים נוספים של התבגרות מינית. הנערה במצוקה נפשית ומעוניינת בניתוח אסתטי.**<br>**באיזה שלב יש להמליץ על ניתוח:** |
| א | יש להמתין עד גיל 18 שנים |
| ב | יש לבצע בדיקות דם ע"י אנדוקרינולוג- במידה והבדיקות תקינות ניתן לבצע ניתוח |
| ג | יש להמתין עד הגעה לשלב 5 של התבגרות לפי TANNER |
| ד | יש לבצע בדיקת US. במידה והבדיקה תקינה- ניתן לבצע את הניתוח |

| | |
|---|---|
| 143 | **מהו שיעור המומים האורוגניטליים הנלווים ב rectobladder neck fistula?** |
| א | 5% |
| ב | 25% |
| ג | 60% |
| ד | 90% |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 144 | **בת 14, פונה למיון בתלונה של מורסה פריאנלית. היא עוברת פתיחה של המורסה בחדר ניתוח ומשוחררת לביתה יום למחרת.**<br>**במעקב במרפאה, חודש לאחר הניתוח, נצפית מחלה פריאנלית יותר נרחבת. בנוסף, האם מספרת שהנערה מקבלת ברזל עקב אנמיה חדשה וסובלת מכאבי בטן לאחרונה.**<br>**מה נכון לגבי מצבה ?** |
| א | מחלה פריאנלית כהסתמנות ראשונית היא מאוד נדירה ונצפית בפחות מ-10% מהחולים |
| ב | האנמיה במקרה זה היא מאקרוציטית בשל בעיית ספיגה של ויטמין B12 באילאום הסופי |
| ג | חסימת מעי דק עקב סטריקטורה היא התסמין המוביל המביא את החולים לבירור ולאבחנה |
| ד | המחלה מערבת את כל שכבות המעי, עם היווצרות גרנולומות ועיבוי דופן המעי |

| | |
|---|---|
| 145 | **כל הבאים הם גורמי סיכון להישנות THYROGLOSSAL CYST, פרט ל :** |
| א | זיהום פצע |
| ב | קרע של הציסטה במהלך הניתוח |
| ג | גודל הציסטה |
| ד | כריתה פשוטה של הציסטה, ללא כריתת מקטע עצם HYOID |

| | |
|---|---|
| 146 | **מה מהבאים מתאר נכון את האפידימיולוגיה של מלנומה בנוער (15-19 שנים)?** |
| א | שכיחות מלנומה בבנים גבוהה מזו שבבנות |
| ב | החל מתחילת המאה ה 21 קיימת עליה בשכיחות מלנומה |
| ג | מלנומה היא הסרטן השני בשכיחותו |
| ד | שיעור החולים הלא לבנים (nonwhite) גבוה, עד כדי 40% |

| | |
|---|---|
| 147 | **מה מהבאים מתאר נכון סיבוך לאחר ניתוח פתוח לתיקון איטמות וושט מסוג C ?** |
| א | הסיכון להיצרות בהשקה הוא עד 60% מהמקרים |
| ב | הסיכון לדליפה מהשקה הוא עד 40% כאשר ברוב המקרים אין צורך בהתערבות ניתוחית |
| ג | הסיכון לפיסטולה חוזרת ביום הוא עד 20%, והינו נמוך יותר מאשר בעבר |
| ד | הסיכון לפגיעה בתפקוד מיתרי הקול נמוך ונובע בדר"כ מפגיעה מכנית במיתרי הקול |

| | |
|---|---|
| 148 | **איזה מהבאים נכון לגבי השתלת כבד בילדים ?** |
| א | באיטמות של דרכי המרה,אם זה אפשרי עדיף לבצע מלכתחילה השתלת כבד ולא ניתוח ע"ש קסאי |
| ב | הסיבה השכיחה ביותר להשתלות כבד בילדים הינה איטמות של דרכי המרה, השניה בשכיחותה היא ציסטיק פיברוזיס |
| ג | ילדים הסובלים מהפטובלסטומה מוגבלת לכבד או מגרורות שנעלמו תחת טיפול כימותרפי אינם מועמדים להשתלת כבד |
| ד | בילדים עם מחלה פולמיננטית של הכבד ואנצפלופתיה מתקדמת יש לשקול החדרת ICP |

| | |
|---|---|
| 149 | **מה נכון לגבי הטיפול בנורובלסטומה ?** |
| א | רב המקרים של ילדים עם נוירובלסטומה בדרגה 4s יקבלו טיפול תומך בלבד |
| ב | גם במקרים של חזרה מקומית של הגידול יש חשיבות רבה לכריתה כירורגית |
| ג | גם במחלה המוגדרת כ low risk disease,יש חשיבות לטיפול כמותרפי והקרנתי בנוסף לכריתה הכירורגית |
| ד | OPSOCLONUS–MYOCLONUS SYNDROME מופיע ב-20% מהילדים עם גידול ראשוני בחזה וכמעט שאינו מופיע בתינוקות |

# בחינת שלב א' כירורגיה ילדים 22.06.21 התמחות בסיס

| | |
|---|---|
| 150 | **מה נכון לגבי סעיף על שם מקל בהקשר לדימום רקטלי ?** |
| א | זהו הגורם לדמם ב-70% ממקרי הדמם הרקטלי |
| ב | הסעיף מכיל רקמה אקטופית לבלבית ב-80% מהמקרים של דמם |
| ג | הסיבה לדמם רקטלי נובעת מנוכחות של h.pylori בסעיף |
| ד | מקור הדימום הוא בבסיס הסעיף או במעי הדק הסמוך |

**בהצלחה!**