

המועצה המדעית ועדת הבחינות בחינות שלב א'

כירורגיה כללית

19.06.25

מס' השאלות בחלק זה: 150

שאלה 1 :

איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי מערכת החיסון המולדת (Innate)?

- א. ייצור נוטרופילים מתווך על-ידי IL-12 ואינטרפרון אלפא
- ב. מאקרופאגים מתמיינים מתאים אאוזינופילים
- ג. תאי Kupffer בכבד ותאי microglia במוח הינם סוגים של מאקרופאגים
- ד. תאים דנדריטים מפעילים בעיקר תאים לימפוציטים מסוג B

שאלה 2 :

איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי מסלולי הפעלת מערכת המשלים?

- א. המסלול הקלאסי מתחיל בהידרוליזה ספונטנית של חלבון C1
- ב. המסלול האלטרנטיבי מתחיל בהפעלה של חלבון C1q על-ידי חלבונים קושרי mannan
- ג. מסלול ה-Lectin מתחיל בהפעלה של חלבון C1q על-ידי קישור לקומפלקס אנטיגן-נוגדן
- ד. לכל המסלולים יש נתיב משותף סופי על-ידי יצירת ה-Membrane Attack Complex (MAC) – C5b-C9

שאלה 3 :

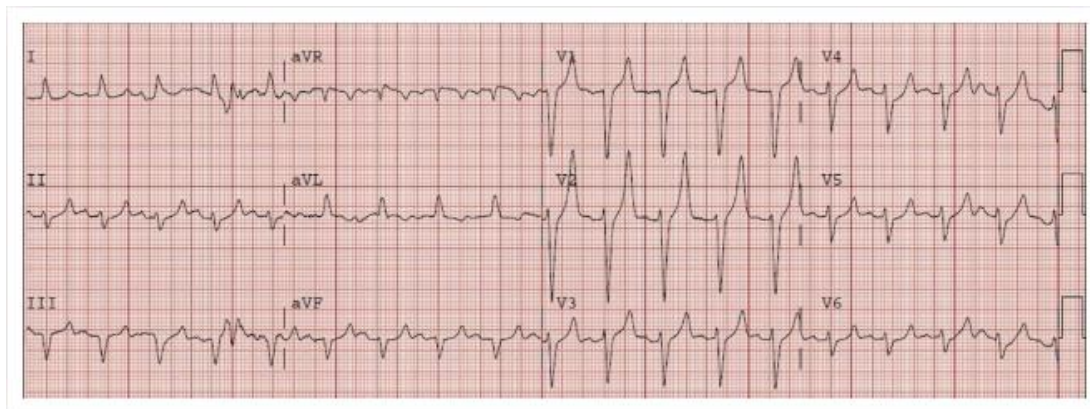
מה נכון לגבי שימוש בתמיסת הרטמן לעומת שימוש בתמיסת סודיום כלוריד 0.9%?

(Normal Saline)?

- א. בתמיסת הרטמן יש ריכוז גבוה יותר של סודיום
- ב. תמיסת הרטמן מכילה ביקרבונט
- ג. ה-PH של תמיסת הרטמן הוא גבוה יותר
- ד. האוסמולריות של תמיסת הרטמן גבוהה יותר

שאלה 4:

בן 70 מאושפז במחלקה הכירורגית ומועמד לניתוח כיס מרה אלקטיבי. לבקשת המרדים מבוצע אק"ג (מצורף תרשים).



מה הסיבה הנפוצה ביותר הגורמת למצב זה?

- א. טיפול תרופתי
- ב. אי ספיקת כליות
- ג. ספסיס
- ד. רבדומיוליזיס

שאלה 5:

בת 62 מאושפזת במחלקה הכירורגית לאחר ניתוח עם הוצאת סטומה של מעי דק. בסטומה יציאות נוזליות רבות שגרמו להתייבשות ואי ספיקת כליות. בבדיקות דם לאלקטרוליטים התגלתה חריגה משמעותית בערכי אשלגן.

מהו הטיפול הנכון למצבה של המטופלת בהתייחס להשפעה של האשלגן על הלב?

- א. אם אין שינויים במוניטור, יש לתת סודיום ביקרבונט לוריד
- ב. אם קיים חידוד גלי T, יש לתת פוסיד וקושרי אשלגן
- ג. אם קיימת השטחת גלי P, יש להתחיל טיפול בדיאליזה
- ד. אם מופיעה הרחבה של מקטע QRS, יש להזריק לוריד קלציום-גלוקונט

שאלה 6:

בן 56 מאושפז במחלקה הכירורגית עקב דלקת חריפה של הלב. כעבור 48 שעות מאשפוזו נלקחת מעבדה הכוללת כימיה מלאה.

איזו הפרעת אלקטרוליטים צפויה במצב זה?

- א. היפוקלצמיה
- ב. היפוקלמיה
- ג. היפרקלצמיה
- ד. היפרקלמיה

שאלה 7:

- בן 80 מאושפז במחלקה הכירורגית עקב מחלת קוליטיס המתבטאת בשלשול חריף. בבדיקת דם באשפוז מתגלה רמת מגנזיום של 0.6 מא"ק/ליטר.
- איזו מהתופעות הבאות צפויה להסתמן במצב זה?
- א. שיתוק רפה
 - ב. הפרעות קצב חדריות מסוג Torsades de Pointes
 - ג. ברדיקרדיה ותת לחץ דם, באק"ג - PR מוארך ו-QT מוארך
 - ד. אי ספיקת כליות עד כדי צורך בדיאליזה

שאלה 8:

- מתי בטוח להתחיל הזנה פומית במטופל לאחר ניתוח אלקטיבי לכריתת קולון עם השקה?
- א. לאחר העברת גזים
 - ב. לאחר העברת יציאה
 - ג. 24 שעות לאחר הניתוח
 - ד. 24 שעות לאחר שתיית נוזלים צלולים

שאלה 9:

- מה יתרון ההזנה דרך Jejunostomy בהשוואה ל-Gastrostomy?
- א. הפחתת סיכון לאספירציה
 - ב. קיצור משך האשפוז
 - ג. הפחתה התמותה
 - ד. הפחתה סיכון לספסיס על רקע bacterial translocation

שאלה 10:

- בת 80 מאושפזת במחלקה כירורגית לאחר ניתוח כריתת מעי דק עקב חסימה. המטופלת מרותקת למיטתה עקב חולשה ומוזנת אנטרלית בזונדה נזו-גסטריק.
- איזו מבין הפעולות הבאות הוכחה כמפחיתה את הסיכון לאספירציה?
- א. בדיקת rest בקיבה, אם השארית היא מעל 500 מ"ל יש להפסיק את ההזנה
 - ב. מתן אריתרומיצין 3-7 מ"ג/ק"ג/יום
 - ג. מתן פרמין 10 מ"ג 4 פעמים ביממה
 - ד. הרמת מראשות המיטה

שאלה 11:

- בן 30 מגיע לחדר מיון 3 ימים לאחר שנחתך מסכין מטבח. החתך חדר את כל שכבות העור, פעור ובקרקעיתו קריש דם.
- מה נכון לגבי שלב האפיתליזציה בתהליך הריפוי של הפצע?
- א. תהליך האפיתליזציה יתחיל כשבוע לאחר החתך
- ב. תאים קרטינוציטים נודדים משכבת הבסיס של האפידרמיס בשולי הפצע ומכסים את הפצע
- ג. קולגנאז ופלסמין מדכאים את נדידת הקרטינוציטים ולכן מאיטים את תהליך האפיתליזציה
- ד. החלבון העיקרי המרכיב את המטריקס של הפצע בשלביו הראשונים הוא קולגן מסוג 1

שאלה 12:

- בן 20, ספורטאי, עובר ניתוח לתיקון בקע מפשעתי בגישה פתוחה ומעוניין לחזור לפעילות ספורטיבית. מוסבר למטופל כי חוזק הצלקת לאחר חתך יגבר לאורך הזמן.
- מהו פרק הזמן הנדרש להשגת עיקר החוזק של הצלקת הניתוחית?
- א. 14 ימים
- ב. 6 שבועות
- ג. 6 חודשים
- ד. שנה

שאלה 13:

- בן 78, עם סכרת לא מאוזנת, מאושפז במחלקה הכירורגית עם פצע ניתוחי בטני בצלקת מידליין שאינו מחלים. הוחלט על טיפול בטכניקת Negative Pressure Wound Closure.
- מהו היתרון של שיטה זו שיביא לשיפור בהחלמת הפצע של המטופל?
- א. עליה ב-TNF-alpha, MMP-1 ו-MMP-9
- ב. ירידה במספר החיידקים בפצע
- ג. עליה ב-VEGF
- ד. ירידה בזרימת הדם לפצע

שאלה 14:

- איזה מהמשפטים הבאים נכון בנוגע לשינויים שיש לבצע בטיפול לסכרת לפני ניתוח?
- א. אין להפסיק אינסולין ארוך טווח
- ב. יש להפסיק אינסולין לטווח בינוני דוגמת NPH בבוקר הניתוח
- ג. אין להפסיק תרופות פומיות לטיפול בסכרת
- ד. יש לנתק משאבת אינסולין מהחולה טרם הניתוח

שאלה 15 :

על פי ה-CHILD PUGH SCORING SYSTEM מהי דרגת המחלה של חולה עם אנצפלופתיה דרגה II, מיימת קלה, Bilirubin = 2.5 mg/dl, Albumin = 3 g/l, INR=2.5?

- א. Child Score A
- ב. Child Score B
- ג. Child Score C
- ד. לא ניתן לקבוע, כי חסר PTT

שאלה 16 :

בן 45 מתקבל לקראת ניתוח Whipple. ברקע נוטל פרדניזון 30 מ"ג מזה חצי שנה. איזה מהבאים נכון בנוגע לטיפול בחולה עם דיכוי ציר ההיפותלמוס-היפופיזה – אדרנל, על רקע טיפול כרוני בסטרואידים, לקראת ניתוח מאגיורי (Major Surgical Stress) ?

- א. טיפול במינון הקבוע של גלוקוקורטיקואידים (glucocorticoids) לפני הניתוח. מתן 25 מ"ג הידרוקורטיזון רק במידה ומראה סימנים של אי ספיקת אדרנל
- ב. מתן 50 מ"ג הידרוקורטיזון תוך ורידי לפני ההרדמה. בהמשך, מתן 25 מ"ג הידרוקורטיזון כל 8 שעות למשך 24-48 שעות וחזרה למינון קבוע
- ג. מתן 100 מ"ג הידרוקורטיזון תוך ורידי לפני ההרדמה. בהמשך, 50 מ"ג כל 8 שעות למשך 48-72 שעות וחזרה למינון קבוע
- ד. מתן 300 מ"ג הידרוקורטיזון תוך ורידי לפני ההרדמה. בהמשך, 100 מ"ג כל 8 שעות למשך 24-48 שעות וחזרה למינון קבוע

שאלה 17 :

מה מהבאים נכון בנוגע להשפעת תוספי תזונה צמחיים על החולה הכירורגי?

- א. תוספים על בסיס St. John's wort - אין צורך להפסיק לפני ניתוח
- ב. תוספים על בסיס שום ועל בסיס Ginkgo - עלולים להגביר דימום
- ג. תוספים על בסיס Echinacea - עלולים להגביר דימום
- ד. תוספים על בסיס Kava ועל בסיס Valerian - עלולים להעלות דופק

שאלה 18 :

לפי הקלסיפיקציה של זיהומי פצע ניתוחיים (Surgical Site Infection) של ה-CDC (Center for Disease Control and Prevention), איזה מהמשפטים הבאים נכון?

- א. זיהום פצע ניתוחי מופיע עד חודשיים מהניתוח אם לא כלל משתל
- ב. זיהום פצע ניתוחי מופיע עד שנתיים מהניתוח אם כלל משתל
- ג. זיהום פצע ניתוחי צריך להיות קשור לניתוח עצמו
- ד. דרגת זיהום הפצע הניתוחי קשורה להיקף של האודם מסביב לפצע

שאלה 19:

בן 47 סבל מדלקת בכיס המרה וקיבל טיפול אנטיביוטי של 7 ימים במסגרת הקהילה. כשבוע לאחר סיום הטיפול, התאשפז בתלונה של חום עד 38.2 ושלשולים מימיים. כעת הוא מאושפז במחלקה לטיפול נמרץ. למטופל דופק 120 ותת לחץ דם ובבדיקות דם $WBC=47,000$. בבדיקה גופנית ניכרת בטן תפוחה ובבדיקת CT בטן, מלבד קולון תפוח ומעובה נצפית גם תפיחות של לולאות מעי דק עם פלסים.

מה מהבאים הינו הטיפול האנטיביוטי המומלץ לחולה זה?

- א. ונקומיצין 125 מ"ג 4X ביממה PO
- ב. ונקומיצין 500 מ"ג 3X ביממה PO + מטרונידאזול 500 מ"ג 3X IV
- ג. מטרונידאזול 500 מ"ג 3X ביממה PO
- ד. ונקומיצין 500 מ"ג 3X ביממה PR + מטרונידאזול 500 מ"ג 3X IV

שאלה 20:

בת 24 עוברת ניתוח לדלקת תוספתן חריפה. בזמן הניתוח מופיע קישיון שרירים מלווה בחום עד 41.0 מעלות, טכיקרדיה סינוס 120 ועליה ב- $EtCO_2$.

מה הטיפול המתאים למצב זה?

- א. הזרקה של Dantrolene במינון 2.5mg/kg
- ב. עירוי של אינסולין 0.02 Units/kg בתמיסת 50% גלוקוז
- ג. המשך ההרדמה הכללית ללא שינוי תרופת הרדמה
- ד. טיפול בקירור על ידי קרח עד להגעה לנורמותרמיה

שאלה 21:

בן 60 עבר ניתוח לכריתת המעי הגס בשל גידול ממאיר ונגמל מהנשמה ביחידת התאוששות. כ- 20 דקות לאחר מכן האחות דיווחה על אירוע של הקאה ואספירציה.

איזה מהמשפטים נכון לגבי סיבוך זה?

- א. התוצאה תהיה חמורה יותר במידה וחלל הפה של המנותח לא נשטף לפני הניתוח
- ב. התוצאה תהיה חמורה יותר ככל שה- PH של התוכן הנשאף גבוה יותר
- ג. הפגיעה ברקמת הריאה נגרמת ישירות על חיידקים הקיימים בפלורה של חלל הפה
- ד. התוצאה תהיה חמורה יותר ככל שנפח התוכן הנשאף לריאות גדול יותר

שאלה 22:

מה נכון לגבי זמן חזרת המוטיליות של החלקים השונים במערכת העיכול לאחר ניתוח בטני?

- א. קיבה – 0.5-1 ימים
- ב. מעי דק פרוקסימלי – 1-2 ימים
- ג. מעי דק דיסטלי – 2-3 ימים
- ד. מעי גס – 3-5 ימים

שאלה 23 :

בן 57 התקבל לניתוח אלקטיבי לצורך כריתת סיגמא עקב אירועי דיברטיקוליטיס חוזרים. המטופל קיבל הכנת מעי מכנית, בוצעה השקה מכשירנית קצה לקצה עם סטייפלר סירקולרי בסיגמא דיסטלית ובתום הניתוח הושאר נקז באגן. מה מהבאים הוא גורם המגן מפני דלף מההשקה?

- א. השקה מכשירנית
- ב. הכנת מעי מכנית
- ג. השקה קולו-קולונית (מעל ל-peritoneal reflection)
- ד. השארת נקז עם ואקום באגן

שאלה 24 :

בן 68 עובר ניתוח Whipple עקב אדנוקרצינומה של ראש הבלב. בבדיקת CT טרם הניתוח מודגמת הסננה של ראש הבלב מסביב לגידול וסימן Double Duct. צינור הוירסונג נמדד ברוחב 5 מ"מ. אובדן הדם בניתוח מוערך ב-750 מ"ל דם. איזה מהגורמים הבאים במקרה זה יגדיל את הסיכוי להתפתחות פיסטולה פאנקראטית לאחר ניתוח?

- א. לבלב עם מרקם נוקשה
- ב. פתולוגיה ממארת בבלב
- ג. צינור לבלב מורחב
- ד. אובדן דם מוגבר בניתוח

שאלה 25 :

איזה מהשינויים הבאים צפוי במערכת הקרדיווסקולרית במטופל גריאטרי?

- א. עליה בתגובה של רצפטורים ביטא-אדרנרגיים
- ב. פיברוזיס במסלולי הולכה בלב עם עליה בהפרעות קצב
- ג. ירידה בתפקוד תאי הלב אך ללא שינוי במספרם
- ד. ירידה בתפקוד הסיסטולי ועליה בתפקוד הדיאסטולי

שאלה 26 :

בן 82 עובר ניתוח הרטמן בעקבות גידול חוסם בסיגמא. לאחר הניתוח המטופל מציג מהלך תקין עם מדדים חיוניים תקינים, חזרה לכלכלה, סטומה פעילה עם הפרשת צואה, שתן בכמות נאותה, מעבדה בגדר הנורמה. ביום 3 לאחר הניתוח נשמע המטופל צועק ומתפרע ונצפה מנסה למשוך את הקטטר השופכתי.

איזו מהפעולות הבאות יש לבצע במצב המתואר?

- א. קשירת המטופל
- ב. מתן תרופה אנטיפסיכוטית במינון גבוה
- ג. מתן תרופת שינה מסוג בנזודיאזפינים
- ד. הוצאת הקטטר לאחר שלילת גורם אורגני לבלבול

שאלה 27:

בן 84 מגיע לבדיקה במרפאה ומתלונן על בקע מפשעתי מימין. הבקע מוכר לו מזה 5 שנים. בבדיקה נמצא בקע מפשעתי בולט בעמידה וחוזר פנימה בשכיבה, הבקע מכיל לולאות מעי ורושם שטבעת הבקע גדולה.

מה נכון לגבי ניתוח לתיקון הבקע במקרה זה?

- א. בקע כרוני נוטה לגרום לחולשה מבנית ואובדן של מישורי תיקון ולכן עדיף לא לתקנו
- ב. יש עדיפות לתיקון הבקע בגישה לפרוסקופית במטופל בגיל זה
- ג. הבקע יכול להיות מתוקן בהרדמה אפידורלית או מקומית במתכונת של ניתוחי-יום בצורה בטוחה

ד. לאור הכרוניות של הבקע המטופל אינו מועמד ל-Watchful waiting

שאלה 28:

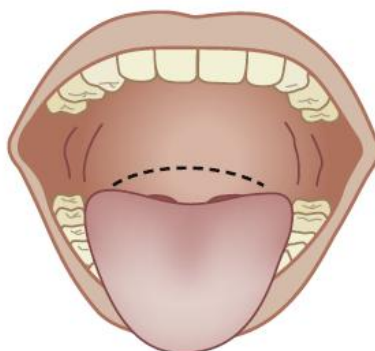
בן 30 עם אסטמה קשה, המטופלת במרחיבי סינפונות באופן קבוע, מאושפז במחלקה כירורגית כחודש לאחר טראומה קשה. המטופל בהכרה, עם בטן פתוחה ותמיכת אמינים במינון נמוך עקב תת לחץ דם. החלפת החבישות בבטן מבוצעת תחת סדציה.

איזו מהתרופות הבאות היא הבטוחה ביותר לשימוש לצורך סדציה במטופל זה?

- א. פרופופול
- ב. קטמין
- ג. אטומידאט
- ד. מידאזולם

שאלה 29:

בן 42 עובר בדיקת Mallampati על ידי מרדים טרם ניתוח. בבדיקה נצפה החד החד ובסיס ה-Uvula (מצורף איור של הבדיקה).



מהי דרגת ה-Mallampati המתוארת בבדיקה?

- א. I
- ב. II
- ג. III
- ד. IV

שאלה 30 :

בן 65 מתקבל לניתוח אלקטיבי של תיקון בקע מפשעתי בגישה פתוחה. בעברו ניתוח CABG. ברקע: סובל מסכרת סוג 2 עם $HbA1C=6.4\%$, ומיתר לחץ דם המטופל ב-4 תרופות שונות ואינו מאוזן. בנוסף, המטופל סובל ממחלת לב איסכמית ונוטל אספירין ופלביקס עקב צינתור כלילי עם הנחת סטנט מסוג DES בעורק ה-LAD לפני 10 חודשים. אקו לב רסנטי הדגים $EF=25\%$. המטופל ישן בלילה על 2 כריות ומטופל בפוסיד 40 מ"ג פעמיים ביממה. המטופל מעיד כי בעליה של יותר מ-10 מדרגות רצוף נאלץ לעצור עקב קוצר נשימה ולחץ בחזה. טרם הניתוח המטופל עובר הערכת מרדים.

מה מדד ה-ASA המחושב למטופל זה?

- א. ASA II
- ב. ASA III
- ג. ASA IV
- ד. ASA V

שאלה 31 :

בן 25 מאושפז ביחידת הטראומה תחת ניטור עם שברים מרובים. למטופל חסם עיצבי עם עירוי מתמשך של מרקאין (Bupivacaine). איזה מהבאים הוא סימן מוקדם של הרעלת חומרי הרדמה מקומית?

- א. הפרעת קצב חדרית
- ב. פרכוסים
- ג. פטוזיס
- ד. טיניטוס

שאלה 32 :

אחת המגבלות העיקריות של ניתוחים בגישה לפרוסקופית היא הגבלת חופש התנועה של הכלים בתוך חלל הבטן.

מהו הגורם המרכזי למגבלה זו?

- א. הגבלת דיוק בתנועה סיבובית
- ב. ציר תנועה קבוע
- ג. אורך הכלים לפרוסקופים
- ד. נוקשות הכלים

שאלה 33 :

מה מהבאים נחשב ליתרון מוכח מחקרית של תיקון בקע ונטרלי בגישה רובוטית בהשוואה לגישה לפרוסקופית?

- א. שיעור נמוך יותר של סרומה
- ב. שיעור נמוך יותר של זיהום בפצע ניתוח
- ג. שיעור גבוה יותר של סגירה ראשונית של הפאציה
- ד. משך ניתוח קצר יותר

שאלה 34 :

בת 44 עם BMI=24 וללא מחלות רקע סובלת מגוש ציסטי בזנב הלב, חשוד כ-Mucinous Cystic Neoplasm. הומלץ על כריתה דיסטלית של הלב ושימור הטחול. המנתח שוקל לבצע את הניתוח בגישה רובוטית.

מהן היתרונות בגישה רובוטית על פני גישה לפרוסקופית במקרה זה?

- א. שיעור נמוך יותר של פיסטולה פנקראטית
- ב. שיעור גבוה יותר של שימור הטחול
- ג. מחיר כספי נמוך יותר
- ד. שיעור נמוך יותר של שוליים מעורבים

שאלה 35 :

מה מהבאים הוא אבן יסוד ב-Damage Control Resuscitation?

- א. מתן של הקסקפרון (Tranexamic Acid) עד 5 שעות מהפציעה
- ב. שמירה על ערכי תת-לחץ דם (Permissive Hypotension)
- ג. טיפול בנוזלים איזוטונים בנפח של 2 ליטרים
- ד. הנשמה פולשנית מוקדמת

שאלה 36 :

מה מהבאים נכון לגבי הקסקפרון (TRANEXAMIC ACID)?

- א. מנגנון הפעולה הינו עיכוב בפירוק פיברינוגן לפיברין
- ב. מנגנון הפעולה הינו עיכוב בפירוק פלזמינוגן לפלזמין
- ג. אינו מפחית את הצורך בשימוש במוצרי דם בניתוחים אלקטיביים
- ד. מחקר CRASH-2 על מתן מוקדם בפצועים הראה הפחתה לא-מובהקת בתמותה בקבוצה שטופלה בהקסקפרון

שאלה 37 :

מה נכון לגבי המטומה אפידורלית בעקבות חבלת ראש?

- א. לרוב יש נזק נרחב לרקמת המח
- ב. מתאפיינת בשברים לטרלים בגולגולת, ודימום בסבירות גבוהה מה-Middle meningeal artery, או כלי דם הסמוך אליו
- ג. גורמת לאבדן הכרה מוקדם ללא התאוששות ספונטנית עד להתערבות ניתוחית
- ד. ברושם לאפקט מסה בבדיקת CT ראש אין יתרון בביצוע דקומפרסיה מיידי

שאלה 38 :

בן 30 נדקר בחזה לפני כעשרים דקות והובהל לחדר ההלם במחלקה לרפואה דחופה. בבדיקתו נשימות אגונליות, דופק רדיאלי לא ניתן למישוש, ל"ד לא נמדד.
מה מהבאים נכון?

- א. פתיחת חזה דחופה להחייאה (Resuscitative Thoracotomy) אינה יעילה אם הפצוע מגיע לבית החולים כשהוא ללא סימני חיים
- ב. שימוש ב-REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) במתאר זה יכול לשפר את הפרוגנוזה לעומת פתיחת חזה דחופה להחייאה
- ג. מבין הפצועים הנדרשים לפתיחת חזה דחופה להחייאה, גיל הפצוע, מיקום ומנגנון הפציעה מעמידים אותו בקבוצה בה הפרוגנוזה הטובה ביותר להישרדות
- ד. שיעורי ההישרדות לאחר פתיחת חזה דחופה להחייאה בפצועים עם חבלת חזה קשה זהים בכל קבוצות הגיל

שאלה 39 :

מבין האפשרויות הבאות, מה הגורם המשמעותי ביותר להגבלת תחלואה ארוכת טווח בעקבות פציעות טראומה?

- א. מתן חיסונים לאחר כריתת טחול
- ב. שימוש באנגיוגרפיה לעצירת דימום באגן בשברי אגן מורכבים
- ג. קיום הליך שיקומי מסודר
- ד. ניתוח אורתופדי לפי עקרונות בקרת נזקים

שאלה 40 :

בן 19, בריא בדרך כלל, הגיע למלר"ד כשהוא לא יציב המודינמית וסובל מחבלת בטן. בלפרוטומיה חוקרת זוהתה פגיעת כבד קשה ודימום שהגיב לדחיסת מרפדים, קרע נרחב ומדמם בטחול שנשלט על ידי כריתת הטחול. לא זוהתה פגיעה במערכת העיכול. לאחר עירווי של שתי מנות דם מלא, ארבע מנות כדוריות אדומות, שלוש מנות FFP ודחיסת המרפדים, הפצוע התייצב המודינמית. לאור היפותרמיה וחמצת קשה הוחלט על סגירה זמנית של דופן הבטן עם מערכת לחץ שלילי (NPWT) והשארת מרפדים סביב הכבד. CT כלל גופי לאחר הניתוח שלל פציעות משמעותיות נוספות.

מה נכון לגבי ניהול פצוע זה?

- א. תזמון הניתוח החוזר צריך להיות בתוך שמונה ימים מהניתוח הראשון
- ב. עירווי קריסטלואידים ליברלי יאפשר פרפוזיה טובה יותר לדופן הבטן וישפר את הסיכוי לסגירה ראשונית שלה
- ג. יש להימנע מהזנה אנטרלית עד לסגירת הדופן
- ד. בזמן סגירת דופן הבטן ראשונית בניתוח חוזר, לחץ תוך בטני של מעל 20 ממ"מ ועליה בלחצי שיא בשאיפה (peak inspiratory pressure) מעל 10 ס"מ מים הם גורמים מנבאים למתח גבוה על הדופן וסכנה להתפתחות תסמונת מדור בטני

שאלה 41:

בן 35, במשקל 70 ק"ג, נפגע מאירוע שריפה בביתו והועבר למחלקה לרפואה דחופה. בבדיקתו: סובל מכוויות בחזה, בבטן ובגפיים העליונות. בהערכה ראשונית הוא בהכרה מלאה, מתקשר ללא צרידות, ולא ניכרים סימני שאיפת עשן על פני הנחיריים ובלוע. דופק 120, ל"ד 150/110, סטורציה 95% בא"ח. בהפשטתו נצפה כי הוא סובל מכוויות בעובי חלקי (Partial thickness) בשטח של 25% TBSA. בבדיקת גזים בדם נצפו רמות פחמן חד חמצני ורמות מתהמוגלובין תקינות. מה מהבאים נכון?

- א. יש להתקדם להנשמה פולשנית תוך קניית מניעתית
- ב. לפי נוסחת Parkland יש לטפל ביממה הראשונה בקריסטלואידים בנפח של 7,000 סמ"ק
- ג. המדדים ההמודינמיים הם ביטוי של תהליך ההיפרמטבוליזם שמתחיל בתוך דקות מיצירת הכוויה
- ד. יש סכנה משמעותית לנזק תרמי ישיר לריאה וכתוצאה מכך להתפתחות ARDS

שאלה 42:

בן 21 התקבל למחלקה לרפואה דחופה בבית חולים קטן ומרוחק ללא יחידת כוויות לאחר שנכווה משפיכת מים רותחים על פלג הגוף התחתון. בבדיקתו דופק 120 לדקה, לחץ דם 150/90, סטורציה 99% באויר חדר, טמפ' 37.5°C. לאחר הפשטה נראה שהוא סובל מכוויות עמוקות של כ-20% משטח הגוף. מה נכון לגבי הטיפול הראשוני בפצוע ובאזורי הכוויה לפני ובעת העברתו למרכז רפואי עם יחידת כוויות?

- א. יש להקפיד על חבישות רטובות לשמירת לחות רציפה באזורי הכוויה
- ב. קירור הפצוע בעת ההעברה הינו חיוני על ידי השארת אזורי הכוויה חשופים ואף בעזרת שימוש בשמיכות קירור
- ג. חבישות יבשות ונקיות לאזורי הכוויות יספקו הגנה סביבתית ויעזרו במניעת כאב
- ד. יש לטפל בנוזלים לוריד באופן מינימלי לפי עקרונות Permissive Hypotension

שאלה 43:

בן 43 הסובל מהלם ספטי מאושפז במחלקה לטיפול נמרץ. המטופל אינו מגיב לנוזלים ונדרש לתמיכה הולכת ועולה בחומרים ואזופרסורים. מה הסדר העולה המומלץ להרחבת הטיפול התרופתי?

- א. נוראדרנלין -> וזופרסין במינון נמוך -> אדרנלין
- ב. פנילאפרין -> וזופרסין במינון נמוך -> אדרנלין
- ג. נוראדרנלין -> וזופרסין במינון נמוך -> וזופרסין במינון גבוה
- ד. פנילאפרין -> וזופרסין במינון נמוך -> וזופרסין במינון גבוה

שאלה 44:

בן 50, מעשן, מאושפז במחלקה לטיפול נמרץ עקב דלקת לבלב קשה. לאורך אשפוזו של שבועיים מצבו המשיך להיות קשה. הוא נזקק לתמיכה נשימתית לא-פולשנית מתגברת, ואובחן עם נמק של הלב. בהמשך חלה הידרדרות נוספת במצבו, הוא פיתח תת-לחץ דם והיפוקסיה. הוחלט על הנשמה פולשנית. עם צנור הקנה זוהתה אסיסטולה.
מה מהגורמים הבאים הוא המנבא החזק ביותר להתפתחות דום לב סביב ההנשמה הפולשנית במטופל זה?

- א. היסטוריה של עישון
- ב. קיומה של דלקת לבלב קשה
- ג. אשפוז ממושך ביחידה לטיפול נמרץ
- ד. מצב של אי-יציבות המודינמית ותת-ל"ד בזמן צנור הקנה

שאלה 45:

לפי מחקר NICE-SUGAR המגדיר את האיזון הגליקמי בחולים קריטיים: איזון הדוק משמעו רמות גלוקוז 81-109 מ"ג/ד"ל ואיזון גליקמי שיגרתי משמעו רמות גלוקוז נמוכות מ-180 מ"ג/ד"ל.
מה נכון לגבי איזון גליקמי בחולה לאחר ניתוח המאושפז ביחידה לטיפול נמרץ לפי המחקר הנ"ל?
א. בחולים עם איזון גליקמי הדוק נצפתה תמותה מופחתת לעומת חולים עם איזון גליקמי שיגרתי
ב. בחולים עם איזון גליקמי הדוק נצפה שיעור דומה של אירועי היפוגליקמיה לעומת חולים עם איזון גליקמי שיגרתי
ג. בחולים עם איזון גליקמי הדוק נצפו יותר אירועי היפוגליקמיה ונצפתה תמותה מוגברת לעומת חולים עם איזון גליקמי שיגרתי
ד. לא נצפו הבדלים בין הקבוצות בכל הנוגע לשיעורי תמותה ואירועי היפוגליקמיה

שאלה 46:

פיוס קנה מלעורי הוא ההליך הניתוחי השכיח ביותר בחולים קריטיים הזקוקים להנשמה ממושכת.
מה נכון לגבי הליך זה?
א. בהשוואה לטרכאוסטומיה שגרתית בחדר ניתוח, פיוס קנה מלעורי מפחית עלויות אשפוז אך אינו מפחית סיכון לדימום או זיהום מקומי
ב. פיוס קנה מלעורי אינה פעולה מומלצת במטופלים עם השמנת יתר חולנית
ג. שימוש בברונכוסקופ להנחיה בעת ביצוע פיוס קנה מלעורי מונע נזק משמעותי לקנה הנשימה
ד. לאחר פיוס קנה מלעורי תיתכן היצרות קנה משמעותית קלינית באחוז קטן מהמקרים

שאלה 47:

בעת דחיה של שתל Allograft על ידי גוף האדם, ישנה מעורבות של חלבונים מסוג Human Leukocyte Antigen (HLA).

מה נכון לגבי חלבונים אלו?

- א. HLA מסוג Class I כוללים את האנטיגנים מסוג DP, DQ ו-DR
- ב. HLA מסוג Class II נקשרים לתאי T מסוג CD8+
- ג. HLA מסוג Class II מוצגים בכל התאים בעלי גרעין בגוף האדם
- ד. ל-HLA מכל הסוגים תפקיד בשלל תגובות אימוניות בגוף ולא רק במושתלים

שאלה 48:

בן 42 מאושפז לאחר השתלת کلیה. יומיים לאחר ההשתלה המטופל עדיין אינו מפריש שתן ועולה חשד לדחיה. מבוצעת ביופסיה מן הכליה המושתלת והבדיקה נשלחת למיקרוסקופיה במכון הפתולוגי. בבדיקה נצפה נזק אנדותיליאלי עם טרומבוסיס בכלי דם והסננה נויטרופילית וכן צביעה חיובית ל-C4b, תוצר פירוק של מערכת המשלים.

מה מהבאים נכון לגבי מצב זה?

- א. זהו מצב הנגרם עקב הימצאות של donor-specific antibodies בגופו של המושתל
- ב. מדובר בדחיה מתווכת בעיקרה על ידי תאי T
- ג. מצב זה בלתי ניתן לחיזוי מוקדם בבדיקות טרום השתלה הקיימות כיום
- ד. הממצאים מצביעים על פקקת בכלי דם אך לא על דחיה

שאלה 49:

בן 55 הסובל מאי ספיקת כליות עקב מחלת כליות פוליציסטיות ותחת טיפול בדיאליזה מגיע לאשפוז לצורך השתלת کلیה מן החי.

איזו תרופה מבין הבאות תיכלל בפרוטוקול אינדוקציה ערב ההשתלה?

- א. Anti-thymocyte Globulin
- ב. Corticosteroids
- ג. Cyclosporine A
- ד. Sirolimus

שאלה 50:

בן 65 עבר השתלת کلیה מן החי על רקע אי ספיקת כליות סופנית עקב מחלת סכרת Type II.

כעבור 6 שבועות מתאשפז עם עליה בקראטינין וירידה בתפוקת השתן היומית.

איזה מבין התאים הבאים אחראי למנגנון הדחיה ממנו סובל המטופל?

- א. מונוציטים
- ב. תאים דנדריטים
- ג. תאי T Helper
- ד. תאי Natural killers

שאלה 51 :

מהו הגורם הנפוץ ביותר לצורך בהשתלת כבד?

א. Non-alcoholic Fatty Liver (NASH)

ב. הפטיטיס C

ג. ממאירות ראשונית של הכבד

ד. צריכת אלכוהול כרונית

שאלה 52 :

אילו מהתוויות הנגד הבאות היא התווית נגד יחסית להשתלת כליה?

א. זיהום פעיל

ב. שימוש פעיל בסמים בהזרקה

ג. מחלת כליות עם אחוז חזרה גבוה כגון FSGS

ד. מחלה ממארת פעילה

שאלה 53 :

בן 55 עובר השתלת כליה מן המת. ההתאוששות בתחילה עוברת כהלכה אך יומיים לאחר ההשתלה יש הפסקה פתאומית במתן שתן באורינומטר. בבדיקת US לצד מיטת המטופל לא נצפו זרימות עורקיות לכליה המושתלת ועולה חשד לטרומבוס בעורק הכליה.

איזה מהבאים מתאר את המקרה עם הפרוגנוזה הטובה ביותר?

א. חסימה בעורק סגמנטרי לקוטב העליון של הכליה

ב. חסימה בעורק סגמנטרי לקוטב התחתון של הכליה

ג. חסימה בהשקה של עורק כליה בודד

ד. בכל מקרה של חסימה לכליה יש יכולת מצוינת לסבול "איסכמיה חמה" ולהתאושש

שאלה 54 :

בן 42, לאחר השתלת מעי דק עקב אירוע מזנטריאלי.

איזו מהבדיקות הבאות מומלצת לצורך מעקב וזיהוי מוקדם למניעת מצב של דחיה בחולה זה?

א. מעקב אחר רמות קלפרוטקטין בצואה

ב. ביצוע אנדוסקופיות רוטיניות עם ביופסיה

ג. ביצוע צילומי בטן סקירה רוטיניים

ד. מעקב אחר רמות donor-specific antibodies (DSA) בדם

שאלה 55 :

מה מהבאים נכון לגבי תסמונות משפחתיות של ממאירויות?

- א. HNPCC – מוטציה ב-APC אוטוזומלי רצסיבי - גורמת לממאירות קולורקטלית ואנדומטריאלית
- ב. Li Fraumeni – מוטציה ב-P53, אוטוזומלי רצסיבי - גורמת לממאירות שלפוחית שתן או פאוכרומוציטומה
- ג. MYH associated adenomatosis – מוטציה ב-MYH – אוטוזומלי דומיננטי - גורמת לממאירות לבלב וסרקומה
- ד. MEN2 – מוטציה ב-RET, אוטוזומלי דומיננטי - גורמת ל-MTC ופאוכרומוציטומה

שאלה 56 :

באיזה מהבאים מתואר פירוט נכון של חומר קרצינוגני והשפעתו?

- א. ציקלוספורין - מעלה שכיחות לוקמיה או ממאירות עורית
- ב. זפת (coal tars) - מעלה שכיחות ממאירות ריאה
- ג. ארסניק - מעלה שכיחות ממאירות מערכת העיכול
- ד. Schistosoma - מעלה שכיחות ממאירות מערכת העיכול

שאלה 57 :

איזה מהבאים נכון בנוגע לשימוש במרקרים סרטניים כבדיקות סקר?

- א. CEA נמצא שימושי לבדיקת סקר, אך לא נמצא בקשר להישרדות
- ב. PSA נמצא שימושי לבדיקת סקר ולרוב מתנרמל תוך חודש אחרי רדיותרפיה
- ג. AFP לא משמש לבדיקת סקר ואף אינו נמצא בקורלציה לגודל הגידול ולפרוגנוזה
- ד. CA 19-9 לא משמש לבדיקת סקר, אך נמצא בקורלציה לעומס המחלה ולפרוגנוזה

שאלה 58 :

מה נכון לגבי אימונותרפיה?

- א. IL2 הציג הצלחה בטיפול במלנומה ו-RCC
- ב. IFN α הציג הצלחה בטיפול בממאירות קיבה
- ג. נוגדנים ל-CTLA4 עוזרים למנוע פרוליפרציה של גידולי כליה
- ד. נוגדנים ל PD-1 הם נוגדנים של רצפטור טירוזין קינאז ונמצאו אפקטיביים בגידולי ריאה

שאלה 59 :

בן 65 מאושפז במחלקה אונקולוגית לצורך טיפול אימונותרפי ומתייצג עם פריחה דמוית אקנה (Acneiform rash).

באיזו תרופה הכי סביר שהוא מטופל?

- א. Rituximab - הפריחה מצביעה על תגובת רגישות יתר לתרופה
- ב. Cetuximab - הפריחה מצביעה על תגובה טובה לטיפול
- ג. Trastuzumab - הפריחה מצביעה על תגובת רגישות יתר לתרופה
- ד. Bevacizumab - הפריחה מצביעה על תגובה טובה לטיפול

שאלה 60:

מה נכון לגבי TNM במלנומה?

- א. שלב ה-T נקבע לפי עומק הגידול על-פי Clark
- ב. שלב ה-T נקבע לפי גודל הגידול
- ג. שלב ה-T נקבע לפי Breslow
- ד. התכייבות של הגידול חשובה כמדד פרוגנוסטי אבל לא משנה את שלב ה-T

שאלה 61:

בת 62 אובחנה עם מלנומה. בפתולוגיה גודל גידול 3 ס"מ, עומק גידול 2.5 ס"מ, ללא התכייבות, שוליים נקיים מגידול של 1 ס"מ.

מה הטיפול המומלץ?

- א. אין צורך להשלים כריתה רחבה, אך יש צורך להשלים כריתה של בלוטת הזקיף
- ב. יש צורך להשלים כריתה רחבה בשוליים של 2 ס"מ וכריתה של בלוטת הזקיף
- ג. אין צורך בביצוע כל טיפול נוסף
- ד. אין צורך להשלים כריתה רחבה, ובמידה ואין בלוטות נימושות אין צורך בכריתת בלוטת הזקיף, אך יש צורך בטיפול אדג'ובנטי

שאלה 62:

בן 75 עבר כריתה של נגע חשוד בעור, בתוצאת הפתולוגיה – נגע ממאיר, לא מלנוטי, עם שוליים נקיים של 0.7 ס"מ.

מה מהבאים נכון?

- א. במידה ומדובר ב-Squamous cell carcinoma (SCC) בלי קשר למאפייני הגידול אין צורך בהרחבת הכריתה
- ב. במידה ומדובר ב-Basal cell carcinoma (BCC) אין צורך בהרחבת הכריתה
- ג. במידה ומדובר ב-Merkel cell carcinoma (MCC) יש צורך בהרחבת הכריתה לשוליים של 2 ס"מ בלבד
- ד. במידה ומדובר ב-SCC, BCC או MCC יש צורך בהשלמת כריתת בלוטת הזקיף

שאלה 63:

בת 35 מלינה על כאבי בטן מספר חודשים אחרי לידה. כחלק מהבירור בוצעה בדיקת CT בטן בה זוהתה מסה סולידית בדופן הבטן המתוארת כהומוגנית.

מה מהבאים נכון לגבי גידולים מסוג זה?

- א. מרבית הגידולים הללו הינם ספורדיים
- ב. המוטציה המשפחתית היא בגן P53
- ג. מדובר לרוב בגידול אגרסיבי ויש להימנע מביופסיה של הגידול
- ד. כריתה בשוליים רחבים מגינה בפני חזרה מקומית של הגידול

שאלה 64 :

בן 54 מתייצג עם אנמיה חדשה. בירור גסטרוסקופיה וקולונוסקופיה נמצא תקין. בבדיקת CT בטן נמצא ממצא עגול בדופן המעי הדק בקוטר 3 ס"מ, בבדיקת Double-Balloon נמצא גידול סאב-מוקוזלי מכוייב, בביופסיה נמצאו תאים מסוג Spindle cells. מה מהבאים נכון לגבי גידול זה?

- א. הכי שכיח למצוא גידולים אלו במעי הדק
- ב. המרקרים האופייניים לגידול זה הם CDK4 MDM2
- ג. גודל הגידול וכמות המיטוזות הם חלק מהמדדים הפרוגנוסטיים
- ד. מיקום הגידול רלוונטי לתכנון הניתוח אך לא לפרוגנוזה

שאלה 65 :

לאיזו אישה מומלץ לבצע Breast MRI Screening?

- א. בת 75 עם סיפור אישי של ממאירות שד מסוג IDC לפני 10 שנים
- ב. אישה בעלת רקמת שד צפופה
- ג. אישה עם סיכון בינוני להתפתחות סרטן שד לאורך חיים
- ד. אישה שעברה טיפול בקרינה לבית חזה בגילאי 10-30

שאלה 66 :

בת 35, לא מניקה, מתייצגת עם אירועים חוזרים של אבצס בשד ימין סמוך ובחלק העליון של הפיטמה. טופלה במספר קווי טיפול אנטיביוטיים ועברה 6 ניקוזים בשנה אחרונה. כעת קיים פצע מפרש שאינו מחלים. בביופסיה ללא עדות לממאירות. מה הטיפול המומלץ?

- א. Prophylactic Trimethoprim/Sulfamethoxazole
- ב. Drainage + Negative Pressure Wound Closure
- ג. Central lumpectomy + Breast reconstruction
- ד. Excision of the entire subareolar duct complex

שאלה 67 :

בת 58 מבצעת ממוגרפיה שגרתית. בבדיקה נצפית קבוצת הסתיידויות בפיזור 1.5 ס"מ ברביע חיצוני עליון שד שמאל. ללא ממצאים נוספים. בביופסיה Cribiform Type DCIS. מה הטיפול המומלץ?

- א. Lumpectomy
- ב. Lumpectomy + SLNB
- ג. Simple Mastectomy
- ד. Modified Radical Mastectomy

שאלה 68:

בת 30 עם מחזור סדיר, מתייצגת עם IDC של שד שמאל, ER+, PR+, HER-2 NEG. גידול של 2 ס"מ. עברה למפקטומי עם כריתת בלוטת זקיף. בפתולוגיה שוליים נקיים, בלוטה ללא גרורה. Oncotype RS<15.

מה ההמלצה הנכונה על טיפול משלים?

- א. Tamoxifen לפחות למשך 5 שנים
- ב. Tamoxifen למשך 5 שנים ו-Letrozole למשך 5 שנים נוספות
- ג. Tamoxifen למשך 5 שנים ו-Herceptin למשך 5 שנים נוספות
- ד. Letrozole למשך 10 שנים

שאלה 69:

בת 50 מתלוננת על אודם וגרד בפטמה שמאלית מזה חודשיים. ללא סיפור משפחתי של ממאירות שד. בבדיקתה מתגלה נגע עורי באזור הפיטמה כיב וגלד (מצורפת תמונה).



בביופסיה מהפיטמה נמצאו תאים גדולים עם צביעה בהירה, המכילים גרעינים אובלים גדולים, מפוזרים בין תאי קרטינוציטים של אפידרמיס הפיטמה. מה הטיפול הכי מתאים למצבה?

- א. Trastuzumab + Docetaxel
- ב. Mastectomy + ALND
- ג. Central lumpectomy + SLNB
- ד. Doxorubicin + Cyclophosphamide

שאלה 70:

איזה מבנה אנטומי עוזר בזיהוי המיקום של החלק הדיסטאלי של עצב הגרון החוזר (recurrent laryngeal nerve) במהלך ניתוח כריתת בלוטת התריס?

- א. Tubercle of Zuckerkandl
- ב. Pyramidal lobe
- ג. Lateral Thyroid Anlage
- ד. Thyroid Ima Artery

שאלה 71:

בת 35 פונה בשל תלונות על פלפיטציות ופרופטוזיס. המטופלת עברה בירור הכולל תפקודי תריס:

- TSH 0.01 mIU/L
- T3 14 pmol/L
- T4 25 pmol/L
- Ca – 10.7 mg/dL
- PTH – 80pg/mL
- TRAb חיובי

בבדיקת US של בלוטת התריס נמצאה בלוטה עם היפר-וסקולריזציה דיפוזית. בנוסף, בקוטב העליון האחורי הודגמה קשרית אובלית היפו-אקואית בגודל 1 ס"מ עם קפסולה אקוגנית. מיפוי עם יוד הדגים קליטה מוגברת דיפוזית, מיפוי Sestamibi הדגים קליטה בקוטב עליון של בלוטת התריס.

איזה טיפול הכי מומלץ במקרה המתואר?

- א. Radioactive iodine ablation
- ב. Total thyroidectomy + MIP parathyroidectomy
- ג. Methimazole + MIP parathyroidectomy
- ד. Methimazole + Cinacalcet

שאלה 72:

בת 60, מעשנת כבדה, ביצעה CT חזה למעקב, אשר הדגים קשרית באונה שמאלית של בלוטת התריס. תפקודי התריס תקינים בבדיקת דם. ב-US של בלוטת התריס מודגמת קשרית בקוטר 1.2 ס"מ 3 TIRADS.

מהי ההחלטה המתאימה להמשך ניהול המקרה?

- א. ביצוע FNA
- ב. ביצוע Afirma test
- ג. Radioisotope scan
- ד. Follow-up

שאלה 73:

בת 60 מתייצגת עם נודול חדש בבלוטת התריס, ללא הגדלת בלוטות לימפה אזוריות אך עם גרורות לריאות ולעצמות. בבדיקת FNA של הנודול נצפו תאים פוליקולריים במראה תקין. באיזו ממאירות של בלוטת התריס הכי סביר שמדובר?

- א. Papillary
- ב. Follicular
- ג. Medullary
- ד. Anaplastic

שאלה 74:

בת 50 עולה מאוקראינה, גדלה סמוך לצ'רנוביל, אובחנה עם Papillary Thyroid Carcinoma באונה ימנית של בלוטת התריס, קשרית בגודל 1.5 ס"מ, ללא עדות לבלוטות לימפה פתולוגיות צוואריות, ללא פריצה של הקופסית. מהו טיפול המומלץ?

- א. Right Thyroid Lobectomy
- ב. Total Thyroidectomy
- ג. Radioactive Iodine
- ד. External Beam Radiotherapy

שאלה 75:

מה כולל Miami Criteria בניתוח פאראתירואידאקטומיה?

- א. ירידה של יותר מחצי ברמת PTH בדם כ-10 דקות לאחר כריתת הבלוטה הפתולוגית
- ב. ירידה ברמת הסיידן בדם לרמה תקינה כ-20 דקות לאחר כריתת הבלוטה הפתולוגית
- ג. הוכחה היסטולוגית בחתך קפוא שמדובר בבלוטה פתולוגית
- ד. הכפלה ברמת 25(OH)D בדם כ-5 דקות לאחר כריתת בלוטה פתולוגית

שאלה 76:

בן 54 עבר ניתוח Subtotal Parathyroidectomy. בערב לאחר הניתוח אחות מגלה שהמטופל מבוהל ואינו מסוגל לפתוח את הפה. סימנים חיוניים תקינים. מה הדבר הראשון שצריך לבצע?

- א. לפתוח את פצע הניתוח לצד מיטת החולה
- ב. לתת ויטמין D
- ג. לתת סידן תוך ורידי
- ד. לבצע אינטובציה

שאלה 77:

מהי הדרך הטובה ביותר לקביעת ממאירות בגידולים נירואנדוקריניים של הלבלב?

- א. גודל הגידול הראשוני
- ב. סוג ההורמון המופרש
- ג. נוכחות גרורות
- ד. מיקום הגידול

שאלה 78:

מהו פרוטוקול האבחון המקובל לגידול מסוג אינסולינומה במטופל הסובל מהיפוגליקמיה אפיזודית?

- א. צום 24 שעות, במהלכו מודדים גלוקוז ואינסולין כל 8 שעות כדי לבדוק עמידות לאינסולין
- ב. צום 72 שעות, במעקב צמוד של גלוקוז, אינסולין, C-peptide ופרו-אינסולין
- ג. צום 24 שעות, לאחריו בדיקת סבילות לגלוקוז דרך הפה, עם מדידת אינסולין בלבד
- ד. צום 72 שעות, עם מתן אינסולין סינתטי כפרובוקציה, כדי להשרות היפוגליקמיה יזומה ולאבחן את תגובת הגוף

שאלה 79:

מה נכון לגבי וריד האדרנל הימני?

- א. מתנקז לווריד הכלייתי הימני
- ב. ארוך מוריד האדרנל השמאלי
- ג. מתנקז ישירות ל-IVC
- ד. מתנקז לווריד הטחול

שאלה 80:

בת 32, חודשיים אחרי לידה, שהתאפינה בדימום משמעותי. כעת סובלת מעייפות קשה, אנורקסיה, חוסר חלב אם ולחץ דם נמוך. בדיקות דם מראות היפוגליקמיה, קורטיזול נמוך, TSH נמוך ופרולקטין נמוך.

מהו המנגנון הפתופיזיולוגי שגרם למצב זה?

- א. דיכוי כרוני של האדרנל בעקבות שוק ספטי
- ב. נזק איסכמי להיפופיזה בעקבות שוק היפוולמי
- ג. כשל בבלוטת התריס במנגנון אוטואימוני
- ד. דימום באדרנל עקב זיהום מנינגוקוקלי סביב הלידה

שאלה 81:

בת 53 מתייצגת עם יתר לחץ דם עמיד למגוון תרופות והיפוקלמיה. יחס רנין לאלדוסטרון 35. בבדיקת CT נצפה נודול בקוטר 8 מ"מ באדרנל השמאלי.

מהו הצעד הבא בניהול המקרה?

- א. מעקב הדמייתי והורמונלי
- ב. אדרנלקטומיה משמאל
- ג. דגימת ורידים אדרנליים (Adrenal Venous Sampling – AVS)
- ד. ביופסיה של הממצא

שאלה 82 :

בת 45, מתייצגת עם יתר לחץ דם, כאבי ראש, פלפיטציות והזעה.
מבין בדיקות הדם הבאות, מהי בדיקה הבחירה לאבחון מצב זה?

- א. מדידת מטאנפרינים בפלזמה
- ב. מבחן דיכוי של רמות רנין בדם עם מתן 2-3 ליטר סליין לוריד
- ג. מבחן דיכוי עם מתן של דקסמתאזון
- ד. מבחן דיכוי עם מתן של קלונידין

שאלה 83 :

בת 29 מתייצגת עם הגידולים Parathyroid adenoma + Pituitary adenoma + PNET. בבירור
גנטי נמצאה המוטציה CDKN1B.
באיזו תסמונת מדובר?

- א. MEN 1
- ב. MEN 2A
- ג. MEN 2B
- ד. MEN 4

שאלה 84 :

איזה מהבאים מתאר בצורה הטובה ביותר את ה-Z-line?

- א. המעבר בין אפיתל קובואידלי לאפיתל קשקשי ב-Anal verge
- ב. המעבר בין אפיתל קשקשי לאפיתל קולומונרי במעבר וושט-קיבה
- ג. הגבול בין תאי Chief ותאי Parietal בגוף הקיבה
- ד. הגבול בין הרירית והשרירית ברקמת האפיתל לאורך מערכת העיכול

שאלה 85:

בת 54 פנתה למרפאה בשל תלונות על כאב בחזה ודיספגיה. השלימה בדיקת שיקוף בליעה (מצורפת תמונה).



מהי בדיקת הבחירה לאבחון המחלה המודגמת בתמונה?

- א. סיטי חזה עם שתיית חומר ניגוד פומי
- ב. שיקוף בליעה עם בריום מדולל
- ג. מנומטריה
- ד. גסטרוסקופיה

שאלה 86:

בן 53 אובחן לפני עשור עם מחלת סרקואידוזיס עמידה לטיפול, שביטוייה הגדלת בלוטות לימפה משמעותית במדיאסטינום.

איזו מבין הפתולוגיות הבאות מתאימה ביותר להתפתח במטופל זה?

- א. Mid Esophageal Diverticulum
- ב. Epiphrenic diverticulum
- ג. Kommerel diverticulum
- ד. Zenkers diverticulum

שאלה 87:

בן 55, עם השמנת יתר ($BMI=38$) וצרבת ידועה מזה שנים, על אף טיפול בסותר חומצה במינון מקסימלי, הופנה לבדיקת גסטרוסקופיה. במהלך הבדיקה הבודק מתאר אזור עם לשונות של רירית בצבע סלמון עם גבולות לא סדירים מתמשכים עד כ-4-3 ס"מ מעל מעבר וושט קיבה וסימני דלקת (Esophagitis). מה יש לוודא טרם החלטה על טיפול?

א. הרירית הלא סדירה נדגמה על פי פרוטוקול על שם סיאתל בביופסיות רנדומליות מ-4 צידי הרירית לאורך כל האזור החשוד

ב. הרירית שנדגמה מכילה תאי גובלט

ג. בוצעה ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION לרירית הלא סדירה

ד. הרירית שנדגמה מכילה תאים EOSINPHILS ביחס 5:1 לתאים קשקשיים

שאלה 88:

בן 74 אובחן לאחרונה עם אדנוקרצינומה של הוושט הדיסטאלית. כחלק מטיפול משולב (Three modality treatment) עבר כריתת וושט תת-שלמה (Subtotal Esophagectomy). בפתולוגיה הניתוחית שארית גידול עם תאי חותם (Signet cells) ו-2 בלוטות חיוביות מתוך 19 בלוטות שנכרתו. שוליים תקינים וטבעות השקה שלמות.

מה סיבת המוות השכיחה במטופלים עם סרטן וושט לאחר הטיפול המשולב שתואר?

א. חזרת מחלה בבלוטות לימפה

ב. חזרת מחלה בהשקה וחסמת ההשקה

ג. חזרת מחלה מרוחקת סיסטמית

ד. חזרת מחלה מקומית

שאלה 89:

בת 73, תפקודית ועצמאית, ברקע מחלת לב איסכמית יציבה וצרבת ידועה מזה שנים רבות המאוזנת בסותרים חומצה. במהלך השנה האחרונה המטופלת מתארת אירועים חוזרים ונשנים של כאבים אפיגסטריים עם קושי בבליעת נוזלים והחמרה בצרבת. בבדיקת הדם המוגלובין 9.3 גר"/ד"ל, עם ערכי ברזל 50 מק"ג/ד"ל. המטופלת השלימה גסטרוסקופיה בה נמצא כיב על שם Cameron באנטרום ללא דימום וכן בדיקת CT חזה (מצורפת תמונה).



איזו מבין הפעולות הבאות היא הכרחית לצורך השגת יעדי הניתוח הנדרש במצב זה?

- א. ביצוע גסטרופקסיה קדמית
- ב. תיקון ללא מתח על הקיבה
- ג. תיקון ללא מתח בהיאטוס
- ד. ביצוע פונדופליקציה חלקית

שאלה 90:

מה נכון לגבי האנטומיה של דופן הבטן?

- א. ה-Cremasteric Muscle המשכי ל-Transversus Abdominis בדופן הבטן
 - ב. ה-Fascia Lata המשכית לאפונורוזה של ה-External Oblique בדופן הבטן
 - ג. ה-Transversus Abdominis הוא השריר הגדול ביותר בדופן הבטן האנטרולטרלית
 - ד. ה-Transversalis Fascia אחראית לשלמות המבנית של דופן הבטן ובקע בדופן הבטן
- נובע כתוצאה מפגם בשכבה הזו

שאלה 91:

בן 57 מתאשפז עם נפיחות בטנית הולכת ומתקדמת, עייפות, ירידה במשקל ותחושת שובע מוקדם. בבדיקה גופנית נמצאת בטן תפוחה עם גודש ורידי בטני, מיימת אך ללא צהבת בעור. בדיקת דם מראה אלבומין בסרום של 3.5 גרם/ד"ל. דגימת נוזל המיימת שנלקחה הראתה אלבומין של 2.3 גרם/ד"ל, ללא נויטרופילים וללא עדות לזיהום. מהי האבחנה הסבירה ביותר למקור המיימת של המטופל?

- א. Peritoneal carcinomatosis
- ב. Massive liver metastases
- ג. Pancreatic ascites
- ד. Postoperative lymphatic leak

שאלה 92:

בן 51 היה מאושפז לפני שנה עם אבסס פריאפנדיקולארי שטופל שמרנית ומאז לא היה במעקב. הגיע למרפאה בשל הרגשה של נפיחות בבטן ובקע טבורי חדש. בניתוח לפרוסקופי לתיקון הבקע נצפתה מיימת המכילה מוצין, גושים של גידול על הצפק ואומנטום מעובה. איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי המחלה המתוארת?

- א. מדובר בגידול הראשוני הכי שכיח בפריטוניאום
- ב. מופיע לרוב בגילאים 40-50 עם שכיחות דומה בגברים ונשים
- ג. למקרים עם אדנומוצינוזיס (Adenomucinosi) יש את שיעור ההישרדות הגרוע ביותר
- ד. למקרים עם קרצינומטוזיס (Peritoneal Mucinous Carcinomatosis) יש את שיעור ההישרדות הטוב ביותר

שאלה 93:

מה נכון לגבי חזרה של בקע מפשעתי לאחר תיקון קודם?

- א. רוב המקרים של חזרה של בקע נובעים מעליית לחץ תוך-בטני ולא מסיבה טכנית
- ב. במידה ובזמן ניתוח בוצע Relaxing Incision זו סיבה ברורה לחזרה של הבקע
- ג. חזרה של בקע יותר שכיחה בחולה שהיה לו בקע ישיר מחולה שהיה לו בקע בלתי ישיר
- ד. בגישה לפרוסקופית יש סיכוי יותר נמוך לחזרה של הבקע מתיקון בגישה פתוחה

שאלה 94:

בן 72 עובר ניתוח לתיקון בקע בצלקת ניתוחית עם פגם ברוחב 10 ס"מ. במהלך הניתוח נמצא גוש בכבד שמחשיד לגידול. המנתח מחליט לא לבצע שחזור של דופן הבטן. ניסיון סגירה ראשונית של הפאציה לא מצליח בשל מרחק בין השוליים, לכן מבוצעת תפירה של רשת לשולי הפגם בפאציה. באיזה סוג תיקון מדובר?

- א. ONLAY
- ב. INLAY
- ג. SUBLAY
- ד. PRIMARY REPAIR

שאלה 95:

בן 60, בריא, מגיע למרפאה בשל ממצא במפשעה שמאל שהודגם בזמן בדיקה שגרתית של רופא משפחה. בבדיקה גופנית נמוש בקע מתחת ל-Inguinal ligament. המטופל לא מתלונן על כאבים או סימפטומים הקשורים לבקע. איזה מהמשפטים הבאים נכון?

- א. כיוון שמדובר בגבר אסימפטומטי אין דחיפות או צורך בניתוח ויש אפשרות להציע Watchful waiting ומעקב בלבד
- ב. הפגם בבקע זה נמצא מתחת ל-Cooper ligament ולטרלית ל-Femoral vein
- ג. כמחצית מהנשים עם בקע מסוג זה סובלות בנוסף גם מבקע מפשעתי ישיר
- ד. במידה ולא ניתן לשחרר את תוכן הבקע בזמן תיקון, אין מניעה מלחתוך את Inguinal ligament-ה

שאלה 96:

איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי דלקת תוספתן באוכלוסיית חולים מיוחדת?

- א. הסיבה השכיחה ביותר לניתוח דחוף שאינו מיילדותי בהריון
- ב. הסיבה השכיחה ביותר לבטן כירורגית חריפה במטופלים עד גיל 5
- ג. הסיבה השכיחה ביותר לניתוח דחוף בחולים מושתלים
- ד. הסיבה השכיחה ביותר לניתוח דחוף בקשישים

שאלה 97:

איזה מהמשפטים הבאים נכון לגבי בטן חריפה באוכלוסיית חולים מיוחדת?

- א. לניתוח בגישה לפרוסקופית יש סיכון יותר גבוה להפלה ספונטנית בזמן הריון מניתוח בגישה פתוחה
- ב. לא ניתן להפיק סימני פריטוניטיס בילדים מכיוון שאין שיתוף פעולה בזמן הבדיקה
- ג. הסיבה השכיחה ביותר לבטן חריפה בחולים עם דיכוי חיסוני היא דלקת סעיפים
- ד. איסכמיה מזנטריאלית היא אחת הסיבות השכיחות לבטן חריפה בחולים שעברו ניתוחי לב

שאלה 98:

בן 46 עובר גסטרוסקופיה עקב תלונה של מלנה בשבוע האחרון. בבדיקה מודגם כיב בתרסריון ראשון עם קריש דם דבוק אליו.

לפי ה-Forrest classification, מה הסיכוי לדימום חוזר?

- א. סיכוי נמוך
- ב. סיכוי בינוני
- ג. סיכוי גבוה
- ד. סיכוי גבוה מאד

שאלה 99:

בן 75, ברקע CVA, מטופל בפלביקס. הטיפול הופסק לפני 5 ימים והחולה עבר ERCP אלקטיבי בשל כולדוכוליטיאזיס עם הוצאת אבנים מדרכי המרה. ב-ERCP בוצעה פפילטומיה והוכנס סטנט. למחרת החולה מדווח על יציאות שחורות וחולשה כללית. בספירת דם יש תוצאה של המוגלובין 9.8 בירידה מ-12.3.

מה הצעד הבא בטיפול?

- א. מתן הקסקפרון (Tranexamic Acid)
- ב. גסטרוסקופיה לצורך הוצאת הסטנט
- ג. ניתוח עם דאודנוטומיה ועצירת הדם
- ד. המשך מעקב – מצב זה לרוב חולף מעצמו

שאלה 100:

בן 35 עם השמנת יתר חולנית ($BMI=44$) פונה לייעוץ במרפאה הבריאטרית. לא ידוע על מחלות רקע. המטופל מספר כי הוא חווה רעב תמידי, ללא קשר לגודל הארוחות אותן אוכל. לפני מספר שנים הצליח לרדת כ-15 ק"ג בדיאטה קפדנית בתקופה של חצי שנה, אך חזר במהירות למשקלו המקורי ואף עלה עליו.

מהו ההסבר הפיזיולוגי הסביר ביותר לתופעה זו?

- א. עלייה מתמשכת בהורמון גרלין (Ghrelin) לאחר ירידה במשקל
- ב. שיבוש בתאי בטא בלבב עם עליה ברמות אינסולין
- ג. ירידה בהפרשת נורופפטיד Y (NPY)
- ד. שינויים תורשתיים בגן MC4R בהיפותלמוס

שאלה 101:

מה מתאר את התפקיד של ההורמון 1 Glucagon-like-peptide (GLP-1) בשיפור סוכרת סוג 2 לאחר ניתוחים בריאטריים כמו מעקף קיבה (RYGB) ושרוול קיבה (LSG)?

- א. מופרש ברמות דומות לאחר ניתוח כמו בירידה משמעותית במשקל ללא ניתוח
- ב. רמות ההורמון אינן עולות משמעותית לאחר RYGB
- ג. עליה ברמות ההורמון לאחר ניתוחים בריאטריים מגבירה רגישות לאינסולין
- ד. עליה ברמות ההורמון לאחר ניתוח מגביר את קצב התרוקנות הקיבה

שאלה 102:

בן 42, עבר ניתוח בריאטרי מסוג מעקף קיבה. לאחר הניתוח המטופל נמצא במעקב צמוד ויורד במשקל כמצופה. כעבור מספר חודשים המטופל מלין על חולשה ובבדיקת דם נמצאת אנמיה חדשה.

מה מהבאים נכון לגבי הסיבוך אותו מציג המטופל?

- א. נגרם מחוסר ספיגה של ברזל
- ב. דורש ניתוח חוזר לקיצור זרוע ה-Roux
- ג. לרוב מתוקן על ידי מתן Intrinsic factor
- ד. מחייב מתן פאראנטרלי של המרכיב שאינו נספג טוב

שאלה 103:

איזה מהבאים מתאר מנגנון שמעודד הפרשת חומצה על ידי התאים הפריאטליים בקיבה?

- א. הפרשת Ghrelin מתאי G
- ב. הפרשת סומטוסטטין מתאי D
- ג. הפרשת היסטמין מתאי ECL
- ד. קישור של אצטילכולין לרצפטורים ניקוטיניים

שאלה 104:

בן 55 ביצע גסטרוסקופיה עקב כאבי בטן, דיספפסיה, שלשול וירידה במשקל. בבדיקה נמצאו מספר כיבים בגדלים שונים בתרסריון. המטופל נשלח לבידור שכלל בין היתר בדיקת רמות גסטרין בסרום בצום עם תוצאה של 1200pg/mL.

מה נכון לגבי בירור מיקום הגידול ממנו סובל המטופל?

- א. בדיקת הבחירה הראשונית הינה מיפוי סומטוסטטין
- ב. בדיקת הבחירה הראשונית הינה EUS
- ג. בדיקת הבחירה הראשונית הינה CT תלת-פאזי או MRI של הבטן
- ד. אין טעם בבירור הדמייתי ויש לגשת ישירות לאקספלורציה ניתוחית

שאלה 105:

בן 67, לאחר ניתוח אנטרקטומיה, עם שחזור לפי Billroth II עקב פרפורציה של כיב פפטי גדול, סובל משלשול, הזעה, דופק מהיר, פלפיטציות, כאבי ראש ולעיתים סינקופה לאחר אוכל.

מה נכון לגבי הסינדרום ממנו סובל המטופל?

- א. מקרים מוקדמים קורים עד כ-1 שעה לאחר האוכל
- ב. מקרים מאוחרים קשורים באכילת מזון עתיר שומן
- ג. אירועים כאלה יכולים לקרות לאחר כל כריתת קיבה חלקית אך הכי שכיחים לאחר ניתוח מסוג Billroth II
- ד. ברוב המקרים שינויים דיאטטיים לא יביאו להקלה בסימפטומים ויש להתקדם להמרה של ההשקה ל-Roux en Y

שאלה 106 :

בן 71, מתייצג עם אנמיה ומלנה. בגסטרוסקופיה פוליפ ססילי בקוטר 1.5 ס"מ, בביופסיה אדנוקרצינומה מוגבלת למוקוזה. המטופל השלים CT בטן שלא הדגים גרורות או בלוטות לימפה מוגדלות.

מה מהבאים הוא תנאי הכרחי לצורך אפשרות של כריתה של הממצא בגישה אנדוסקופית?
Endoscopic Mucosal Resection (EMR)?

א. סוג Diffuse לפי קלסיפיקציית Lauren

ב. עד גודל 4 ס"מ

ג. היעדר חדירה פרי-נוירלית

ד. גידול שאינו חודר מעבר למוקוזה

שאלה 107 :

בת 82 מתקבלת למיון עם כאבים בבטן עליונה שהתחילו באופן פתאומי, רצון להקיא אך ללא יציאת תוכן בהקאה וסימני התייבשות. בבדיקה דופק 120, ל"ד 90/65, בטן עליונה תפוחה, טימפנית ורגישה. ניסיון הכנסת זונדה נכשל.

מה מהבאים נכון לגבי הטיפול בחולה?

א. חוסר יכולת להכניס זונדה הוא סימן אבחנתי כחלק מהטריאדה על שם Borchardt

ב. במקרה ראשוני אין הכרח לקבע את הקיבה לדופן הבטן

ג. במקרה שניוני עקב בקע סרעפתי יש לקבע את הקיבה לדופן הבטן

ד. במקרה של חולה לא יציב המודינמית ניתן לבצע PEG כפתרון דפיניטיבי לבעיה

שאלה 108 :

מה נכון לגבי גידולים במעי הדק?

א. אדנוקרצינומה של המעי הדק מופיעה לרוב בטרמינל אילאום

ב. גידולים נירואנדוקריניים (NET) יופיעו לרוב בג'יג'נום הפרוקסימלי

ג. בחולי צליאק אדנוקרצינומה של המעי הדק מאופיינת בשכיחות גבוהה של MSI-H

ד. מרבית הגידולים במעי הדק מבטאים בשכיחות גבוהה MSI-H

שאלה 109 :

בת 50 נשאת FAP עוברת גסטרוסקופיה שגרית בה נראית אדנומה ססילית בקוטר 1.1 ס"מ בתרסריון. תשובת פתולוגיה: Tubular adenoma with mild dysplasia.

מהי הגישה הטיפולית המומלצת עבור נגע זה?

א. מעקב אנדוסקופי

ב. אבלציה באמצעות Aragon Beam Coagulation

ג. כריתת ראש הבלב והתרסריון (ניתוח ע"ש וויפל)

ד. כריתת רירית אנדוסקופית – Endoscopic Mucosal Resection

שאלה 110:

בן 74 מתייצג עם התקפים של הסמקה עורית, קוצר נשימה ושלשול מיימי. בבדיקת CT בטן נצפה ממצא בקוטר 3 ס"מ במעי הדק הסופי (איליום טרמינלי) בסמיכות למסתם האיליו-צקאלי וללא הגדלת בלוטות לימפה אזוריות.

מה הטיפול הכירורגי הנכון במקרה זה?

- א. כריתה סגמנטרית עם שוליים נקיים של לפחות 2 ס"מ
- ב. כריתה סגמנטרית עם שוליים נקיים של 1 ס"מ ובנוסף דיסקציה של בלוטות לימפה
- ג. כריתה איליו-צקלית עם שוליים רחבים אך ללא צורך בכריתת המזו עד לבסיסו
- ד. כריתת מעי גס ימנית פורמלית

שאלה 111:

בעת לפרוטומיה אלקטיבית נצפה ממצא מקרי של סעיף על-שם Meckel ללא סימנים קליניים או הדמייתיים טרם הניתוח.

מתי יש לשקול כריתה של המקטע המכיל את הסעיף?

- א. בכל מקרה שמזוהה סעיף על-שם Meckel
- ב. מין נקבה, גיל מעל 50
- ג. אורך מעל 2 ס"מ עם ממצא נמוש
- ד. אין צורך לכווץ סעיף על שם Meckel א-סימפטומטי

שאלה 112:

בן 45 מתאשפז במחלקת טיפול נמרץ בעקבות דלקת בלבלב. במהלך אשפוזו הוא עובר מספר לפרוטומיות שבמהלכן עובר נקרוזקטומיה, כריתת מעי דק עם השקה ושטיפות בטן. לאחר התייצבותו וחזרתו למחלקה נראה בבדיקה פתח עורי המפריש תוכן אנטרי. בשיקוף דרך צינורית נראית פיסטולה במעי הדק הדיסטלי.

מה מהבאים מנבא החלמה ספונטית (ללא התערבות ניתוחית) של הפיסטולה?

- א. מיקום הפיסטולה באילאום
- ב. תפוקה יומית של פחות מ-200 מ"ל
- ג. רמות טרנספרין של פחות מ 200mg/dl
- ד. אורך הפיסטולה קטן מ-2 ס"מ

שאלה 113:

בן 39 עובר כריתת קיבה עם השקה גסטרו-גיגיונוסטומיה. בביקורת מרפאה הוא מתלונן על ירידה במשקל, שלשולים שומניים עם ריח אופנסיבי ועייפות ממושכת. בבדיקת דם נראה ויטמין B12 נמוך ובמבחן Schilling לאחר הוספת Intrinsic Factor לא נראה שיפור בספיגת הויטמין. מה עשוי לשפר את ספיגת הויטמינים במטופל זה?

- א. חומצה פולית
- ב. הרחבת ההשקה בין הקיבה למעי (בגסטרוסקופיה או בניתוח)
- ג. אנטיביוטיקה רחבת-טווח ל-10-7 ימים (כגון ריפאקסימין או טטרציקלין)
- ד. טיפול פרוביוטי

שאלה 114 :

במי מהמטופלים הבאים מומלץ לכרות תוספתן במראה תקין בזמן ניתוח לפרוסקופי בעקבות בטן חריפה מסיבה שאינה אפנדיציטיס?

- א. דיברטיקוליטיס של סיגמא
- ב. מטופל עם מחלת קרון המערבת איליאום טרמינלי אך ללא מעורבות צקום או בסיס התוספתן
- ג. מטופל עם סעיף על שם Meckel מודלק
- ד. מטופל עם לימפומה ובלוטות מוגדלות במזו של איליאום טרמינלי וקולון עולה

שאלה 115 :

בת 23, בהריון בשבוע 30, מתייצגת במיון עם תמונה קלינית החשודה לדלקת בתוספתן. מהו השלב הבא בניהול המקרה?

- א. MRI
- ב. CT עם פרוטוקול קרינה נמוך
- ג. US
- ד. אם התסמינים ברורים ניתן להתקדם ישר לניתוח

שאלה 116:

בן 72 מתייצג במיון עם 3 ימים של כאבים בבטן שמאלית תחתונה, מלווים בבחילה והקאה, חום 37.2°C ו- $\text{WBC}=13,000$. בבדיקתו נראה כאוב, מופקת רגישות בבטן שמאלית תחתונה עם תגודת מקומית. המטופל מבצע CT בטן (תמונה להלן).



מהי דרגת המחלה לפי סולם Modified Hinchey?

- א. Ib
- ב. IIa
- ג. IIb
- ד. III

שאלה 117:

איזה מבין המצבים הבאים הוא הגורם השכיח ביותר לחסימת מעי גס?

- א. דיברטיקוליטיס
- ב. הידבקויות
- ג. אבני צואה
- ד. גידול ממאיר

שאלה 118:

בן 55, מושתל כליה, מתייצג עם חום וכאבים בבטן שמאלית תחתונה. ב-CT מתגלה תמונה של דיברטיקוליטיס, הבאה לידי ביטוי בעיבוי דופן וטשטוש שומן סביב הסיגמא. המטופל מגיב היטב לטיפול אנטיביוטי ומועמד לשחרור.

מתי יש להמליץ למטופל על ניתוח אלקטיבי?

- א. לאחר האירוע הראשון
- ב. לאחר האירוע השני
- ג. לאחר האירוע הרביעי
- ד. רק אם יש הרבה התקפים הפוגעים באיכות החיים

שאלה 119:

בת 53 מתייצגת במיון עם תפיחות בטנית, כאבי בטן, היעדר גזים ויציאות. בבדיקתה בטן תפוחה, טימפנית וללא רגישות. טמפ' 37.1°C . בבדיקות דם $\text{WBC}=9000$. מבוצע CT (להלן תמונה מצורפת – "C" מסמן צקום).



מהו הצעד הבא בניהול המקרה?

- א. אנדוסקופיה לצורך דה-קומפרסיה
- ב. כריתת קולון דחופה
- ג. נאוסטיגמין IV
- ד. סטרואידים IV

שאלה 120:

בן 64 מתייצג עם גידול מסוג אדנוקרצינומה של הרקטום התחתון.
מה השוליים הדיסטליים המזעריים של מעי המקובלים בכריתה אונקולוגית בניתוח משמר סוגרים?

- א. 5 ס"מ
- ב. 3 ס"מ
- ג. 2 ס"מ
- ד. 1 ס"מ

שאלה 121:

בן 52, התייצג עם גידול בגודל 1.2 ס"מ בגובה 3 ס"מ מפי הטבעת. בביופסיה תוצאה של אדנוקרצינומה Well differentiated ללא מעורבות לימפתית או וסקולרית. באולטראסאונד טרנס-רקטאלי מדובר בנגע cT1N0.
על איזה ניתוח יש להמליץ למטופל זה?

- א. Local excision
- ב. Trans-anal minimally invasive surgery
- ג. Very low anterior resection
- ד. Abdomino-perineal resection

נתונים לשאלות 122-123:

בת 41 מגיעה למרפאה עם תלונות על עצירות ובליטה מהנרתיק בזמן מאמץ בשירותים.

שאלה 122:

איזו מהבאות היא האבחנה הסבירה ביותר?

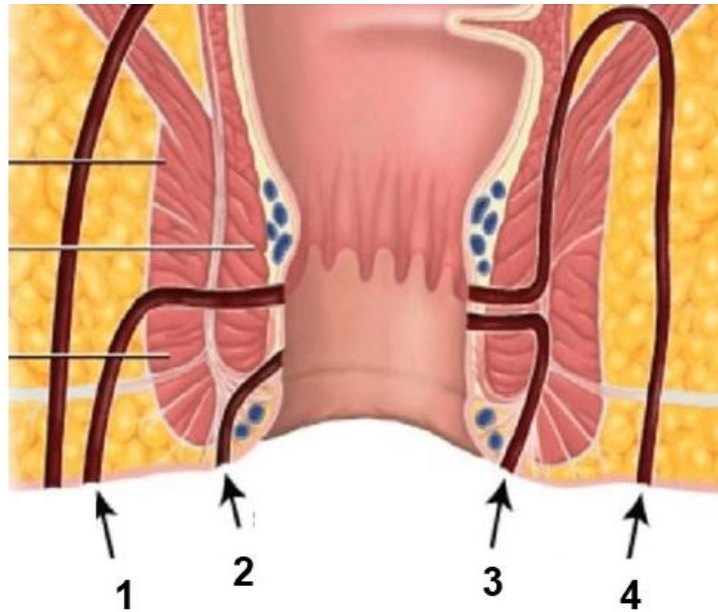
- א. פרולפס של רקטום
- ב. אנטרוצלה
- ג. רקטוצלה
- ד. סיגמוידוצלה

שאלה 123:

איזו מהבדיקות הבאות תסייע ביותר לאשר את האבחנה במטופלת זו?

- א. מנומטריה של האנוס
- ב. דפקוגרפיה
- ג. MRI אגן קטן
- ד. אלקטרומיוגרפיה

שאלה 124:



לפי התרשים המצורף לעיל, מהי הפיסטולה האנאלית השכיחה ביותר?

- א. 1
- ב. 2
- ג. 3
- ד. 4

שאלה 125:

בן 22, מגיע למרפאה פרוקטולוגית עם הנגע הבא באנוס (תמונה מצורפת).



איזה מהסרטיפים הבאים בבדיקת PCR הינו בעל הסיכון הגבוה ביותר לממאירות?

- א. 6
- ב. 8
- ג. 11
- ד. 16

שאלה 126:

בן 56, הסובל מצירוזיס על רקע צריכת אלכוהול בדרגת Child-Pugh C, מתקבל למיון עם הקאה דמית. במיון נמדד דופק 120, ל"ד 110/72.

לאחר אבטחת דרכי האויר, מה טיפול הבחירה הראשוני לשליטה בדמם?

- א. Balloon Tamponade
- ב. Trans-jugular intrahepatic portosystemic shunt
- ג. Sclerotherapy
- ד. Band Ligation

שאלה 127:

מה המיקום השכיח ביותר לאבצס בכבד?

- א. כבד ימני
- ב. כבד שמאלי
- ג. Caudal lobe
- ד. בי-לובארי

שאלה 128:

בת 25 תחת טיפול הורמונלי בכוונה להיכנס להריון. סובלת מכאבי בטן ימנית עליונה לסירוגין. עברה בירור ואובחנה עם אדנומה 5 ס"מ באונה שמאלית של הכבד.

מה ההמלצה להמשך טיפול?

- א. הפטקטומיה לפני כניסה להריון
- ב. הפטקטומיה לאחר לידה
- ג. הפסקת טיפול הורמונאלי ו-CT בטן ביקורת בעוד 6 חודשים
- ד. אבליציה עם אתנול

שאלה 129:

מה הגידול השפיר השכיח ביותר בכבד?

- א. אדנומה
- ב. המנגיומה
- ג. ציסטה
- ד. המרטומה

שאלה 130:

בת 12 מתייצגת עם כאבי בטן ימנית עליונה, חולשה כללית וחוסר סבילות למאמצים. בבדיקת US נצפה ממצא בקוטר 8 ס"מ בכבד ימין. תפקודי כבד וכן מרקרים תקינים. בבדיקת MRI שמבוצעת נצפית האדרה פריפרית של הנגע. ניסיון אמבוליזציה של הנגע נכשל. מה מהבאים צריך להיות הצעד הבא?

- א. ביופסיה מהנגע
- ב. טיפול בקרינה
- ג. כריתה ניתוחית
- ד. כימותרפיה

שאלה 131:

בת 52, ברקע שחמת כבד על רקע NASH עם דירוג Child-Pugh C, כעת אובחנה עם HCC בקוטר 2 ס"מ באונה שמאלית של הכבד, ללא לימפאדנופתיה וללא עדות לפיזור משני. מה הטיפול המועדף עבור מטופלת זו?

- א. Transarterial therapy
- ב. השתלת כבד
- ג. הפטקטומיה משמאל
- ד. EBRT

שאלה 132:

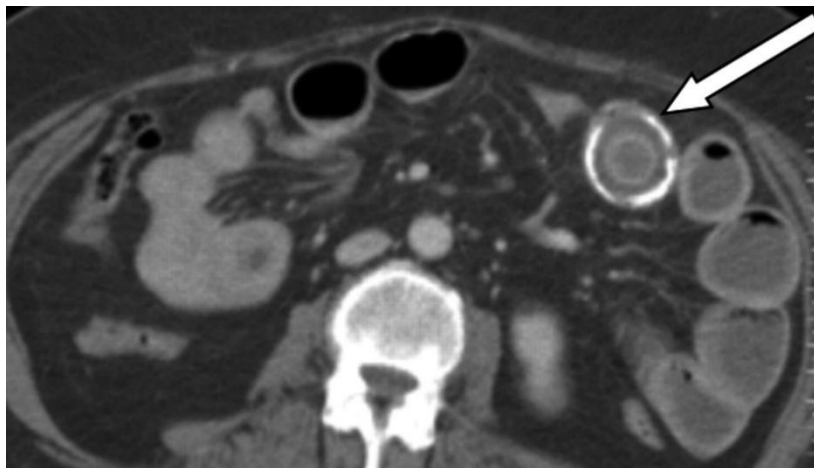
בן 52, סכרתי, שבועיים לאחר אירוע של דיברטיקוליטיס, מתייצג עם חוס ו כאבי בטן ימנית עליונה. בהשלמת הבריור בוצע US בטן שהדגים ממצא אובלי היפו-אקוגני בקוטר 5 ס"מ באונה שמאלית של הכבד.

מה השלב הבא בניהול המקרה?

- א. מטרונידזול למשך 10 ימים
- ב. ניתוח לכריתת אונה שמאלית של הכבד
- ג. ניקוז תחת US
- ד. ניתוח ל-Unroofing

שאלה 133:

בת 78, ברקע מחלת לב איסכמית, פרפור פרוזדורים, COPD, יתר לחץ דם ודיסליפדמיה. ידוע על אירועים חוזרים של דלקת לבלב על רקע אבנים. בעברה תיקון בקע מפשעתי משמאל בגישה פתוחה. כעת פנתה למיון עם תמונה קלינית של חסימת מעי דק. כחלק מהבירור עברה בדיקת CT בטן (מצורפת תמונה).



מה הטיפול המועדף בחולה זו?

- א. צום, נוזלים, זונדה ונגד כאבים
- ב. לפרוטומיה עם אנטרוטומיה פרוקסימלית לחסימה
- ג. לפרוטומיה עם אנטרוטומיה על גבי הממצא
- ד. לפרוטומיה עם אנטרוטומיה ותיקון פיסטולה בו זמנית

שאלה 134:

במהלך ניתוח אלקטיבי לכריתת כיס מרה בגישה לפרוסקופית זוהתה דליפת מרה מאזור דרכי מרה. הניתוח עבר לגישה פתוחה, בוצעה אקספלורציה וזוהתה פגיעה יאטרוגנית ב-CHD כ-1 ס"מ מתחת לביפורקציה. רוחב ה-CHD הינו 4 מ"מ, פגיעה מעל ל-50% מההיקף. מה האופציה הניתוחית המועדפת במקרה הזה?

- א. תיקון ראשוני על T-TUBE
- ב. Hepatico-Doudenostomy
- ג. Roux en Y Hepatico-Jejunostomy
- ד. כריתה והשקה קצה לקצה ללא T-TUBE

שאלה 135:

בת 55 במהלך הכנה לניתוח בריאטרי מסוג שרוול קיבה עברה US בטן שהדגים ממצא פוליפואידי בגודל 12 מ"מ בכיס מרה, ללא עדות לאבנים.
מה ההמלצה להמשך טיפול?

- א. מעקב סונוגרפי פעם ב-3 חודשים
- ב. מעקב סונוגרפי פעם ב-6 חודשים
- ג. כריתת כיס מרה בגישה לפרוסקופית
- ד. כריתת כיס מרה בגישה פתוחה

שאלה 136:

בן 76 לאחר ניתוח כריתת כיס מרה בגישה לפרוסקופית במהלך תקין. מגיע למרפאה לצורך ביקורת וקבלת תשובת פתולוגיה. בפתולוגיה אדנוקרצינומה של כיס מרה עם חדירה לסרוזה. מה ההמלצה להמשך הטיפול?

- א. טיפול קרינתי למיטת הניתוח
- ב. ניתוח חוזר לצורך הרחבת שוליים של 2 ס"מ במיטת הכבד ודיסקציה של בלוטות לימפה
- ג. ניתוח חוזר – Central Hepatectomy
- ד. ניתוח חוזר – Debulking

שאלה 137:

בן 28, בעל תסמונת Down, מתייצג עם אי סבילות למזון והקאות. כחלק מבירור מצבו מבוצע CT (מצורפת תמונה) בו נצפה מבנה פרנכימטי המקיף את התרסריון בחלקו השני (התרסריון מסומן בחץ לבן) בכל היקפו.



מה הטיפול הכירורגי המתאים למצב זה?

- א. כריתת תרסריון והשקת קיבה לגי'ונום
- ב. כריתת ראש לבלב
- ג. מעקף דואודנו-גי'ונוסטומיה
- ד. כריתת לבלב מלאה

שאלה 138:

איזה אנזים מפעיל את הטריפסינוגן בתרסריון?

- א. אנטרוקינאז
- ב. ליפאז
- ג. עמילאז
- ד. קוליפאז

שאלה 139:

מה תפקידו המרכזי של ההורמון סקרטין בפעולתו בלבלב?

- א. הפרשת אנזימי עיכול
- ב. הפרשת מים, ביקרבונט ואלקטרוליטים
- ג. פירוק שומנים
- ד. הפעלת אנזימים בלבלב

שאלה 140:

מהו הגורם השכיח ביותר לדלקת לבלב חריפה בעולם המערבי?

- א. צריכת אלכוהול
- ב. אבני מרה
- ג. היפרקלצמיה
- ד. היפרטריגליצרידמיה

שאלה 141:

איזה כלי דם פרט ל-short gastric artery ניתן לפגוש במהלך ניתוח לכריתת טחול בזמן פתיחת ה-gastro-splenic ligament?

- א. left gastroepiploic artery
- ב. right gastroepiploic artery
- ג. left gastric artery
- ד. right gastric artery

שאלה 142:

בת 74, מטופלת במחלקה אונקולוגית. כחלק מהמעקב, בוצע PET-CT שהדגים קליטה פתולוגית בטחול.

איזו מבין הממאיריות הסולידיות הבאות סביר שיש למטופלת?

- א. קרצינומה של כליה
- ב. קרצינומה של קולון
- ג. מלנומה
- ד. קרצינומה של לבלב

שאלה 143:

מה נכון לגבי תסמונת המדור בגפיים התחתונות?

- א. אי-ביצוע פציוטומיה הולמת לאחר שחזור וסקולרי הינה הסיבה השכיחה ביותר לאבדן בר-מניעה של גפה עם איסכמיה חדה
- ב. תסמונת מדור של הירך הינה הסיבה השכיחה ביותר לביצוע של פציוטומיה
- ג. תסמונת מדור שכיחה לאחר חבלות קהות ונדירה לאחר חבלות חודרות בשל ניקוז ספונטני של הלחץ דרך הפצע החודר
- ד. אבדן דופק עורקי דיסטלי הינו סימן קליני מוקדם וזיהוי יאפשר שיפור בפרוגנוזה

שאלה 144:

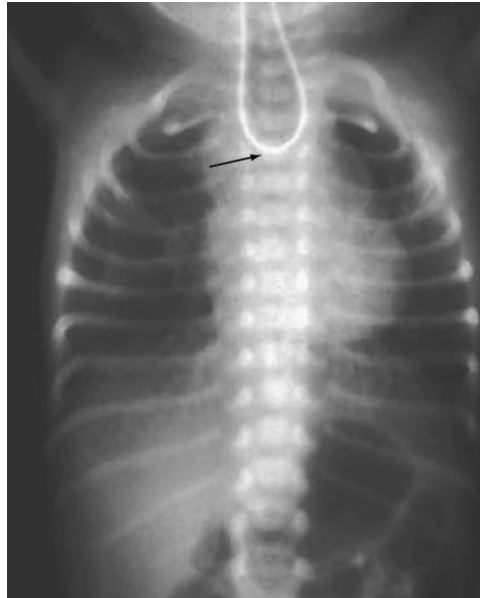
בן 30 נפצע בתאונת אופנוע והתקבל לחדר ההלם במחלקה לרפואה דחופה. טופל במנת דם לאור טכיקרדיה. הפצוע השלים CT מח ששלל חבלת ראש ו-CT חזה שהדגים קרע דרגה 2 באבי העורקים, ללא המטומה מלווה, מיד לאחר מוצא העורק התת-בריחי השמאלי. CT בטן הדגים קרע בטחול דרגה 5 עם נוזל דמי בכל רבעי הבטן. עם סיום הבדיקה הפצוע חיוור, מזיע דופק 120, ל"ד 110/70.

מה הטיפול הנכון במקרה זה?

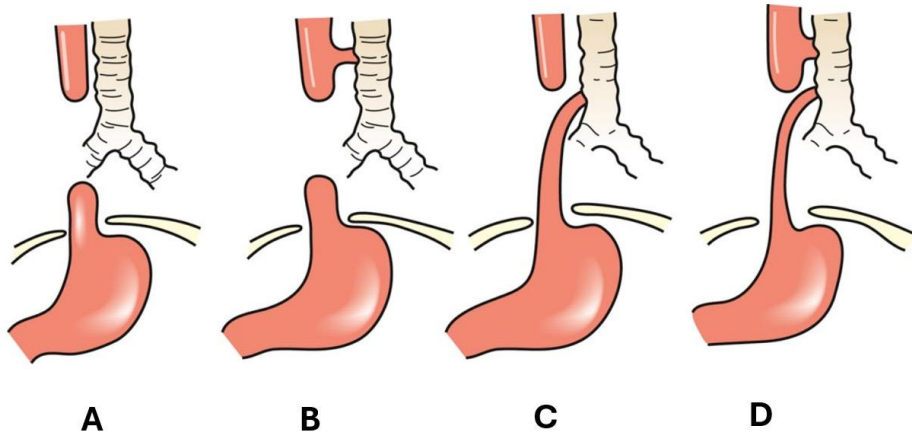
- א. אמבוליזציה של הטחול ולאחר מכן תיקון הקרע באבי העורקים בגישה אנדו-וסקולרית
- ב. תיקון הקרע באבי העורקים בגישה אנדו-וסקולרית ולאחר מכן לפרוטומיה חוקרת
- ג. לפרוטומיה חוקרת ולאחר מכן תיקון הקרע באבי העורקים בגישה פתוחה
- ד. לפרוטומיה חוקרת ולאחר מכן תיקון הקרע באבי העורקים בגישה אנדו-וסקולרית

שאלה 145:

תינוק, שבמעקב ההיריון שלו היה ידוע על polyhydramnios, החל להשתעל ולפתח ציאנוזיס מיד לאחר הלידה. הצוות הסעודי לא הצליח להכניס זונדה מעבר ל-10 ס"מ. בוצע צילום חזה-בטן (מצורפת תמונה).



בהתאם לתרשים המצורף, באיזה פיסטולה הכי סביר שמדובר במקרה זה?



- A .א
- B .ב
- C .ג
- D .ד

שאלה 146:

פג במשקל לידה של 1200 גרם נולד בשבוע 30 להריון ומאושפז בפגיה. בגיל 7 ימים, התחיל להקיא לאחר האכלה בפורמולה, הופיעה נפיחות בבטן מלווה בצואה דמית. בבדיקה: הבטן תפוחה ורגישה למגע אך ללא צלוליטיס. במעבדה: לויקופוניה, חמצת מטבולית ועליה בלקטט. צילום בטן מראה תמונה של Pneumatosis Intestinalis ללא אויר חופשי.

מה הגישה הטיפולית המתאימה בשלב זה?

- זונדה לניקוז, החייאת נוזלים, אנטיביוטיקה רחבת טווח והשגחה
- ניתוח דחוף לכריתת המעי הנגוע והוצאת אליוסטומיה
- הכנסת נקז מלעורי
- מתן סטרואידים להבשלת הריאות והמעי

נתונים לשאלות 147-148:

בן שנה התקבל למיון עם תלונה של הוריו על התקפי בכי פתאומי מלווים בהקאות, וזאת לאחר שהחלים משבוע של שלשולים. ההורים מדווחים על יציאה אחת עם מעט ריר דמי. בבדיקה: יציב המודינמי, בטן רכה אך תפוחה ורגישות קלה עם גוש נמוש בבטן ימנית תחתונה. בדיקת אולטרסאונד הדגימה Target Sign בקוטר 2.5 ס"מ במעי דק סופי בבטן ימנית תחתונה.

שאלה 147:

מהו הטיפול הראשוני הנכון?

- ניתוח חירום
- מתן נוזלים, החדרת זונדה והשגחה
- ניסיון רדוקציה לא ניתוחי עם חוקן אוויר תחת שיקוף
- קולונוסקופיה עם כניסה למעי דק

שאלה 148:

לאחר הטיפול וחלוף הסימפטומים התינוק משתחרר מהמיון לביתו אך שב למיון כעבור 12 שעות עם תמונה קלינית וסונוגרפית המדגימה את אותם ממצאים.

מהו הטיפול הנכון בשלב זה?

- ניתוח חירום
- מתן נוזלים, החדרת זונדה והשגחה
- ניסיון רדוקציה לא ניתוחי נוסף עם חוקן אוויר תחת שיקוף
- השלמת סיטי בטן לשלילת דלקת בתוספתן

שאלה 149:

מטופלת בהריון בטרימסטר שני הגיעה למיון עם תלונות מרובות על צרבות, בחילות, הקאות, עצירות וטחורים. בבדיקת דם הודגמה אנמיה עם עלייה קלה במדדי הדלקת. מה מהבאים יסביר לפחות חלק מהסימפטומים של המטופלת?

- עלייה במוביליות המעי הדק וירידה בזמן המעבר במעי גורמת לעצירות
- ירידה בספיגת מזון יחד עם צריכה מוגברת של ברזל על ידי העובר גורמת לאנמיה
- עליה בל"ד פורטלי גורמת לעלייה בלחץ הוריד ושלולה לגרום לטחורים
- ירידה בנפח המרה בכיס המרה, הגורמת ליצירה מוגברת של אבני מרה

שאלה 150:

במקרה המתנהל בבית משפט התובעת מציינת כי ילדה תינוק עם מומים עובריים ב-Neural tube וב-Urinary tract. היא טוענת כי קיבלה אנטיביוטיקה במהלך הריונה. מה האנטיביוטיקה אותה סביר שקיבלה במהלך ההריון?

- Metronidazole
- Trimethoprim/Sulfamethoxazole
- Gentamicin
- Doxycycline

בהצלחה