

1. מטופל עם אי ספיקת לב ימנית סובל מהגדלת כבד. בביופסיית כבד נצפים אזורים של איסכמיה באזור 3 (pericentral zone). מהי ההשלכה המטאבולית הצפויה?

- א. ירידה ביכולת לבצע מטבוליזם של תרופות.
- ב. ירידה בסינתזת חלבוני קרישה (Factors II, VII, IX, X).
- ג. ירידה ביכולת לייצר גלוקוז מגליקוגן.
- ד. ירידה באגירת ברזל בהפטוציטים.

2. לפי ECCO guidelines on malignances משנת 2023, באיזה מהמקרים הבאים לא קיימת התוויה לחזור על קולונוסקופיה בחולי קוליטיס כיבית שנה לאחר הבדיקה הקודמת?

- א. בן 40 עם פרוקטיטיס הסובל מ- primary sclerosing cholangitis (PSC) מזה שנה ונמצא בהפוגה קלינית ואנדוסקופית.
- ב. בת 45 שמחלתה מערבת את המעי השמאלי מזה 9 שנים. קולונוסקופיה תקינה לפני שנה. באחותה בת 47 אובחן סרטן המעי הגס לפני חודש.
- ג. בת 60 שמחלתה מערבת את כל המעי הגס. לפני 6 שנים נכרתה אדנומה טובולרית מהרקטום. בקולונוסקופיה לפני שנה הפוגה אנדוסקופית ללא עדות לפוליפים.
- ד. בת 30 שמחלתה רציפה עד המעי העולה ונמצאת בהפוגה אנדוסקופית. בבדיקה לפני שנה היצרות במעי הרוחבי, אשר ניתנת למעבר. ביופסיות תקינות.

3. מה מהבאים נכון לגבי הטיפול בבליעת גופים זרים במערכת העיכול העליונה?

- א. גופים זרים חדים בושט דורשים הוצאה בתוך 24 שעות.
- ב. אין צורך בהוצאה אנדוסקופית של מברשת שיניים באורך 11 ס"מ.
- ג. ניתן לעקוב במשך 3-4 שבועות במבוגר בריא עם מטבע בקוטר כ- 15 מ"מ בקיבה.
- ד. הוצאה אנדוסקופית מיידית נדרשת באדם שבלע שקיות המכילות סמים.

4. מה השכיחות של אדנומה עם היסטולוגיה מתקדמת בקולונוסקופיית סקר באוכלוסייה בסיכון ממוצע מעל גיל 50?

- א. 0.5-2%.
- ב. 4-7%.
- ג. 20-30%.
- ד. 40-50%.

5. על סמך ACG GUIDELINES משנת 2024, במטופל ללא תסמינים, באיזה מהמצאים הבאים של כבד הדמייתי אקראי נדרש מעקב לאחר האבחון הראשוני?

- א. בת 60, ציסטה פשוטה בגודל 8 סמ'.
- ב. בת 40, FNH בגודל 3 סמ'.
- ג. בת 56, BILARY HAMRTOMA בגודל 1 סמ'.
- ד. בת 64, אדנומה בגודל 2 סמ'.

6. לפי ה- ECCO Guidelines, מה מהבאים משקף בצורה המדויקת ביותר את פעילותה של התרופה Risankizumab כטיפול במחלת קרוהן?

- א. לא הוכחה השפעה על רמיסיה אנדוסקופית בקרוהן.
- ב. יותר יעיל Ustekinumab בהשראת רמיסיה בחולים שטופלו בעבר בנוגדי TNF.
- ג. יעיל בטיפול בדלקת מפרקים אקסילית.
- ד. מיועד רק לחולים שכשלו בטיפול קודם בנוגדי TNF.

7. גבר בן 78 סובל מקשיי בליעה. בצילום ושט עליון ובגסטרוסקופיה (המוצגים להלן) מודגמת פתולוגיה טיפוסית:



מה מהבאים מתאר בצורה נכונה את המאפיינים של הבעיה הרפואית שלו?

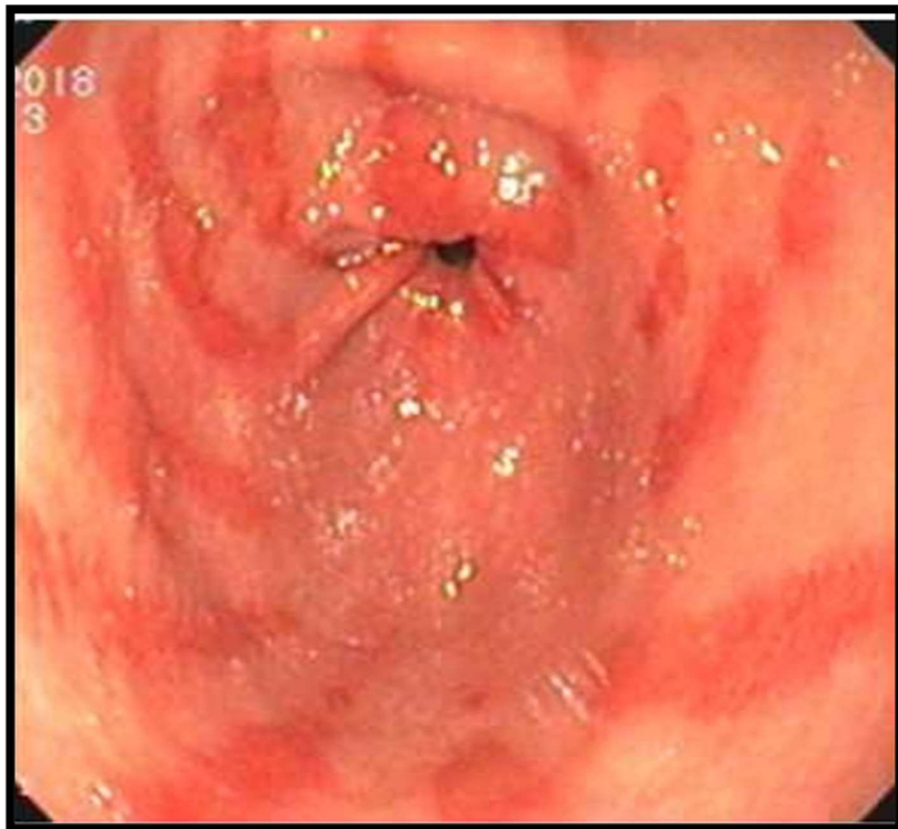
- א. השכיחות גבוהה יותר בנשים לעומת גברים.
- ב. מדובר במום מולד שבא לידי ביטוי קליני בעיקר בעשור החמישי או השישי לחיים.
- ג. מאופיין בבליטה של כל שכבות דופן הוושט דרך משולש קיליאן (Killian's triangle).
- ד. קיימת ירידה בהיענות השרירים המעורבים בבליעה.

8. בן 19, ללא מחלות רקע, סובל ב- 4 הימים האחרונים מכאב עז בבליעה, חולשה וחום עד 37.7. בבדיקתו - ללא ממצא חריג. גסטרוסקופיה מדגימה כיבים שטחיים קטנים מ- 3 מ"מ בוושט הדיסטלי.

מהו הגורם הסביר יותר להסתמנות זו?

- א. Cytomegalovirus.
- ב. Herpes simplex virus.
- ג. Human papilloma virus.
- ד. Epstein-Barr virus.

9. חולה דיאליזה בן 67 מגיע לבדיקה עקב אנמיה תסמינית ומלנה. המוגלובין 6.9 גרם\דצ"ל. בגסטרוסקופיה מודגמת התמונה הבאה:



טיפול תרופתי ואנדוסקופי לא הביאו להפסקת הדימום.

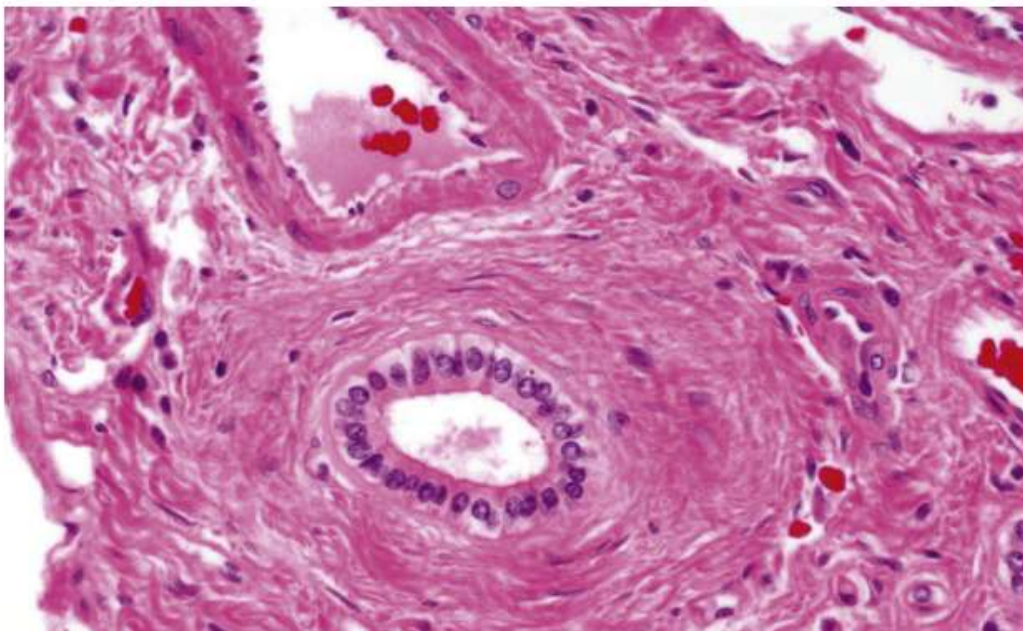
מה הטיפול המתאים בשלב זה?

- א. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt.
- ב. כריתת אנטרום הקיבה.
- ג. כריתת כל הקיבה.
- ד. אמבולזציה אנגיוגרפית.

10. מה מהבאים נכון בנוגע לפנקראטיטיס אוטואימונית מסוג 2?

- א. מהווה יותר מ- 50% מכלל המקרים של פנקראטיטיס אוטואימונית.
- ב. מתבטאת כדלקת לבלב חריפה בפחות מ- 10% מהמקרים.
- ג. ממצא היסטולוגי אופייני הינו granulocyte-epithelial lesion.
- ד. כמחצית מהמטופלים חווים הישנות של המחלה לאחר הפסקת הטיפול בסטרואידים.

11. בן 52 בריא מופנה להערכה עקב צהבת, גרד וירידה במשקל. במעבדה בולטת הפרעה כולסטטית ובילירובין שברובו ישיר. המטופל מופנה לביופסיית כבד המופיעה להלן:



מה האבחנה בהסתמך על הממצאים בביופסיה?

- א. Hepatoma
- ב. Primary sclerosing cholangitis
- ג. Primary biliary cirrhosis
- ד. Drug induced liver injury

12. למרפאת הכבד מגיע מטופל בן 48 אשר סבל שנים רבות ממחלת כבד אלכוהולית. עד כה השחמת היתה מפוצה. ה-BMI של המטופל הוא 28kg/m^2 . הוא משלים בדיקת Vibration Controlled Transient Elastography (VCTE) המדגימה אלסטוגרפיה בכבד של 12kPa .
בדיקות דם נוספות של המטופל:

ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
$< 1\text{ mg/dL}$	1.1 mg/dL	Bilirubin
$0.9-1.2$	1.1	INR
$3.5-5.5\text{ g/dL}$	3.8 g/dL	Albumin
—	$210,000/\text{mm}^3$	Platelets
—	14.1 g/dL	Hemoglobin

לפי עקרונות BAVENO-7, מה מהבאים יש להמליץ למטופל?

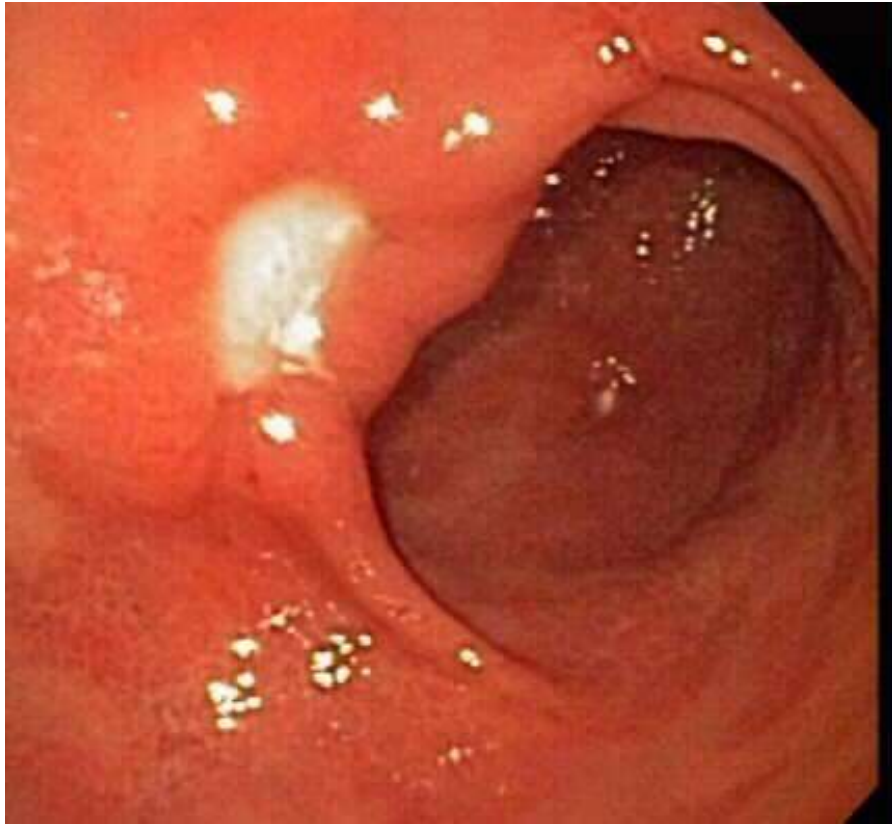
- יש להתחיל טיפול ב-Carvedilol במינון התחלתי של 3.125 מ"ג פעמיים ביום.
- יש להשלים מדידת Hepatic-Venous-Pressure-Gradient (HVPG) על מנת להתאים את הטיפול המדויק למטופל.
- יש להשלים בדיקת גסטרוסקופיה על מנת להעריך נוכחות של דליות בוושט או בקיבה.
- המשך מעקב במרפאה כחולה שחמת.

13. בן 55 עם סרטן מעי גס, MSI-H, בצביעת חלבוני MMR - היעדר ביטוי של החלבונים MLH1/PMS2 ברקמת הגידול.

מה מהבאים נכון בהתייחס למטופל זה?

- רוב המטופלים עם הפנוטיפ הנ"ל מתגלים כנשאים של תסמונת לינץ'.
- פרוגנוזה טובה יותר ביחס לסרטן ללא MSI-H.
- בדרך כלל בדיקת BRAF תקינה אם מדובר בגידול ספורדי.
- הגידול מתאפיין ב-Tumor Initiation מואץ.

14. בן 60 המטופל באספירין עקב מחלת לב איסכמית, עבר צינתור התערבותי לפני 5 שנים. הוא מתלונן על כאבי בטן עליונה מזה שבועיים, מוחמרים בצום ומוקלים על ידי אכילה. בוצעה גסטרוסקופיה ונראה הממצא הבא בקיבה:



נלקחו דגימות משולי הממצא ומאזור האנטרום, וכל הדגימות הראו דלקת כרונית פעילה ללא *H. pylori*.

מהו השלב הבא בטיפול?

- א. טיפול ב-PPI למשך חודשיים, ואז לבצע גסטרוסקופיה לביקורת.
- ב. טיפול ב-PPI למשך חודשיים, שבועיים לאחר הפסקת הטיפול לבצע בדיקת צואה לאנטיגן HP.
- ג. להחליף אספירין בפלביקס.
- ד. טיפול ב-PPI עד לקבלת תוצאות רמת גסטרין בדם.

15. מה מבין הבאים מהווה גורם סיכון ל-ERCP Post pancreatitis?

- א. גיל צעיר.
- ב. מין זכר.
- ג. סרטן לבלב.
- ד. פנקריטיטיס כרונית.

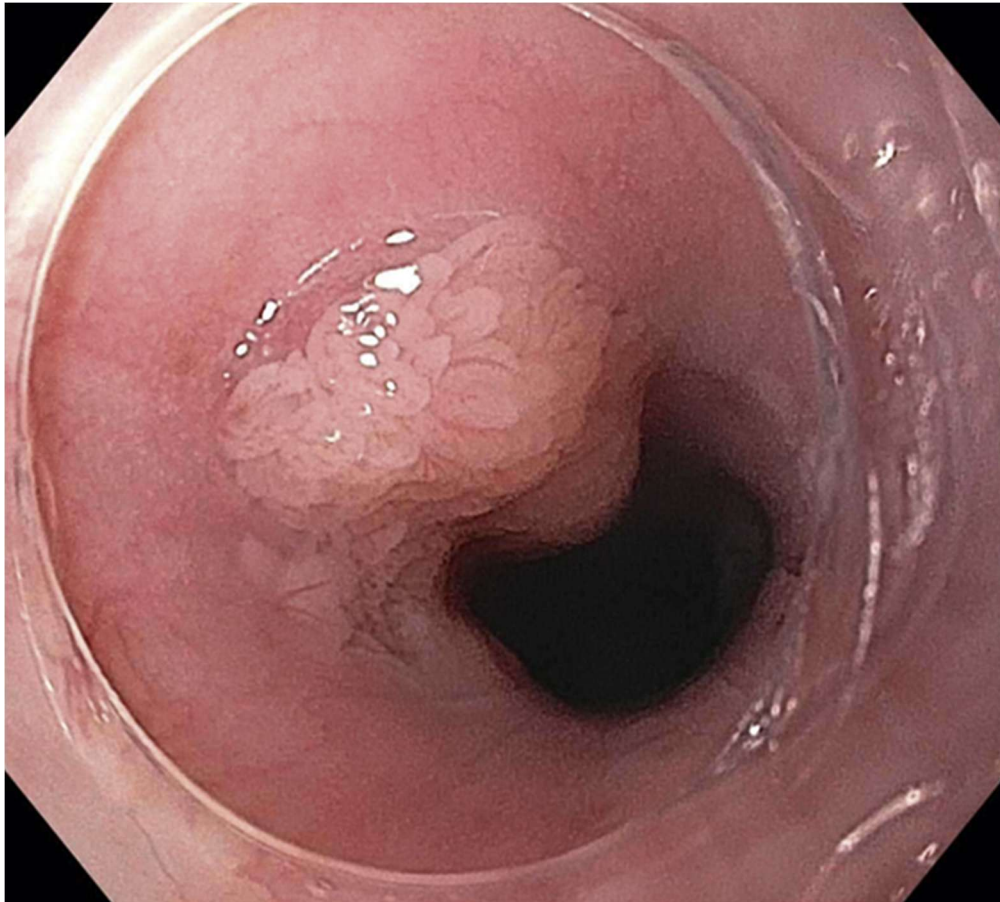
16. מי מהבאים לא יזדקק לטיפול אנטיביוטי מניעתי?

- א. גבר בן 50 ללא מחלות כרוניות, מועמד ל- EUS לניקוז sterile Walled-Off Necrosis בשל אפקט מסה.
- ב. בת 29 עם ulcerative colitis + Primary Sclerosing Cholangitis, היצרות דומיננטית בדרכי מרה ב- MRCP, מועמדת ל- ERCP. ללא חום או עלייה במדדי דלקת.
- ג. בן 66 עם צירוזיס ודימום מדליות, לקראת גסטרוסקופיה.
- ד. בן 55 עם מסתם אאורטלי מכני, מועמד לקולונוסקופיה עם כריתת פוליפ ססילי 20 בסיגמואיד.

17. מה מהבאים נכון לגבי פגיעה במעי הדק ע"י NSAID?

- א. שימוש בו זמני ב- PPI יכול להחמיר את הפגיעה ברירית המעי הדק.
 - ב. שכיחות הפגיעה דומה בשימוש במעכב ב- COX-2 ו- NSAID.
 - ג. נגרמת עקב חשיפה מקומית ממושכת בלבד.
 - ד. הוספת clopidogrel לטיפול ב- aspirin מגינה מפני פגיעה ברירית.
-

18. בן 40, עם עודף משקל, סובל מצרבת מזה 3 שנים, ללא דיספגיה.
בגסטרוסקופיה מודגם בוושט תחתון הממצא בתמונה:



בעת לקיחת ביופסיה הממצא הוא רך.

מהי האבחנה הסבירה יותר?

- א. Granular Cell Tumor
- ב. Squamous Papilloma
- ג. Inflammatory Fibroid Polyp
- ד. Fibrovascular Polyp

19. בן 70, הסובל מיתר לחץ דם וסכרת, אושפז בעקבות הלם ספטי ממקור ריאתי. במהלך האשפוז חלה עלייה חדה באנזימי כבד.

הנתונים הביוכימיים הבאים נמדדו במהלך האשפוז:

יום	AST	ALT	LDH	ALP	Bilirubin Total
0	3500	2900	3200	150	1.6
3	420	380	420	140	1.2

נשלל שימוש בתרופות חדשות, למעט טיפול אנטיביוטי תומך, ואין סימנים למחלה כבדית כרונית.

מהו הגורם הסביר ביותר למצב המתואר?

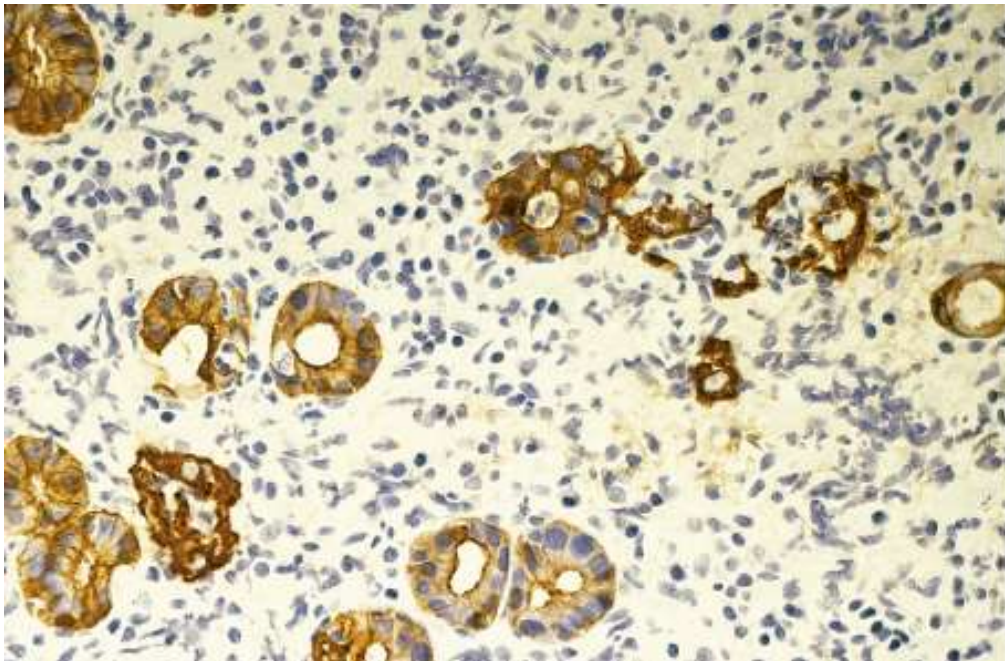
- הפטיטיס נגיפית חריפה.
- הפטיטיס אסכמית.
- פגיעה תרופתית על רקע נטילת אוגמנטין.
- חסימה חדה של דרכי המרה.

20. במחלקה פנימית מאושפז קשיש עם דמנציה בשל הידרדרות כללית במצבו. עקב קשיי האכלה מתחילים בהזנה אנטרלית דרך זונדה (tube nasogastric). כעבור מספר ימים הצוות מדווח על חשד לאספירציה בעת מתן ההזנה.

מה מהבאים נכון לגבי האפשרויות להקטנת הסיכון לסיבוך?

- הזנה פוסט-פילורית עדיפה על הזנה לקיבה.
- הזנה בבולוסים על ידי מזרק עדיפה על הזנה מתמשכת באמצעות משאבה.
- תרכובת מזון בעלת צפיפות קלורית נמוכה ונפח גדול עדיפה על הזנה עם צפיפות קלורית גבוהה ונפח קטן.
- הזנה באמצעות PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy).

21. אישה בריאה בת 56 עוברת גסטרוסקופיה עקב תלונות דיספפטיות. בבדיקה נמצאה רירית מעט היפראמית באנטרום ומעט נודולריות בגוף קיבה. נלקחות ביופסיות המדגימות את הממצא הבא:



איזו מהבדיקות הבאות לא תורמת להמשך הבירור בשלב זה?

- א. PET CT.
- ב. EUS.
- ג. בדיקה א.א.ג.
- ד. ביופסיית מח עצם.

22. מה מהבאים נכון באשר לטיפול בריבוי חיידקים במעי הדק (SIBO)?

- א. ברבע מהמטופלים בדיקת הנשיפה תהפוך תקינה בעקבות הטיפול.
- ב. דיאטה דלת FODMAP לא יעילה.
- ג. אין התאמה בין התגובה לטיפול לשינוי בתוצאות תבחין הנשיפה.
- ד. טיפול אנטיביוטי מחזורי מפחית חזרת תסמיני SIBO.

23. מטופל מפתח חום וכאבי בטן יומיים לאחר כריתה חלקית של הכבד. בנקז הניתוחי לא מופרש נוזל מרה.

ERCP שבוצע מדגים את הממצא הבא:



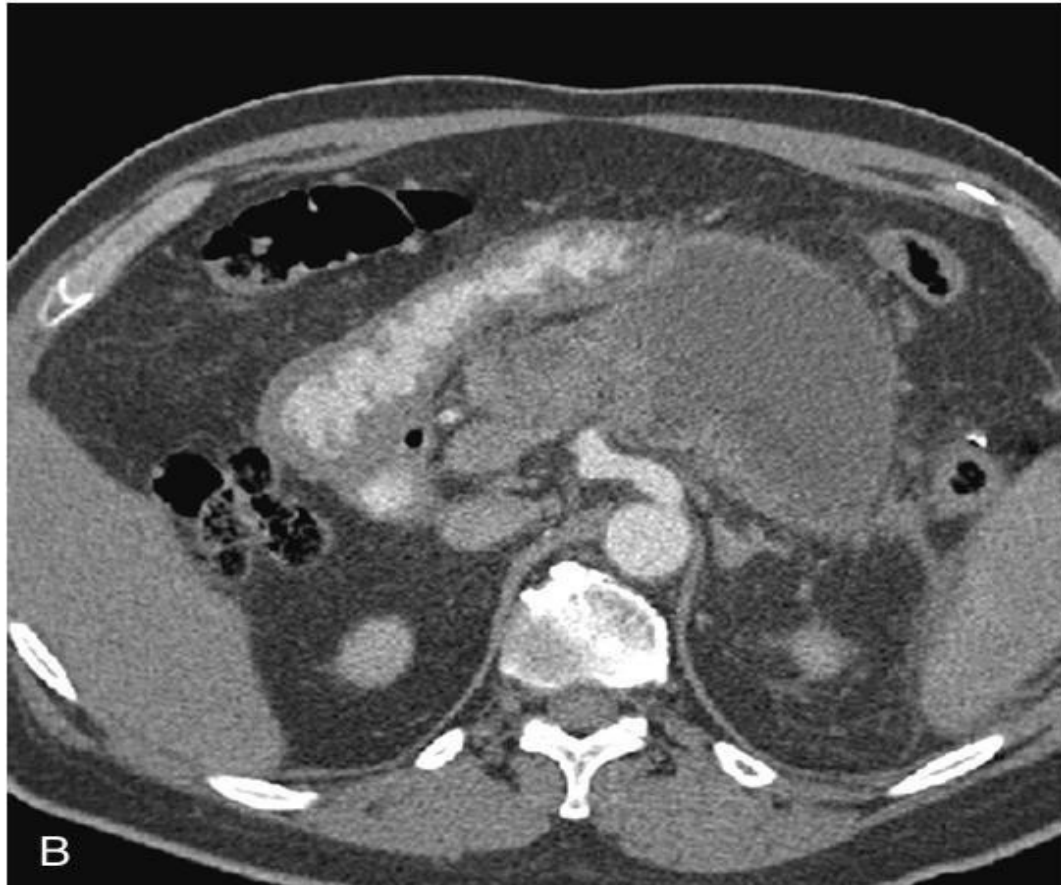
מה הטיפול המקובל?

- א. ניקוז חיצוני.
- ב. טיפול ניתוחי דפנטיבי.
- ג. ניקוז פנימי ב- ERCP.
- ד. מעקב וטיפול אנטיביוטי.

24. בן 60 שוחרר מאשפוז לפני 6 שבועות עקב פנקראטיטיס. הוא עובר בדיקה עקב כאב בטן, בחילה, הקאה, חוסר תיאבון וירידה במשקל בחודש האחרון. הוא שולל עליית חום או צמרמורת. במעבדה: המוגלובין 11.5 גרם/דצ"ל, לויקוציטים 8000 למיקרוליטר, טסיות 250000 למיקרוליטר.

תפקודי כבד, כליות, רמת עמילאז וליפאז תקינים, חלבון כללי 6 גרם/דצ"ל, אלבומין 3.1 גרם/דצ"ל.

ב-CT בטן ביקורת שבוצע יום טרם הגעתו למרפאה נצפה הממצא הבא:



מהי ההמלצה הנכונה לטיפול בחולה?

- א. הכנסת סטנט לצינור הבלב ב-ERCP.
- ב. ניקוז אנדוסקופי באמצעות LAMS – Lumen Apposing Metal Stent.
- ג. ניקוז ניתוחי.
- ד. טיפול בהזנה תוך ורידית (TPN וביצוע CT בטן ביקורת כעבור חודש).

25. בן 22, המקיים יחסים חד-מיניים, מתלונן בימים האחרונים על טנסמוס וריבוי הפרשות רקטליות. מציין כי קיים יחסי מין לאחרונה עם מספר פרטנרים.

מהו הגורם הסביר לתלונתו?

- א. סיפיליס Syphilis.
- ב. גונוריה Gonorrhea.
- ג. לימפוגרנומה ונרום (Lymphogranuloma venereum).
- ד. פפילומה HPV.

26. מה מהבאים מפחית את הסיכון להופעת מחלת קרוהן?

- א. שימוש באנטיביוטיקה בילדות.
- ב. שימוש בגלולות למניעת הריון.
- ג. צריכה גבוהה של קפה.
- ד. רמות ויטמין D נמוכות בדם.

27. גבר בן 62 עם הפטיטיס C, אובחן עם קרצינומה הפטוצלולרית (HCC). בבדיקת הדמיה הודגם נגע בודד בגודל 3.5 ס"מ באונה הימנית של הכבד, ללא חדירה לכלי דם וללא גרורות. ציון Child-Pugh הוא A ומצבו התפקודי (Performance Status) הוא 0. בהתאם לקריטריונים של Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), מהי האסטרטגיה הטיפולית הראשונית המתאימה ביותר?

- א. השתלת כבד.
- ב. כימואמבוליזציה עורקית (TACE).
- ג. טיפול סיסטמי ב-SORAFENIB.
- ד. כריתה כירורגית.

28. בת 58, אובחנה לאחרונה כסובלת מהפטיטיס אוטואימונית (AIH). בביופסיה עדות לפיברוזיס דרגה 6 (Ishak) ברקמת הכבד.

לפי הנחיות ה-EASL על AIH מ-2025, מה יהיה הצעד הראשון בטיפול?

- א. התחלת טיפול ב-Prednisone במינון של 1-0.5 mg/kg ליום.
- ב. התחלת טיפול ב-Budesonide במינון של 3 מ"ג 3 פעמים ביום.
- ג. התחלת טיפול ב-Azathioprine במינון של 50 mg/day עם טיטרציה עד 2-1 mg/kg ליום.
- ד. התחלת טיפול ב-Mycophenolate mofetil במינון של 1.5-2 gr/day.

29. לפי ה-ECCO guidelines on extraintestinal manifestations שפורסמו בשנת 2024, מה מהבאים נכון לגביי קרישיות יתר בחולי מחלות מעי דלקתיות?

- א. השכיחות של אירועי קרישה ורידיים (VTE- venous thromboembolism) גבוהה יותר בקוליטיס כיבית מאשר בקרוהן.
- ב. גורם הסיכון הכי משמעותי לאירועי קרישיות הוא שימוש בתרופות מסוג נוגדי JAK.
- ג. הסיכון היחסי (relative risk) להתפתחות קרישי דם גבוה פי 5 בחולים במחלות מעי דלקתיות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.
- ד. גורמי סיכון משמעותיים כוללים מחלה פעילה ואשפוז.

30. אישה בת 68 מתלוננת מזה 6 חודשים על הכתמת צואה. היא מבחינה בדליפה רק כשמריחה או רואה לכלוך, ללא תחושת דחיפות. מציינת יציאה אחת מוצקה מידי בוקר, ללא שלשול. בבדיקה רקטלית –טונוס מנוחה נמוך מאוד, אך עוצמת כיווץ רצונית תקינה וממושכת. מנומטריה אנורקטלית: לחץ מנוחה נמוך ולחץ כיווץ מירבי תקין. ללא דסנרגיה. סיפי תחושה תקינים. פגיעה בתפקוד מה מבין הבאים גורם לתסמינים המתוארים לעיל בסבירות הגבוהה ביותר?

- א. הסוגר האנאלי פנימי.
- ב. הסוגר האנאלי החיצוני.
- ג. עצב הפודנדל.
- ד. סיבי תחושה רקטליים.

31. בקולונוסקופיה נכרת פוליפ ססילי בקוטר 2 ס"מ Paris Is בחלקים במעי עולה. בתשובת הפתולוגיה אחד החלקים עם intra-mucosal carcinoma. מה ההמלצה הנכונה להמשך?

- א. כריתת מעי גס ימני.
- ב. CT בטן.
- ג. חזרה על הבדיקה כעבור 6-12 חודשים.
- ד. חזרה על הבדיקה כעבור 3 שנים.

32. בן 24, מגיע למיון עם תלונות על צהבת, עייפות וחום מזה שבועיים.
בבדיקות המעבדה:

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס
ALT	560 U/mL	< 30 U/mL
AST	470 U/mL	< 35 U/mL
Alkaline phosphatase	130 U/mL	< 120 U/mL
GGT	60 U/mL	< 40 U/mL
Total Bilirubin	5 mg/dL	< 1 mg/dL
INR	1.0	0.9–1.2
Albumin	3.7 g/dL	3.5–5.5 g/dL

בבירור באשפוז מתגלה IgM Anti-HAV. בבדיקה גופנית המטופל עירני, אך מלין על כאבי בטן בבטן ימנית עליונה.
מה מהבאים נכון לגבי מחלתו של המטופל?

- יש להעביר את המטופל למרכז השתלות בהקדם.
- אין יתרון בחיסון פעיל של אשתו כנגד HAV.
- הסיכון לתמותה עולה במידה שרמת הקריאטינין בדם תעלה מעל 2 mg/dL.
- Relapsing Cholestasis מופיע אצל 40-60% מהנדבקים בנגיף.

33. בן 35, עם כתמים היפרפיגמנטריים על פני השפה, עבר קולונוסקופיה. בבדיקה הוסרו מספר פוליפים המרטוטניים.
מה מהבאים נכון לגבי התסמונת?

- סיכון מוגבר לסרטן לבלב.
- קיימת קורלציה בין חומרת הפוליפוזיס לבין הנטייה לסרטן במעי הגס.
- מתאפיינת בריבוי טלנגיאקטוזיות במעי.
- סיכון מוגבר לגידולים במערכת העצבים המרכזית.

34. לפי המאמר על תרופות לטיפול בהשמנה שפורסם ב-JAMA 2024, מה מהבאים נכון?

- Orlistat לא מביאה להפחתה בסיבוכים הקרדיו-מטבוליים של השמנה.
- Phentermine עשויה לגרום לעלייה בערכי לייד בשכיחות גבוהה.
- Naltrexone-Bupropion מביאה לירידה בערכי לייד סיסטולי בהתאמה למידת הירידה במשקל.
- בהשוואה ישירה נמצא ש-Semaglutide מביאה לירידה גדולה יותר במשקל לעומת Liraglutide.

35. מטופל בן 30 עובר בירור לשלשול ממושך מלווה בכאבי בטן. במעבדה ספירת לימפוציטים נמוכה. במסגרת הבירור נמצא שהוא חולה AIDS עם ספירת CD4 של $70/\text{mm}^3$. תרבויות צואה וצביעות לחיידקים ופרזיטים שליליות. לאור זאת, המטופל עובר קולונוסקופיה שמדגימה דימומים תת-אפיתליאליים וכיבים במעי הגס. נלקחות דגימות.

מה האטיולוגיה השכיחה לשלשול בחולה זה?

- א. *Giardia lamblia*.
- ב. וירוס HIV בעצמו ללא מזהם נוסף.
- ג. לימפומה של המעי.
- ד. CMV.

36. בת 30, ילידת אתיופיה, במעקב עקב HbeAG Positive Chronic Infection. ידוע על הדבקה ורטיקלית מהאם. נוגדנים שליליים ל-HDV. בשנתיים האחרונות ערכי ALT ו-AST בטווח התקין-נמוך. ללא הפרעה כולסטטית. תפקוד סינטטי כבדי תקין. עומס נגיפי של HBV DNA באופן קבוע מעל 10^8 IU/mL . בדיקת Vibration Controlled Transient Elastography (VCTE) שבוצעה לאחרונה מדגימה קשיחות כבדית של 4.1 kPa. המטופלת מדווחת כי אימה בת ה-60 נפטרה לפני כשבוע מסיבוכי שחמת.

מה הצעד הנכון הבא בניהול המקרה?

- א. התחלת טיפול ב-Pegylated interferon alfa למשך 48 שבועות.
- ב. התחלת טיפול ב-Nucleos(t)ide Analogs ללא הגבלת זמן.
- ג. השלמת ביופסיית כבד על מנת להעריך באופן מדויק את מצב הפיברוזיס בכבד.
- ד. מעקב אחר אנזימי הכבד ועומס נגיפי של HBV בכל 3 חודשים.

37. חולת קרוהן בהריון בשבוע 8, שלא הייתה במעקב מספר שנים ולא קיבלה טיפול קבוע, מתלוננת על אי נוחות בבטן ימין תחתונה ועל 3–4 יציאות רכות ביום. בבדיקות המעבדה: המוגלובין 9 גרם/דצ"ל, CRP מוגבר (30), קלפרוטקטין בצואה 400. בדיקת צואה שלילית לזיהום פתוגני.

על פי ה-ECCO Guidelines, מהי בדיקת הבחירה להערכת פעילות המחלה?

- א. MRI מעי (MRE).
- ב. אולטרסאונד של המעי (IUS).
- ג. קולונוסקופיה.
- ד. בדיקת וידאו קפסולה.

38. אישה בת 56 מתלוננת על עצירות מזה 18 חודשים. היא מתארת יציאה אחת בכל 3–4 ימים, שהייה בת כ- 20 דקות על האסלה ולעיתים נזקקת לריקון ידני (דיגיטציה). נוטלת אופיטים לכאב גב כרוני. בבדיקת זמן מעבר: 20 מרקרים (90%) מרוכזים ברקטו-סיגמא. מבחן פליטת בלון: אינה מצליחה לפלוט בלון.

מהו מנגנון הפתופיזיולוגי הסביר ביותר לעצירות של המטופלת?

- א. דיסינרגיה אנורקטלית.
- ב. היפומוטיליות של הקולון.
- ג. היפוסנסיטיביות רקטלית.
- ד. עצירות משנית לתרופות.

39. איזה הורמון/פפטיד במערכת העיכול ידוע כמעורר טבעי של Phase III Interdigestive Motor Complex (IDMC) בבני-אדם?

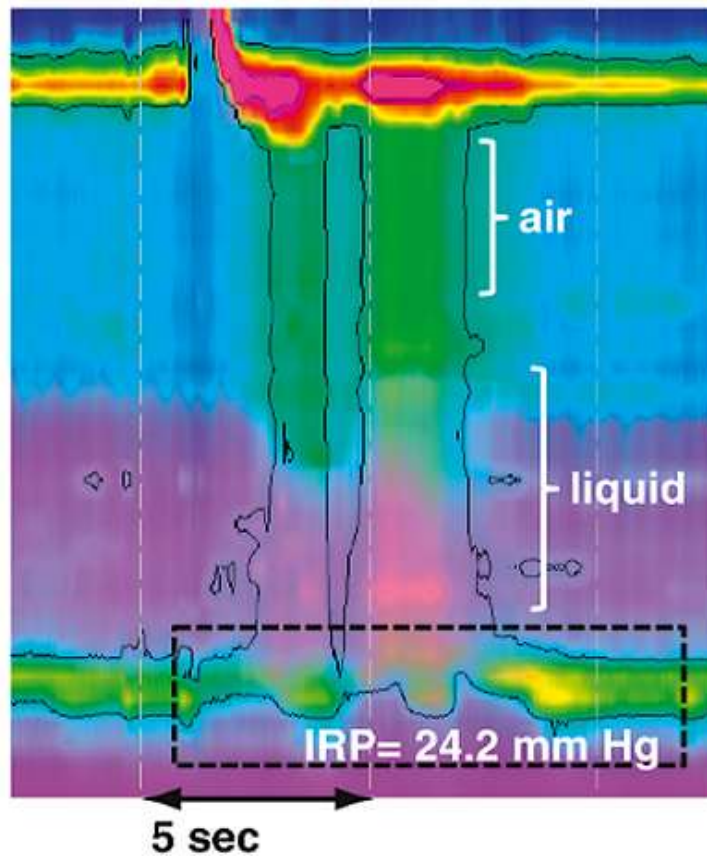
- א. כולציסטוקינין (CCK).
- ב. מוטילין.
- ג. סומטוסטטין.
- ד. גלוקגון-לייק-פפטיד-1 (GLP-1).

40. מה מהבאים מאפיין גידולי מעי גס המתפתחים במסלול ה- Chromosomal instability?

- א. גידולים די-פלואידיים (Diploid).
 - ב. מוטציות בגן KRAS ב- 50% מהגידולים.
 - ג. התפתחות גידול בתוך 3-5 שנים.
 - ד. מתילציה של CpG islands.
-

41. בן 40, סובל מזה שנה מכאב חזה וקושי בבליעה.

ב- High Resolution Manometry מתקבל התרשים הבא:



מהי האבחנה הסבירה?

- א. Achalasia type II
- ב. Achalasia type III
- ג. Diffuse esophageal spasm
- ד. Hypercontractile peristalsis (jackhammer esophagus)

42. בת 26, בהריון, אובחנה עם Cholestasis of Pregnancy בסוף טרימסטר ראשון וטופלה

באורסוליט (UDCA) במינון גבוה. עקב הימשכות גרד הוסף טיפול ב- cholestyramine.

מה מהבאים עלול להיות סיבוך של טיפול זה?

- א. ירידה בשמיעה אצל העובר.
- ב. פגיעה בהתפתחות דרכי המרה בעובר.
- ג. דימום עוברי.
- ד. החמרת יתר לחץ דם הריוני.

43. מה מהבאים נחשב לגורם סיכון לקרצינומה של כיס המרה?

- א. צריכה כרונית של אלכוהול.
- ב. שחמת כבד.
- ג. קרוב משפחה מדרגה ראשונה עם סרטן כיס מרה.
- ד. אבני כיס מרה קטנות מ- 1 ס"מ.

44. איזו מבין התרופות הבאות מפחיתה קליטת (uptake) של בילירובין ע"י הפטוציטים?

- א. ריפאמפיין.
- ב. פנצילין.
- ג. אטנולול.
- ד. סטטינים.

45. גבר בן 60 אושפז למשך שבוע עקב דיברטיקוליטיס עם אבצס שעבר ניקוז. הוא מפתח פיסטולה אנטרו-קוטאנית המפרישה כ- 400 מ"ל תוכן מעי ביום ומטופל ב-TPN. מה מהבאים נכון לגבי הטיפול בשלב זה?

- א. הזנה פארנטרלית בלעדית מובילה לסגירה מהירה יותר של הפיסטולה, יחסית להזנה אנטרלית.
- ב. תוספת פארנטרלית של גלוטמין מעלה את הסיכוי לסגירת הפיסטולה.
- ג. סגירה ניתוחית של הפיסטולה הינה הטיפול המקובל.
- ד. אוקטראוטיד (OCTREOTIDE) יעיל בהקדמת סגירה של פיסטולות.

46. מטופלת בת 30, אם לשניים, בשבוע 20 להריון, אובחנה כסובלת מהפטיטיס E. בדיקות הדם שלה מצורפות מטה:

בדיקה	ערך	נורמה
ALT	1300 U/mL	< 30 U/mL
AST	850 U/mL	< 35 U/mL
Alkaline phosphatase	160 U/mL	< 120 U/mL
GGT	100 U/mL	< 40 U/mL
Bilirubin	10 mg/dL	< 1 mg/dL

מה מהבאים נכון לגבי מצבה?

- קיים סיכוי גבוה להתפתחות זיהום כרוני.
- מומלץ לסיים את ההריון באופן מיידי.
- נמצאת בסיכון תמותה מוגבר.
- מומלץ להתחיל טיפול ב-Ribavirin.

47. מה מהבאים נכון לגבי Herpes Simplex Virus (HSV) הפטיטיס במושגל מח עצם?

- התמותה במחלה במטופלים מדוכאי חיסון יכולה להגיע לכדי 30%.
- נגעים ברירית ובעור מופיעים רק ב- 50% מהמקרים.
- התפרצות המחלה בנשים בהריון אופיינית לטרימסטר הראשון.
- רוב המטופלים שנזקקו להשתלת כבד עקב המחלה שרדו את השנה הראשונה להשתלה.

48. אישה בת 27 מתלוננת על נפיחות, גזים ושלשול שעה לאחר שתיית כוס חלב. בוצע מבחן נשיפת-מימן אחרי 50 ג' לקטוז: ערך המימן עלה מ- 4 ppm ל- 7 ppm בלבד ($\Delta = 3\text{ppm}$) לאורך 4 שעות, אך הסימפטומים הופיעו כרגיל.

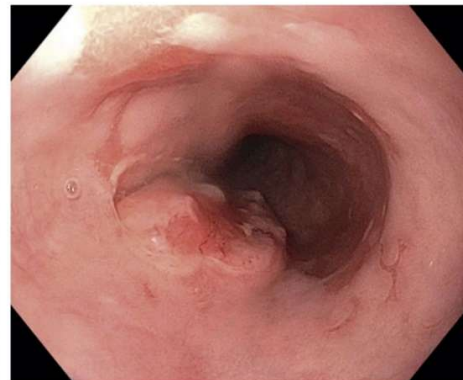
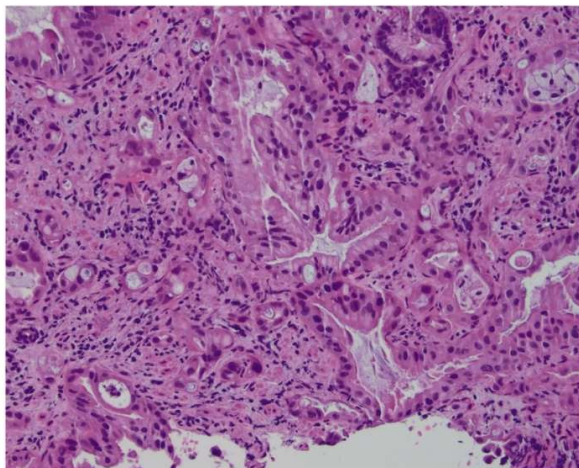
מהו הצעד האבחנתי המתאים ביותר כדי לבדוק אם יש תת-ספיגה של לקטוז באישה זו?

- חזרה על מבחן H_2 נשיפה עם 100 ג' לקטוז (מנת מבחן גבוהה יותר).
- ביצוע מבחן נשיפה עם גלוקוז במקום לקטוז.
- מדידת מתאן (CH_4) במבחן נשיפה חוזר.
- בדיקת גנוטיפ C/T 13910.

49. בת 20 מאובחנת כסובלת מהפרעת אכילה מסוג anorexia nervosa ומאושפזת לטיפול במחלקה להפרעות אכילה. BMI בקבלתה למחלקה 13.5. בדיקות דם שנלקחו בקבלתה ללא ממצא מיוחד. באק"ג סינוס ברדיקרדיה. לאור חומרת מצבה התזונתי, בשעה 16:00 ביום קבלתה מתחילים הזנה אנטרלית בכמות של 1000 קק"ל ליממה דרך זונדה נזו-גסטריית. למחרת בבוקר המטופלת מתלוננת על חולשה ופלפיטציות. באק"ג נצפה רפרוף פרוזדורים (flutter). נלקחות בדיקות דם. איזו הפרעה חדשה תימצא בסבירות הגבוהה ביותר?

- א. היפרמגנזמיה.
- ב. היפרקלמיה.
- ג. היפונתרמיה.
- ד. היפופוספטמיה.

50. בן 55 שעלה לארץ מאוזבקיסטן לפני 30 שנה, סובל מדיספגיה למוצקים מזה כחודשיים. ברקע - עישון, צריכת אלכוהול בינונית ושתיית תה חם. ממצאי הגסטרוסקופיה והביופסיות:



מבין גורמי הסיכון שבאנמנזה, איזה הוא המשמעותי יותר (odds ratio)?

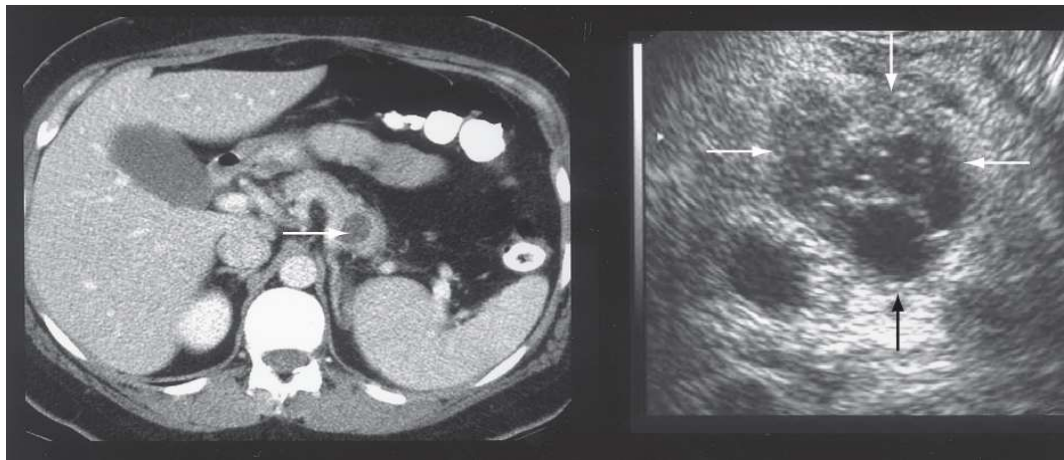
- א. מין זכר.
- ב. אלכוהול.
- ג. עישון.
- ד. שתיית תה חם.

51. בת 52, בריאה, עוברת קולונוסקופיה עקב כאבי בטן שמאלית תחתונה מהם סובלת בשנתיים האחרונות. במעי הגס נצפים סעיפים מרובים בסגמה. ספירת הדם CRP וקלפרוטקטין תקינים. CT בטן הדגים סעיפים בסיגמה.

איזה מהטיפולים הבאים הוכח כיעיל ומומלץ במקרה זה?

- ריפקסימין.
- כריתת הסגמה.
- אופיטים.
- סיבים תזונתיים.

52. במהלך בירור של ממצא בלבלב בבת 50 נמצאו הממצאים הבאים בבדיקת CT וב-EUS:



בתשובת ניקור הממצא נמצאו ערכי עמילאז נמוכים ו-CEA גבוהים.

מה מבין הבאים מאפיין את הממצא מסוג זה?

- חיבור לצינור הבלבל הראשי.
- ovarian-type stroma.
- מעורבות בלוטות לימפה מקומיות שכיחה בזמן האבחנה.
- נגעים רב מוקדיים (multifocal) לאורך הבלבל.

53. אישה בת 56 עם שחמת הכבד מתקבלת לאשפוז עקב צהבת. בבדיקות הדם בילירובין 7 mg/dL, בדיקת INR היא 1.8. ערך קריאטינין בדם הוא 2.4mg/dL. יומיים לאחר קבלתה היא מפתחת כשל נשימתי ומתחילה הנשמה מלאכותית.

מהי הסיבה הסבירה ביותר לתמונה המתוארת?

- זיהום בקטריאלי.
- תרומבוס בווריד הפורטלי.
- נטילת אקמול.
- התפתחות של כולנגיוקרצינומה.

54. גבר בן 52 סובל מזה 6 שבועות משלשול מימי, ללא כאבי בטן. השלשול נמשך בשעות הלילה ואף במהלך צום בן 24 שעות. בבדיקת אלקטרוליטים בצואה: נתרן 100 mmol/L , אשלגן 25 mmol/L אוסמולליות מדודה 290 mOsm/kg . בדיקות דם, כולל תפקודי תריס, תקינות.

מהי הסיבה הסבירה ביותר לשלשול?

- א. אי-ספיקה אקסוקרינית של הבלבל.
- ב. בליעת לקסאטיבים המכילים מגנזיום.
- ג. חסר לקטאז (אי-סבילות ללקטוז).
- ד. גידול נוירואנדוקריני מפריש VIP בבלבל (VIPoma).

55. בן 48, סובל ממחלת קרוהן עם מעורבות פריאנאלית קשה, עובר הטיה של מעי גס פרוקסימלי. בהמשך, מחלתו נכנסת להפוגה תחת טיפול ב-Infliximab. לאחר מספר חודשים מפתח ריבוי יציאות ריריות מפי הטבעת. בקולונוסקופיה דרך פי הטבעת רירית אריתמית ומדממת בקלות, בביופסיה תסנין דלקתי מעורב ברירית ללא שינויים ארכיטקטורליים של הקריפטות.

מה הטיפול המועדף במקרה זה?

- א. שיחזור כירורגי של ההטיה.
- ב. חוקנים של short-chain fatty acids (SCFA).
- ג. שידרוג הטיפול הביולוגי.
- ד. חוקנים של סטרואידים.

56. בקולונוסקופיית סקר של גבר בן 50 נמצאו כ- 50 פוליפים אדנומטוטיים, בעיקר במעי פרוקסימלי. ריצוף של APC תקין.

באיזה גן סביר שתימצא מוטציה?

- א. MLH1.
- ב. SMAD4.
- ג. STK11.
- ד. MUTYH.

57. במרפאת כבד נבדק מטופל בן 70 עם שחמת כבד על רקע כבד שומני, בנוסף ידוע על סכרת, COPD, אי ספיקת כליות כרונית.

Child-Pugh class C.

המטופל עובר הערכה כוללת על מנת לקבוע אם סובל מתת תזונה (protein-energy malnutrition).

איזה מהמדדים המקובלים הבאים צפוי להיות אמין בחולה זה?

- א. מדד BMI.
- ב. רמת אלבומין.
- ג. FEV max.
- ד. Fist-grip dynamometry.

58. מה מהבאים נכון לגבי שלשול מדומה (Factitious diarrhea)?

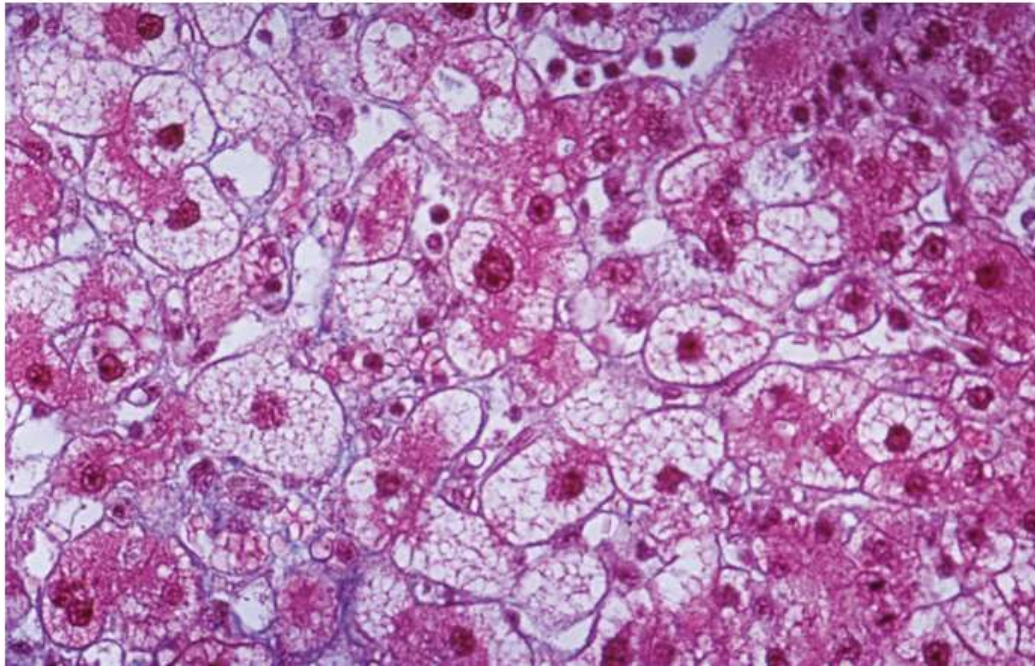
- א. בדיקת צואה לנוכחות של Bisacodyl מומלצת בחולים עם שלשול אוסמוטי.
- ב. 25% מהחולים הנוטלים Anthraquinones מאובחן מלנוזיס קולי.
- ג. מרבית המקרים נגרמים משימוש בפוליאיתילן גליקול (PEG).
- ד. לבדיקת כרומטוגרפיה של השתן לזיהוי ביסקודיל (Biscodyl) יש רגישות וסגוליות של יותר מ-80%.

59. בן 35 שאובחן לאחרונה עם צליאק בעקבות אנמיה מחוסר ברזל.

מהי ההמלצה הנכונה במסגרת המעקב לאחר התחלת הטיפול?

- א. בדיקת צפיפות עצם כעבור שנה.
- ב. מעקב אחר רמת tTG-IgA אחת לשנתיים.
- ג. גסטרוסקופיה חוזרת עם ביופסיות כעבור שנה, גם אם רמת ה-tTG-IgA חזרה לנורמה.
- ד. בהיעדר תסמינים ניתן להסתפק רק במעקב תזונתי.

60. בת 28, בשבוע 36 להריון, עוברת הערכה עקב כאבי בטן והקאות. בבדיקות דם לויקוציטוזיס, עלייה באנזימי כבד הפטוצלולאריים ועלייה בערכי הקריאטינין. בביופסיית כבד נראית התמונה ההיסטולוגית הבאה:



מהי האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Acute fatty liver of pregnancy
- ב. HELLP syndrome
- ג. Viral hepatitis E
- ד. Intrahepatic cholestasis of pregnancy

61. בת 45 התקבלה עם כאב בטן עליונה, ללא חום, יציבה המודינמית ונשימתית.
 ב - US בטן, כיס מרה עם אבנים, ללא עיבוי דופן. צינור המרה המשותף ברוחב 6 מ"מ ללא אבנים או משקע, לבלב הודגם חלקית.
 בדיקות המעבדה בקבלה וכעבור 48 שעות מוצגות בטבלה:

בדיקה	בזמן קבלה	לאחר 48 שעות
Amylase	2000	1200
Lipase	800	300
Bilirubin T	2.5	1.6
ALP	180	130
GGT	300	150
ALT	300	180
AST	250	120
Urea	30	25
Creatinine	0.9	0.7
WBC	(Neut 70%) 9,000	7000

מהי ההמלצה הנכונה בשלב זה?

- א. ERCP.
- ב. EUS או MRCP.
- ג. כריתת כיס מרה באשפוז הנוכחי.
- ד. כריתת כיס מרה כעבור 4 שבועות.

62. איזו קבוצה של תרופות נחשבת ליעילה ב- IBS-C?

- א. Chloride channel activators.
- ב. Opioid receptor agonists.
- ג. Antibiotics.
- ד. HT-3 receptor antagonists 5.

63. בן 35, ללא תסמינים, עובר גסטרוסקופיה לפני ניתוח בריאטרי.

בגסטרוסקופיה נצפה הממצא הבא:



מה מהבאים נכון לגבי ממצא זה?

- א. במקרים נדירים יכול לגרום לדימום.
- ב. מופיע בקיבה בלבד.
- ג. גורם למחלה גרורתית בשליש מהמקרים.
- ד. בפחות משליש מהמקרים מודגם שקע מרכזי (אומביליקציה).

64. בת 45, מתלוננת על כאב בטן ימנית עליונה יומיומי מזה חצי שנה. היא ממקמת את הכאב

לאזור בגודל כרית האצבע במרכז הבטן. בבדיקתה מופקת רגישות ממוקדת באזור המתואר

על ידי החולה בקוטר קטן מ- 2 ס"מ.

איזה מבין המאפיינים הבאים מחזק את האבחנה?

- א. רזון קיצוני.
- ב. החמרה אחרי אכילה.
- ג. הקלה אחרי פעולת מעיים.
- ד. הקלה בשכיבה.

65. מטופלת בת 20 מגיעה לבירור במרפאה עם תלונות על חצי שנה של עייפות מתגברת, חוסר ריכוז ורעידות.

בבדיקות הדם:

בדיקה	ערך שנמדד	תחום נורמה
ALT	80 U/mL	< 30 U/mL
AST	100 U/mL	< 35 U/mL
Alkaline phosphatase	100 U/mL	< 120 U/mL
GGT	60 U/mL	< 40 U/mL
Total Bilirubin	2 mg/dL	< 1 mg/dL
Ceruloplasmin	3 mg/dL	20–35 mg/dL
נחושת בשתן 24 שעות	150מק"ג	עד 40 מק"ג

בבדיקת אולטרה-סאונד של הכבד, מודגם כבד שומני מוגדל. יתר הבדיקה מוגדרת תקינה.

בבדיקת SLIT LAMP הודגמו בעיני המטופלת טבעות Kaiser-Fleischer.

מה הטיפול המומלץ בשלב זה?

- השתלת כבד.
- Ursodeoxycholic acid במינון של 15 מ"ג/ק"ג ליממה.
- D-penicillamine במינון של 1-1.5 גרם ליממה.
- Zinc במינון של 50 מ"ג 3 פעמים ביום.

66. בן 23, סובל מאי נוחות בטנית ומ-4 יציאות רכות ביממה בחצי שנה האחרונה. קלפרוטקטין 300 ובאולטרסאונד של המעי עובי דופן האיליום הסופי וזרימת דם תקינים. בקולונוסקופיה 10 אפטות במעי הדק הסופי, ובביופסיות דלקת כרונית פעילה. בקפסולה אנדוסקופית ממצא דומה.

לאור ההנחיות של AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies משנת 2024, איך מומלץ לטפל בחולה זה?

- טיפול בבודזון ולאחר מכן טיפול קבוע ב-ASA5.
- דיאטה דלה בבשר אדום ובבשר מעובד.
- טיפול בבודזון ולאחר מכן טיפול בנוגדי TNF.
- דיאטת CDED בשילוב עם תזונה אנטרלית חלקית.

67. בת 62, צמחונית, נוטלת אומפראזול (Omeprazole) 40 מ"ג ליום מזה 5 שנים בשל ריפלוקס.

כעת מתלוננת על עייפות; בבדיקת דם מראה, Hb 9.8 g/dL, MCV 73 fL, פריטין 6ng/ml. אין דימום גלוי, דם סמוי בצואה שלילי; קולונוסקופיה וגסטרוסקופיה תקינות. התחלת טיפול בברזל פומי לא שיפרה את ההמוגלובין לאחר 8 שבועות.

איזה מנגנון פיזיולוגי מסביר את כשל ספיגת הברזל?

- א. pH קיבתי גבוה גורם להישארות הברזל בצורתו הפְּרִית (Fe^{3+}) הלא מסיסה.
- ב. ירידה בביטוי DMT1 ב- וילי התריסריון.
- ג. קישור הברזל לטאנינים Tannin בדיאטה צמחונית.
- ד. חסר בהפרשת ביקרבונט מהלבלב.

68. מטופל בן 35, מאובחן עם מחלת קרוהן של אזור אילאום טרמינלי ומעורבות מפרקים. מטופל בשילוב של ENTYVIO SC בכל שבועיים ביחד עם SULFASALAZINE PO כל יום.

תחת הטיפול נמצא בהפוגה ארוכה, לא היו התלקחויות ב- 3 השנים האחרונות, ולא היו כאבי פרקים.

מה מהבאים יש לנטר בבדיקות הדם?

- א. אבץ.
- ב. חומצה פולית.
- ג. תיאמין (B1).
- ד. ויטמין C.

69. בת 40, בריאה, סובלת בחודשיים האחרונים מתחושת גוש תקוע בלוע ברוב הימים. שוללת ירידה במשקל, קושי בבליעה או כאב בבליעה. לאחר 10 ימי טיפול ב- omeprazole 20 מ"ג מידי בוקר לא הושגה הטבה.

מהי ההמלצה הנכונה בשלב זה?

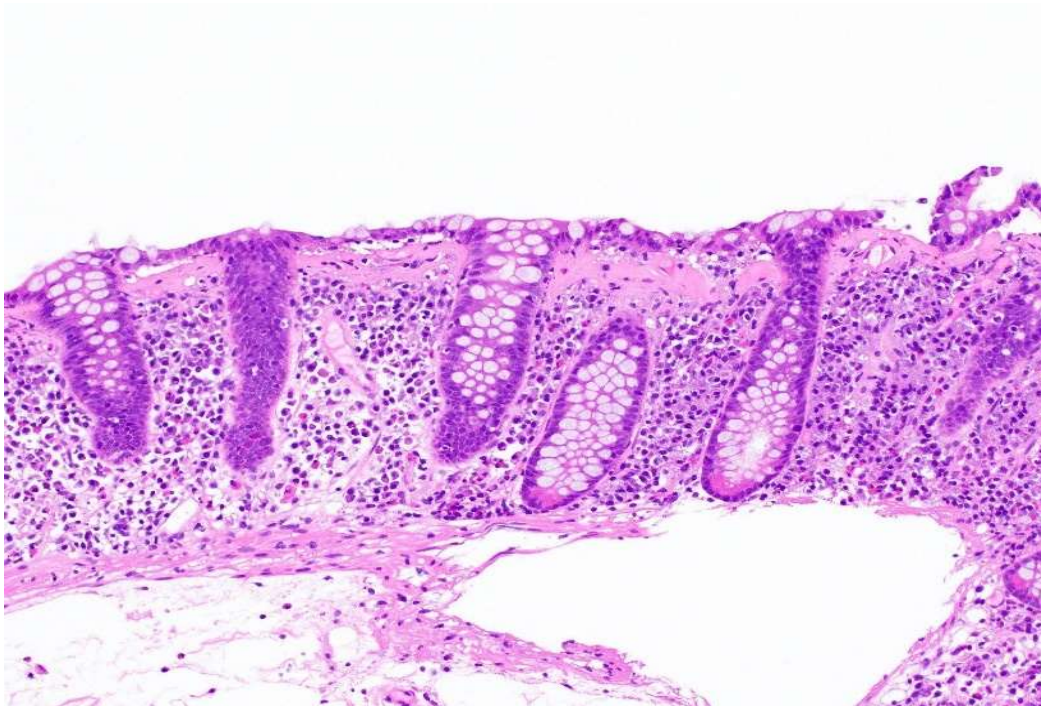
- א. בדיקת רופא אף אוזן גרון.
- ב. הוספת גביסקון Gaviscon.
- ג. CT צוואר-חזה.
- ד. מנומטריה של הוושט.

70. בן 60, עובר קולונוסקופיה בשל סיפור משפחתי של סרטן מעי גס. בבדיקה הוסרו 5 פוליפים בקוטר 10-15 מ"מ מהמעיי הגס העולה והרוחבי, בפתולוגיה כולם sessile serrated adenoma ללא דיספלזיה.

מה מהבאים נכון בהתייחס למטופל זה?

- א. הפוליפים מאופיינים בדרך כלל במיקום דיסטלי.
- ב. מוטציה ב-BRAF מאפיינת ב- 25% מפוליפים אלו.
- ג. פוליפים מתאפיינים ב- MSI-H.
- ד. במרבית המקרים אין מוטציה בתאי נבט (germline).

71. בת 58 סובלת משלשול מימי כרוני מזה 9 חודשים (6-8 יציאות ליום) וירידה במשקל של 4.5 ק"ג. היא נוטלת Ibuprofen בשל כאבי פרקים ו-Levothyroxine. קולונוסקופיה תקינה, אולם ביופסיות קולוניות מתוארות בתמונה:



מהו קו-הטיפול הראשוני היעיל ביותר?

- א. Loperamide
- ב. Mesalamine
- ג. Budesonide
- ד. Cholestyramine

72. מה מהבאים נכון לגבי דלקת לבלב על רקע שימוש בתרופות?

- עלייה בערכי ליפאז ועמילאז ללא תסמינים קליניים מנבאת התפתחות עתידית של דלקת לבלב בקרב מטופלים ב-LIRAGLUTIDE.
- במקרים של דלקת לבלב משנית ל-5-ASA חידוש התרופה (Rechallenge) גורם לחזרת דלקת הבלב בתוך מספר ימים.
- דלקת לבלב משנית ל-ACID VALPROIC מופיעה לאחר 4-6 ימי טיפול.
- דלקת לבלב משנית ל-AZATHIOPRINE מלווה במרבית המקרים בפריחה, לימפאדנפתיה ובאזינופיליה.

73. מהגר עבודה מאפריקה, בן 28, מתקבל למיון עם הקאה דמית ומיימת. בגסטרוסקופיה נקשרו 4 דליות גדולות עם סימני דימום טרי. בבירור למחלות כבד – סרולוגיה שלילית לנגיפי כבד כרוניים. המטופל ובני משפחתו שוללים שתיית אלכוהול. למחרת בבוקר מתקבלות תוצאות המעבדה:

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס
ALT	27 U/mL	< 30 U/mL
AST	38 U/mL	< 35 U/mL
Alkaline phosphatase	250 U/mL	< 120 U/mL
GGT	300 U/mL	< 40 U/mL
Total Bilirubin	1.5 mg/dL	< 1 mg/dL
INR	1.1	0.9–1.2
Albumin	3.7 g/dL	3.5–5.5 g/dL
Platelets	100,000/μL	—
Hemoglobin	10.1 g/dL	—
WBC	12,000/μL 14%אאוזינופילים	—

מהו הטיפול המומלץ בחולה זה?

- Metronidazole.
- Amphotericin B.
- Pyrimethamine בשילוב עם sulfadiazine.
- Praziquantel.

74. גבר בן 35, חזר לפני מספר חודשים מטיול בהאיטי, מתלונן מזה כשלושה חודשים על שלשול בהיר בעל ריח רע וירידה של כ- 10 ק"ג במשקל. ברקע – אח עם צליאק. בבדיקה פיזיקלית – נראה קכקטי. בבדיקות המעבדה: אנמיה מחוסר ברזל, חוסר בחומצה פולית ובוויטמין B12. נוגדן anti-TTG IgA שלילי, ללא חסר IgA. בדיקת HIV שלילית. קלפרוטקטין בצואה תקין, אך זוהתה *Giardia lamblia* – ובעקבות טיפול של שבוע במטרונידזול חל שיפור קל בתסמינים. בבדיקת CT: הרחבה קלה של המעי הדק ללא היצוריות או סימני דלקת, וריבוי גזים במעי הגס. ללא לימפאדנופתיה. בגסטרוסקופיה: רושם ל- scalloping של רירית התריסרון. בביופסיה – השטחה של הוילי, היפרפלזיה של הקריפטות ותסנין לימפוציטרי כרוני בלמינה פרופריה. בקולונוסקופיה: מעי גס תקין, אך רירית אטרופית במעי הדק הסופי. בביופסיה – ממצאים דומים לאלה שנראו בתריסרון.

מה הטיפול המתאים לחולה זה?

- א. Tetracycline.
- ב. Prednisone.
- ג. Ceftriaxone.
- ד. Fidaxomicin.

75. מטופל בן 45, מתלונן על תחושת מלאות אחרי אוכל, בחילות ולעיתים הקאות, מזה מספר חודשים.

ברקע סוכרת סוג 1 מגיל 14, מטופל בזריקות אינסולין.

גסטרוסקופיה תקינה.

בוצע מיפוי קיבה: שארית לאחר 4 שעות 30%.

מה הקשר בין הסוכרת לבין המצב המתואר?

- א. בדרך כלל מופיע במהלך 5 השנים הראשונות מהאבחנה של הסוכרת.
- ב. שכיח יותר במטופלים עם סוכרת סוג 2.
- ג. נגרם עקב הפרגלקמיה הגורמת לפרוליפרציה של תאי Cajal (ICC).
- ד. עלול להתבטא באירועי היפוגליקמיה אחרי ארוחות (Post prandial hypoglycemia).

76. איזה מהערכים הבאים אופייני ביותר לפגיעה כבדית קשה על רקע שימוש באלכוהול?

- א. AST 2500U/L.
- ב. PT 7 שניות.
- ג. אלבומין 3 גרם/דצל.
- ד. בילירובין 4 מג/דצל.

77. מהו הסיבוך האופייני ל- Primary Biliary Cholangitis (PBC) ?

- א. אוסטאופורוזיס ואוסטאומלציה.
- ב. סוכרת סוג 2.
- ג. אנמיה מגלובלסטית.
- ד. נפרופתיה סוכרתית.

78. בן 45, פונה בשל שלשול וכאבי בטן חוזרים בשנתיים האחרונות. בשנה האחרונה סבל מכיב בתריסריון שטופל ב- PPI במינונים גבוהים וחזר לאחר הפסקת הטיפול. גסטרוסקופיה הדגימה קפלים קיבתיים מעובים. בבדיקות נמצאה רמת גסטרין בצום של 930 pg/mL תחת טיפול ב- PPI ו- pH קיבתי נמוך בצום.

מה מהבאים מבסס את האבחנה ?

- א. dotatate PET scan.
- ב. מבחן סקרטין חיובי.
- ג. רמות ה- PH הקיבתי מתחת ל- 2.
- ד. דגימות מגוף הקיבה.

79. מטופל בן 72 עם סוכרת ויתר לחץ דם מפונה למיון עקב כאב בטן ימנית עליונה, חום וצהבת. המטופל מצמרר ומזיע. בבדיקתו צהבת בעור ובלחמיות. במעבדה ערכי CRP פי 10 מהנורמה, ובילירובין 8 מג/ד"ל, רובו ישיר. ב- US כיס מרה עם אבנים והרחבת צינור המרה המשותף (CBD).

מה הטיפול הנכון בשלב זה ?

- א. ERCP דחוף.
- ב. טיפול אנטיביוטי ותכנון ניתוח לכריתת כיס המרה במהלך האשפוז.
- ג. ניקוז מלעורי דחוף של כיס מרה.
- ד. טיפול אנטיביוטי והערכה חוזרת כעבור 6-12 שעות.

80. מה מהבאים נכון לגבי ממצאים אנדוסקופיים באיסכמיה של המעי הגס ?

- א. כיבים היקפיים (circumferential) בקולון מנבאים מהלך קל יותר.
 - ב. הדגמת נמק בקולונוסקופיה הינה אבחנתית.
 - ג. מעורבות של המעי הגס הימני שכיחה יותר בהשוואה למעי הגס השמאלי.
 - ד. מעורבות סגמנטרית של הקולון מספיקה לצורך אבחנה.
-

81. אישה בת 63 עם שחמת על רקע Metabolic dysfunction–Associated SteatoHepatitis (MASH) מאושפזת בשל החמרה עם בטן תפוחה ובצקות בגפיים תחתונות. ציון MELD = 18. היא מטופלת ב- 400 mg Spironolactone מ"ג ליום, 160 mg Furosemide מ"ג ליום ודיאטה דלת נתרן (>80 mEq ליום). לאחר שבוע טיפול נצפית ירידה במשקל של 5 ק"ג, אך בהמשך נרשמת עלייה בקריאטינין מ- 1.0 ל- 2.4 mg/dL. אין עדות לדימום או לזיהום, ונתרן בשתן בתחילת האשפוז היה תקין. כיצד נכון להגדיר את מצבה הנוכחי של המטופלת?

- א. Diuretic-resistant ascites.
- ב. Early recurrent ascites.
- ג. Diuretic-induced renal impairment without refractory ascites.
- ד. Diuretic-intractable ascites.

82. גבר בן 28 מתלונן על נפיחות, גזים ושלשול כ- 2 שעות לאחר שתיית מיץ תפוחים (כ- 50 גרם פרוקטוז) על קיבה ריקה. מבחן נשיפת-מימן לאחר 50 ג' פרוקטוז מראה עלייה של 45 ppm ומחמיר את תסמיניו. כאשר הוא שותה את אותו המיץ ביחד עם כמות זהה של גלוקוז, התסמינים והמבחן שליליים.

איזה מנגנון פיזיולוגי מסביר את תוצאותיו?

- א. קיבולת מוגבלת של נשא GLUT5 לפרוקטוז בהיעדר גלוקוז.
- ב. חסר מולד של האנזים סוכראז-איזומלטאז.
- ג. אי-סבילות ללקטוז כתוצאה מירידת לקטאז במבוגרים.
- ד. אי-ספיקה אקסוקרינית של הלב.

83. גבר בן 30 ללא מחלות רקע פונה לייעוץ במרפאה שבוע לאחר אשפוז, עקב אירוע שלישי בשנים האחרונות של היתקעות מזון בושט. בגסטרוסקופיה במהלך אשפוזו, גוש המזון נדחף לקיבה ללא סיבוכים, והמטופל שוחרר לביתו. בשל חשד ל- eosinophilic esophagitis (EOE), הופנה לגסטרוסקופיה חוזרת.

בהתאם להנחיות ה- ACG לאבחון וטיפול בדלקת אזינופילית של הושט משנת 2025, מה מהבאים נכון לגבי הגסטרוסקופיה?

- א. שימוש במדד EREFS לתיאור רירית הושט מספק רגישות גבוהה וסגוליות נמוכה ל- EOE.
- ב. יש להימנע מנטילת ביופסיות מיד לאחר ניקוי הושט מגוש המזון.
- ג. המראה האנדוסקופי בגסטרוסקופיות עוקבות לא תואם את התגובה לטיפול.
- ד. נטילת 6 ביופסיות מהושט מספקת רגישות גבוהה לאבחון EOE.

84. בן 35, סובל מ- ileal Crohn's disease מזה 10 שנים, בגינה עבר לפני חודשיים כריתה של 80 ס"מ של אילאום סופי. CRP וקלפרוטקטין ירדו לנורמה. הוא מתלונן על שלשול שהופיע לאחר הניתוח.

איזה טיפול מומלץ בשלב זה?

- א. פרוביוטיקה.
- ב. medium-chain triglycerides (MCTs).
- ג. bile acid-binding resin.
- ד. הגבלת הפחמימות בדיאטה.

85. גבר בן 38 מגיע לבדיקה עקב בלבול וצהבת קשה כ- 36 שעות לאחר נטילת כמות לא ידועה של משכך כאבים "לכאבי גב". לא ידוע על מחלת כרונית. בבדיקתו אנצפלופתיה בדרגה 3. במעבדה: pH עורקי: 7.20, לקטט 4.5 mmol/L לאחר מתן 3 ליטר נוזלים, קריאטינין: 3.6 mg/dL.

מהו הטיפול הנכון בשלב זה?

- א. התחלה מיידית של N-acetylcysteine (NAC).
- ב. סטרואידים.
- ג. טיפול אינוטרופי לפני החלטה על השתלה.
- ד. Entecavir.

86. בן 45, סובל מצרבת ברוב הימים בשנתיים האחרונות. גסטרוסקופיה לפני חצי שנה (תוך טיפול ב- ESOMEPRAZOLE במינון 40 מ"ג פעמיים ביום) הדגימה אזופגיטיס דרגה B (סיווג LA), ללא חשד לאפיתל ע"ש BARRETT, בקע סרעפתי של 3 ס"מ, דירוג HILL – 3. מאז הוא מקפיד על ההנחיות באשר לאורח חיים ובכל זאת הוא מאוזן רק אם נוטלבמינון ESOMEPRAZOLE במינון 40 מ"ג פעמיים ביום. הוא מעוניין בטיפול אנדוסקופי או ניתוחי.

בהתאם לקווים המנחים של ה- ASGE שפורסמו ב- 2025, מהי ההמלצה המועדפת?

- א. TIF (transoral incisionless fundoplication).
- ב. אוגמנטציה של סוגר הושט התחתון.
- ג. cTIF – שילוב תיקון ניתוחי של הבקע ו- TIF.
- ד. STRETTA Radiofrequency.

87. בן 18, אשר אובחן כסובל מצליאק בגיל 3 בחו"ל על פי ביופסיות, מבקש אישור האבחנה. אין בידו פרטים נוספים או תיעוד הבדיקות שעבר בילדות. הוא מקפיד על דיאטה ללא גלוטן והסרולוגיה אחרונה שלילית.

מה מהבאים נכון בהתייחס למטופל זה?

- א. בדיקת HLA-DQ2/DQ8 שלילית תשלול את האבחנה.
- ב. סרולוגיה שלילית לצליאק בזמן דיאטה נטולת גלוטן תשלול את האבחנה.
- ג. שבועיים לאחר, Gluten Challenge לביופסיה וסרולוגיה אותה רגישות לאבחנה.
- ד. ממצאים פתולוגיים בבדיקת קפסולה אנדוסקופית מחליפים ביופסיה לאישור האבחנה.

88. בת 27, מתקבלת למחלקה לרפואה דחופה עם כאבי בטן ימנית עליונה מזה שבועיים. ביומיים האחרונים התפתחות של מיימת. לפני כ- 4 חודשים החלה בירור המטולוגי עקב תרומבוציטוזיס של $600,000/\text{mm}^3$. לפני כחודש החלה טיפול בגלולות מבוססות אסטרופן כאמצעי מניעה. בניקור המיימת מתגלה Serum-Ascites-Albumin-Gradient (SAAG) של 1.5gr/dL.

מה מהבאים נכון לגבי מחלתה?

- א. היפרטרופיה של סגמנט 6 של הכבד אופיינית למחלתה.
- ב. תרומבוזיס של הוריד הפורטלי וענפיו הינם ממצא נדיר.
- ג. מיעוט מהחולים יפתחו Acute Liver Failure.
- ד. טיפול בעזרת Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) אינו אפשרי.

89. בן 48, חמישה חודשים לאחר השתלת כליה, מטופל ב-Mycophenolate mofetyl (MMF), עובר בירור עקב שלשולים מרובים ב- 48 השעות האחרונות. בדיקות דם הכוללות סרולוגיות ל-CMV ו-CMV בדם שליליות, וכן בדיקות צואה למחוללים זיהומיים כולל C. difficile שליליות.

מהו השלב הבא באבחנה/טיפול?

- א. הפחתת מינון MMF ומעקב קליני אחרי שבוע.
- ב. טיפול אמפירי ב-HSV.
- ג. מעקב קליני ובדיקות סרולוגיות חוזרות ל-CMV אחרי שבוע.
- ד. קולונוסקופיה עם ביופסיות.

90. בן 45, בריא וללא תסמינים, שאינו נוטל טיפול תרופתי, הופנה לבירור של רמות עמילאז מוגברות בסרום סביב 180-200 U/L בבדיקות חוזרות וערכי ליפאז תקין. בבדיקות מעבדה משנים קודמות גם נצפו רמות עמילאז מוגברות בערכים דומים.

מהו צעד הבא בבירור?

- א. MRI/MRCP.
- ב. PET-CT.
- ג. EUS.
- ד. בדיקת יחס עמילאז - קראטינין בשתן.

91. גבר בן 50 עבר סדרת ניתוחים דחופים עקב איסכמיה מזנטרית חריפה באזור ה-SMA. לאחר הניתוח האחרון נותר עם כ- 150 ס"מ של ג'ג'ונום עד לסטומה, וכ- $\frac{2}{3}$ מהמעי הגס שאינו מחובר למעי הדק. כשלושה שבועות לאחר מכן מצבו מתייצב, והוא משתחרר לביתו עם הזנה פרנטרלית בהיקף של כ-1500 קק"ל / 2000 מ"ל ליממה, למשך 7 ימים בשבוע. בנוסף, הוא ניזון דרך הפה בדיאטה דלת סיבים. תפוקת הסטומה היא כ- 1000 מ"ל ליממה תחת טיפול ב-Loperamide.

כיצד ניתן לשפר את הסיכוי לגמילה חלקית או מלאה מהזנה פרנטרלית?

- א. טיפול קבוע ב-Octreotide.
- ב. ניתוח נוסף לצורך חיבור הג'ג'ונום למעי הגס.
- ג. העשרה קלורית באמצעות מזון רפואי מפורק המכיל MCT.
- ד. צריכה קבועה של oral rehydration solution המכילה גלוקוז ונתרן.

92. בהתאם למודל ה-MAYO, איזה מהגורמים הבאים משפיע על ההישרדות בשחמת ביליארית ראשונית (PBC)?

- א. Protrombine time.
- ב. דימום מדליות.
- ג. רמת AST.
- ד. אנצפלופתיה.

93. גבר בן 30 אושפז בשל כולרה עם שלשול מימי מסיבי והתייבשות. הוא מקבל טיפול פומי בהחזרת נוזלים (ORT). למרות שרמת cAMP בתאי הקריפט (Crypt) גבוהה עקב טוקסין הכולרה, המטופל מתחיל לתת שתן ומצבו ההמודינמי משתפר בתוך שעות.

איזה מנגנון ספיגה במעי הדק מאפשר ל-ORT להיות טיפול יעיל?

- א. תעלת כלוריד CFTR.
- ב. נשא $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{2Cl}^-$ (NKCC1).
- ג. מחליף Na^+/H^+ (NHE3).
- ד. נשא $\text{Na}^+/\text{גלוקוז}$ SGLT1.

94. איזו אוכלוסיית תאים אחראית ליצירת גלי-האטה (slow waves) המשמשים כ"קוצב" ראשי לפריסטלטיקה במעי הדק?

- א. circular myocytes.
- ב. interneurons של ה-ENS.
- ג. Myenteric Cajal (ICCMY).
- ד. Intramuscular Cajal (ICCIM).

95. בן 50 עובר מעקב אנדוסקופי עקב Barrett's esophagus. בגסטרוסקופיה האחרונה נצפתה לשונית Barrett' עם סיווג C1M2 (Prague). בנוסף נצפתה בוושט תחתון בליטה עגולה בקוטר 14 מ"מ.

לפי הקווים המנחים של ה-AGA לטיפול ב-Barrett, על איזה הליך יש להמליץ למטופל?

- א. Endoscopic mucosal resection.
- ב. Endoscopic ultrasound.
- ג. Radiofrequency ablation.
- ד. Cryoablation.

96. בן 64, סובל בחודשים האחרונים מאירועים חוזרים של סומק בפנים, שלשולים מימיים, קוצר נשימה במאמץ קל וכאבי בטן התקפיים. בבדיקות הדם רמות גבוהות של כרומוגרנין (chromogranin). איסוף שתן ל- 24 שעות הדגים רמת גבוהה של HIAA 5. ב- CT בטן הודגמו נגעים מרובים בכבד.

מה מהבאים נכון לגבי התסמונת ממנה סובל החולה?

- א. סומק אחיד המערב את כל הגוף אופייני לגידול הממוקם בקיבה.
- ב. מקור ראשוני במעי הגס הוא גורם הסיכון העיקרי להופעת התסמונת.
- ג. השלשול נובע מהגברת תנועתיות וקיצור זמן המעבר במעי.
- ד. התסמונת מופיעה ללא קשר לפיזור משני ברוב החולים.

97. איזו מהקביעות הבאות נכונה לגבי שכיחות IBS בעולם?

- א. שימוש בקריטריונים Rome IV מפחית את שיעור האבחון לעומת Rome III
- ב. שכיחות IBS יורדת עם הגיל.
- ג. IBS שכיח יותר בנשים מאשר בגברים בכל רחבי העולם.
- ד. שכיחות IBS-C גדולה יותר מאשר IBS-D.

98. מטופל בן 74, ללא מחלות רקע קרדיאליות, עבר ניתוח החלפת ירך. ביום הרביעי לאחר הניתוח מתלונן על נפיחות בטן מחמירה באופן הדרגתי, ללא סימני פריטוניטיס. סימנים חיוניים תקינים וציבים. רמת אלקטרוליטים תקינה. בצילום בטן ריק מודגמת הרחבה בעיקר של מעי גס ימני עם קוטר הצקום 10.5 ס"מ, ללא אוויר חופשי. למרות צום, טיפול בנוזלים והורדה מהמיטה אין שינוי במצבו.

מה הטיפול המומלץ בשלב זה?

- א. טיפול פאראנטרלי בנאוסטיגמין.
- ב. המשך טיפול שמרני.
- ג. הכנסת זונדה לקיבה.
- ד. דקומפרסיה אנדוסקופית מיידית.

99. בן 72 סובל ממחלת פרקינסון מזה שנים רבות ומטופל ב-Levodopa. הוא נבדק עקב תלונות של בחילות, מלאות מוקדמת והשפעה הולכת ופוחתת של הטיפול התרופתי ב-Levodopa. מיפוי התרוקנות קיבה מדגים עיכוב משמעותי בריקון הקיבה. גסטרוסקופיה מדגימה רירית במראה אנדוסקופי תקין ובביופסיות HP associated gastritis.

מה מהבאים עשוי לשפר את יעילות הטיפול התרופתי במטופל זה?

- א. הכחדת הליקובקטר.
- ב. מתן הטיפול Levodopa עם אוכל.
- ג. הוספת Metoclopramide.
- ד. הימנעות משכיבה במשך חצי שעה אחר נטילת התרופה.

100. בן 50, עם תסמונת מעי קצר לאחר כריתה של 120 ס"מ אילאום, סובל מסטאטוריאה ושלשול כרוני. לאחרונה פיתח אבני כליה שהרכבן סידן-אוקסלט. איזה מנגנון מסביר את הופעת אבני הכליה?

- א. הגברת הפרשת אוקסלט בשתן.
 - ב. הגברת ספיגת האוקסלט כמלח נתרן.
 - ג. חסר ויטמין D.
 - ד. צמצום הפרשת ציטרט בשתן.
-