

**המועצה
המדעית
ועדת הבחינות**

**בחינת שלב א'
רפואה פיסיקלית ושיקום**

18.06.26

מס' השאלות בחלק זה: 150

1. בן 65 הובא לחדר המיון על-ידי אמבולנס עם תסמיני חולשת יד ורגל שמאל, דיבור מרוח והעדפת צד ימין שהחלו לפני כשעה וחצי. ב-CT מוח ללא חומר ניגוד נצפתה התמונה הבאה:



מה נכון לגבי הממצאים בתמונה?

- א. נצפה דימום תוך-חדרי (Intra-ventricular Hemorrhage) בקרן האוקסיפיטלית השמאלית
- ב. נצפה דימום תת-עכבישי (Sub-arachnoid Hemorrhage) פרונטו-טמפורלי מימין
- ג. נצפה אוטם פרונטו-טמפורלי שמאלי
- ד. נצפה קריש דם בעורק המוח האמצעי (Middle Cerebral Artery) מימין

2. מטופל לאחר שבץ מוחי סובל מספסטיות משמעותית בגף עליון. לפי המודל הפתופיזיולוגי המקובל, מהו המנגנון המרכזי האחראי ל-Hyperexcitability של רפלקס המתיחה במצב זה?

- א. ירידה בפעילות של המסלול הוסטיבולו-ספינאלי.
- ב. היפר-אקסיטביליות של המסלול הרטיקולו-ספינאלי המדיאלי עקב אובדן אינהיביציה קורטיקלית.
- ג. עלייה בייצור האנזים Hyaluronidase בשריר הספסטי עקב בקרה מרכזית לקויה.
- ד. תהליך אטרופיה בקרן האחורית (Posterior Horn) של חוט השדרה.

3. מטופלת לאחר אירוע מוחי איסכמי ב-MCA שמאל לפני 4 חודשים, פיתחה טונוס מוגבר משמעותית בגף עליון ימין. בביקורת במרפאת ספסטיות הוחלט על הזרקת רעלן בוטולינום. על פי התמונה המצורפת, לאילו שרירים יש להזריק?



- א. Triceps, Brachialis
- ב. Flexor Carpi Radialis, pronator teres
- ג. Extensor Carpi Radialis, Extensor Carpi Ulnaris
- ד. Biceps, Supinator

4. מהו הגורם המנבא החשוב ביותר להתאוששות תפקודית במהלך 24 השעות הראשונות

לאחר אירוע מוחי?

א. גיל המטופל

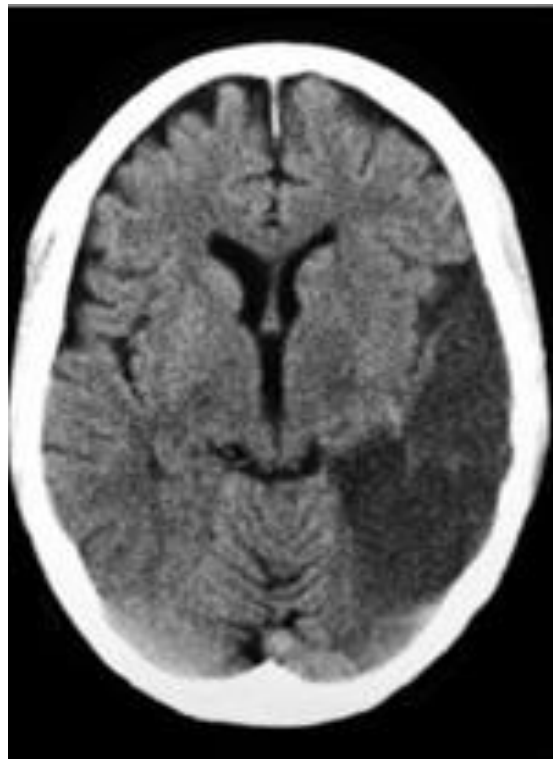
ב. סוג האירוע המוחי (דימומי/איסכמי)

ג. חומרת האירוע לפי NIHSS SCORE

ד. נפח הממצאים ב-CT

5. בן 64 התקבל לשיקום באשפוז לאחר CVA. להלן תמונה מתוך CT ביקורת שבוצע

סמוך לקבלתו לשיקום:



מהי הקליניקה הצפויה בהינתן פגיעה במיקום זה?

א. חולשת פלג גוף ימין

ב. הפרעה תחושתית משמאל

ג. הפרעה בחזרה על דיבור

ד. הפרעה בקשב מרחבי

6. בת 58, עם רקע של יתר לחץ דם, התקבלה לניסיון שיקומי שבוע לאחר דימום מוחי בתלמוס שגרם לחולשה קלה של פלג גוף ימין, והפרעה תחושתית מימין. כעת, שבועיים לאחר האירוע מדווחת על החמרה בחולשת פלג גוף ימין. בוצע CT דחוף, ללא ממצא חדש. איזה מהבאים נכון?
- יש להתחיל טיפול באספירין לאור חשד גבוה לאירוע איסכמי חדש
 - יש להשלים בירור למחלה זיהומית שגרמה להחמרה נירולוגית
 - יש להשלים MRI עם רצף FLAIR בשאלה של אירוע חדש
 - יש להקפיד על איזון לחץ דם מתחת ל-120/80
7. בן 25, לאחר דימום מ-Arteriovenous Malformation במיקום פרונטלי שמאלי ונזק ל-Inferior and Middle Frontal Gyrus עם בצקת היקפית מתמשכת לאיזורים פרי סילביאנים פריאטלים וטמפורלים. מה נכון לגבי הפגיעה השפתית הצפויה?
- צפויה אפאזיה גלובלית ראשונית ובהמשך הטבה אקספרסיבית
 - צפויה אפאזיה טרנסקורטיקלית רצפטיבית ראשונית ובהמשך הטבה אקספרסיבית
 - צפויה אפאזיה רצפטיבית ממושכת
 - צפויה אפאזיה אקספרסיבית ממושכת
8. בן 50, כעת 10 ימים לאחר דימום בגרעיני הבסיס מימין, התקבל למחלקה השיקומית עם טיפול מניעתי לפירכוסים. איזה מהבאים נכון?
- יש להמשיך טיפול מניעתי עד לביקורת נירוכירורגית לאור סיכון מעל 50% לפירכוס לאחר דימום מוחי מסוג זה.
 - בדימום תת קורטיקלי הסיכון לפירכוס פחות מ-20% ולכן יש להפסיק באופן הדרגתי את הטיפול.
 - יש להמשיך טיפול מניעתי למשך 3 חודשים מהדימום המוחי ואז להפסיק באופן הדרגתי.
 - יש לבצע EEG ו-CT ביקורת לאחר 3 חודשים ורק במידה ותקינים להפסיק את הטיפול הדרגתי.

9. בת 48, נמצאת בשיקום חודש לאחר אירוע מוחי איסכמי משני לדיסקציה של עורק Internal Carotid עם המיפלגיה של פלג גוף ימין והפרעה תחושתית מימין. מטופלת ב Aspirin במינון 100 מ"ג ו-Clopidogrel במינון 75 מ"ג. מה נכון לגבי טיפול ב- Low molecular weight heparin (LMWH)?
- יש להוסיף טיפול מניעתי ב-LMWH בשל סיכון מוגבר ל-DVT במצבה.
 - אין צורך להוסיף טיפול מניעתי ב-LMWH ל DVT לאור טיפול ב-Dual anti platelet therapy שמפחית משמעותית את הסיכון ל-DVT.
 - אין צורך בטיפול מניעתי ב-LMWH לאור כך שעבר חודש מהאירוע המוחי.
 - יש צורך בטיפול מניעתי ל-DVT אולם לאור סיכון לדימום תחת טיפול ב-Dual anti platelet therapy אין להוסיף LMWH ויש להתאים גרביים אלסטיות לוחצות.
10. בן 55, הגיע למיון עם חולשה משמעותית של גף עליון ימין וחולשה קלה של גף תחתון ימין. ברקע יתר לחץ דם וסוכרת, לא מאוזנים. ה-CT במיון ללא ממצא מוקדי. מה נכון לגבי בדיקת MRI במיון למטופל זה?
- ברצף T1 נראה אות סיגנל מוגבר כביטוי לבצקת ראשונית של אירוע מוחי
 - רצף (Diffusion Weighted Imaging) DWI יאפשר זיהוי איסכמי בשעה הראשונה לאחר האירוע
 - הקליניקה של המטופל מתאימה לאירוע איסכמי בגומה אחורית ולכן MRI טוב יותר מ-CT
 - רצף DWI טוב יותר מרצף (Apparent Diffusion Coefficient) ADC באבחון אירוע איסכמי לקונרי.
11. בן 63, לאחר אירוע מוחי איסכמי עם רקע של יתר לחץ דם. איזה מהבאים נכון?
- יש חשיבות לאיזון אגרסיבי של לחץ הדם לערך נמוך מ-120/80 בשבוע הראשון לאחר האירוע
 - יתר לחץ דם הוא לא גורם נפוץ לאירוע איסכמי מסוג Watershed Infarct
 - במקרה זה יש לשלול אטיולוגיה של Cerebral Amyloid Angiopathy
 - יתר לחץ דם הוא לא גורם נפוץ לאירועים איסכמיים לקונריים

12. בת 58, עם אוטם מוחי בפיזור anterior cerebral artery (ACA) מימין עלולה לסבול

מהבאים, פרט ל -

- א. פגיעה מוטורית קשה יותר ברגל מאשר ביד
- ב. ליקויים קוגניטיביים עם יזימה ירודה
- ג. Finger agnosia
- ד. הפרעות של אימפולסיביות ודיסאינהיביציה

13. בת 35, אשר אובחנה עם טרשת נפוצה (MS) לפני כשנה, מתלוננת מזה חודשיים על

דחיפות במתן שתן וקושי להתאפק. ב-MRI ראש מלפני חודש נראות לזיות סביב החדרים, שאינן עוברות האדרה עם חומר ניגוד. לא נראות לזיות בגזע המוח. היא מטופלת ב-Fampridine (FAMPYRA). מהי האטיולוגיה הסבירה ביותר לתלונותיה?

- א. תופעת לוואי של Fampridine
- ב. תגובה פסיכולוגית למחלתה וקושי להסתגל לאבחנה שקיבלה
- ג. לזיה חדשה בחוט השדרה
- ד. לזיה פריאטלית חדשה שתיראה ב-MRI רק ברצף SWI

14. כיצד בודקים ANOSOGNOSIA במטופל לאחר אירוע מוחי?

- א. יש לברר עם המטופל לגבי קיומן של מחשבות גדלות היפומאניות.
- ב. יש לשאול את המטופל מה סיבת האשפוז, מה קרה לו ומהן השלכות האירוע.
- ג. יש לבדוק יכולת לזהות צבעים בשיום בקונפרונטציה או בהתאמה של עצם לדוגמת צבע.
- ד. יש לבקש מהמטופל לבצע חישובים בעל פה – חיבור וחיסור של מספרים בעלי שתי ספרות.

15. איזה ביטוי קליני לא נובע מהזנחת צד (UNILATERAL SPATIAL NEGLECT)?

- א. הטיית הצוואר שמאלה בישיבה בכיסא גלגלים
- ב. ישיבה על יד שמאל השמוטה
- ג. סימון קו האמצע של קווים ימינה מהאמצע האמיתי של הקו
- ד. היתקלות במשקוף מצד שמאל עם כיסא הגלגלים

16. בת 62, עם יתר לחץ דם שנים רבות, מאושפזת בשיקום לאחר דימום מוחי בגרעיני בסיס משמאל. ב-CT ראש עדות לאוטמים לקונריים ישנים מרובים. משפחתה מדווחת שבכל פעם שמישהו מתקשר, היא בוכה מספר דקות ללא שליטה וכשנשאלת על כך לא יודעת להסביר מדוע. מה מתאר נכון את מצבה?

א. המטופלת בדיכאון מג'ורי, לאור האירועים המוחים הקודמים מומלץ להתחיל טיפול תרופתי ב- TRICYCLIC ANTIDEPRESSANT.

ב. המטופלת בדיכאון תגובתי ויש להתחיל טיפול פסיכולוגי בשיטת COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY.

ג. מדובר בתהליך טבעי של אבל על האובדנים שהיא חווה כתוצאה מהפגיעה התפקודית ויש להסביר למשפחה שאין פסול בבכי ובביטוי הקשיים שלה בפניהם.
ד. מדובר בהתקפי בכי ממקור PSEUDOBULBAR ויש לתת טיפול תרופתי מכוון לכך.

17. בן 54, פונה למיון עם תלונה של ירידה בתחושה בפלג גוף שמאל מזה שעתיים. בבדיקתו, עפעף צנוח בעין ימין, אישון קטן בעין ימין לעומת שמאל, ירידה בתחושה בחצי פנים מימין ובפלג גוף שמאל, דיסמטריה מימין, אטקסיה בהליכה. ב-CT ראש – לא נראה ממצא מיוחד. מה נכון לגבי הסיבה האפשרית לתלונותיו?

א. דימום בבסיס המידברייך השמאלי

ב. אוטם במדולה הלטרלית מימין

ג. אוטם בפונס משמאל

ד. קברנומה לוחצת במידברייך המדיאלי

18. בן 68, התקבל לשיקום כחודש לאחר דימום ממפרצת ב- anterior communicating artery. בישיבת הצוות השנייה, כ- 3 שבועות מקבלתו, המטפלים מהסקטורים השונים מדווחים על חוסר התקדמות ואף על ירידה תפקודית בהשוואה לקבלתו. מה צריך להיות הצעד הבא?

א. יש להשלים CTA בחשד ל-vasospasm שגרם לאיסכמיה מוחית מוקדית

ב. יש להתחיל טיפול תרופתי דופמינרגי לשיפור פעילות מערכת בקרת המצב

ג. יש להשלים CT ללא חומר ניגוד בשאלה של התפתחות hydrocephalus

ד. יש להתחיל טיפול תרופתי אנטי אפילפטי בחשד לפירכוס תת קליני

19. מטופל מאושפז בשיקום בעקבות אירוע מוחי איסכמי לקונרי לפני חודש וחצי והוא מטופל

- ב- Atorvastatin, Ramipril, Aspirin ו-Hydrochlorothiazide. לחצי הדם שלו במחלקה הם סביב 130/85. הוא יוצא הביתה לראשונה לחופשת שישי שבת ושואל את רופא/ת השיקום המטפל/ת בו אם יש התוויות נגד לקיום יחסי מין. מה מבין הבאים נכון?
- א. הוא יכול לקיים יחסי מין ולעדכן את הרופא/ה במידה ויתקל בקושי
- ב. מומלץ להימנע מיחסי מין בחודשיים הראשונים לאחר אירוע מוחי מחשש לעליה קיצונית בלחץ הדם
- ג. על הרופא/ה להזהירו כי צפויה פגיעה בתפקוד מיני בגלל הטיפול בתיאזיד
- ד. אסורה נטילת sildenafil לשיפור זיקפה לאור התרופות בהן הוא מטופל

20. מה נכון לגבי VESTIBULOCULAR REFLEX?

- א. הוא מערב עצבים קרניאליים V, VII ו-VIII
- ב. תפקידו לייצב את העיניים בזמן תנועות ראש מהירות
- ג. הוא גורם לאיבוד החזר CORNEAL במטופלים מחוסרי הכרה
- ד. גרעין ה- CAUDATE אחראי על דיכוי ההחזר, וההחזר מוגבר בפגיעה בגרעין זה

21. בן 76, עם גורמי סיכון וסקולריים (יתר לחץ דם, סוכרת, דיסליפידמיה), מגיע בליווי

משפחה למרפאת שיקום בשל ירידה תפקודית מזה מספר חודשים. בני המשפחה מתארים החמרה הדרגתית בקושי בהליכה, נפילות, האטה חשיבתית וקשיי זיכרון לטווח קצר, ולאחרונה גם הופעת דליפות שתן. בבדיקה נצפית הליכה על בסיס רחב, צעדים קצרים ואיטיים, קושי בהתחלת הליכה וסיבובים, ללא חולשה פוקלית. מבחינה קוגניטיבית ניכרת ירידה בעיקר במהירות עיבוד ובתפקודים ניהוליים. MRI מוח הדגים הרחבת חדרים לא פרופורציונלית לדרגת האטרופיה הקורטיקלית. מהי הגישה המתאימה ביותר מבחינה אבחנתית ושיקומית בשלב זה?

- א. ההדמיה והקליניקה מתאימות לאבחנה של דמנציה וסקולרית מתקדמת. הטיפול המומלץ הוא שמרני, כולל פיזיותרפיה לשיפור איכות הליכה והפחתת סיכון לנפילות.
- ב. ההדמיה והקליניקה מתאימות ל-Alzheimer's disease טיפוס I. אין מקום לביצוע CSF tap test שכן גם במידה ותהיה הטבה זמנית אין מקום להתקנת Ventriculoperitoneal shunt
- ג. לפי הקליניקה והממצאים הרדיולוגיים יש מקום לביצוע CSF tap test ולפי התגובה הקלינית לשקול ביצוע Ventriculoperitoneal shunt
- ד. נוכח הגיל המבוגר והקומורבידיות אין מקום להתערבויות נירוכירורגיות, יש לבחור בטיפול שמרני והכוונת המשפחה למציאת עובד זר ומיצוי זכויות

22. בת 68, לאחר אירוע מוחי איסכמי ב-MCA ימני מאושפזת במחלקת שיקום. הצוות המטפל מדווח כי המטופלת דוחפת את גופה באופן פעיל לצד הפלגי ומתנגדת לניסיונות לתקן את יציבתה. מהי ההתערבות הטיפולית המומלצת ביותר?

א. ישיבה מול מראה לשיפור מודעות לקו האמצע

ב. חיזוק הגף העליון הלא-פלגי לצורך תמיכה

ג. גירוי חזותי ורטיקלי עם שימוש בקו אנכי חיצוני כמסגרת ייחוס

ד. Constraint Induced Movement Therapy

23. מה לא נמצא בבדיקת מטופל עם מחלת פרקינסון מזה 5 שנים?

א. עליה בהחזרי יציבה (POSTURAL REFLEXES)

ב. ריגידיות מסוג COGWHEEL בשורש כף יד

ג. רעד במנוחה

ד. איטיות בפתיחה וסגירה חוזרות של אגרוף

24. מה מסייע להבדיל בין טרשת נפוצה (MS) לבין NEUROMYELITIS OPTICA (NMO)?

א. ב-MS יש מעורבות מוחית תת קורטיקלית שלא קיימת ב-NMO

ב. ב-NMO יש בדרך-כלל נוגדנים כנגד תעלות מים AQUAPORIN

ג. דלקת של עצב הראיה אבחנתית ל-NMO

ד. MS מתחיל בגיל צעיר בעוד NMO מתפרץ במוצע בעשורים החמישי-שישי לחיים

25. למחלקה מתקבל מטופל בן 30 לאחר חבלת ראש. בישיבת הצוות הראשונה מתואר מצבו הקוגניטיבי כדרגה 4 לפי סולם RANCHOS LOS AMIGOS, איזה מהבאים מתאים לתיאור מצב זה?

א. המטופל מגיב לגירוי חיצוני באופן לא עקבי ולא ספציפי

ב. המטופל רגוע, מסוגל לזכור מידע חדש ומתנהג בצורה שיפוטית

ג. המטופל מבולבל, אך מגיב בצורה מונחית-מטרה, מתקשה בלימוד ידע חדש

ד. המטופל אגיטיטיבי, מתקשה לשמור על קשב, מגיב בצורה שאינה תואמת סיטואציה

לגירויים

26. איזה גורם מבין הבאים מהווה קריטריון נדרש להתאמה להעברה מאשפוז חריף לאשפוז שיקומי במטופל עם חבלת ראש קשה, עם טרכאוסטומיה, והיענות לסירוגין לפקודות פשוטות?

- א. המטופל משתין ספונטנית או שהותקן קתטר שתן על-חיקי (suprapubic)
- ב. המטופל לא זקוק כלל לתמיכת חמצן
- ג. למטופל יכולת להשתתף במספר טיפולים שיקומיים ביום
- ד. המטופל מסוגל להזנה פומית מלאה או שהותקן לו PEG

27. בשלב תת-חריף של שיקום לאחר חבלת ראש, איזו התערבות מתאימה ביותר למניעה מוקדמת של הסתיידות הטרוטופית (HO) במטופל בסיכון גבוה עם ספסטיות קשה ואימוביליזציה ממושכת?

- א. טיפול חד פעמי ב-Alendronate תוך ורידי בטפטוף איטי
- ב. הפעלת טווח תנועה פסיבי באופן שגרתי וניידות מוקדמת
- ג. מתן Naproxen (Naxyn) מניעתית לאחר 6 שבועות למשך חודש
- ד. מתן קרינה מונעת לאחר 6 שבועות לכל המפרקים הגדולים

28. בן 35, כעת 4 שבועות לאחר חבלת ראש קשה. בבדיקה - ממקם באופן גס כאב ומבצע פקודות פשוטות לסירוגין. איזה טיפול תרופתי הוא בעל הראיות הטובות ביותר להאצת ההחלמה התפקודית במצב זה?

- א. Propranolol
- ב. Amantadine
- ג. Escitalopram
- ד. Levetiracetam

29. בן 37, עם חבלת ראש בינונית מציג האטה בעיבוד מידע וקושי בהתמודדות עם מטלות מורכבות. איזה אבחון יסייע באפיון הבעיה המתוארת?

- א. Behavioral Inattention Test
- ב. Rey Auditory Verbal Learning Test
- ג. Fugl Meyer Assessment
- ד. Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome

30. בת 26, לאחר חבלת ראש קשה, מציגה אגיטציה קשה ותוקפנות בשלב השיקום המוקדם. איזו אסטרטגיה מתאימה ביותר כקו ראשון?

- א. גירוי חושי מקסימלי כדי לשפר ערנות
- ב. סביבה שקטה ודלת גירויים
- ג. שימוש באמצעי ריסון פיזיים
- ד. עירוי מתמשך של בנזודיאזפינים

31. בן 42, עם חבלת ראש, חוזר לביקורת שנה לאחר התאונה ומציג דיסאינהיביציה בולטת, אימפולסיביות ושיפוט לקוי, עם כוח וניידות תקינים. איזו התערבות היא החשובה ביותר לשיפור ההשתתפות בקהילה?

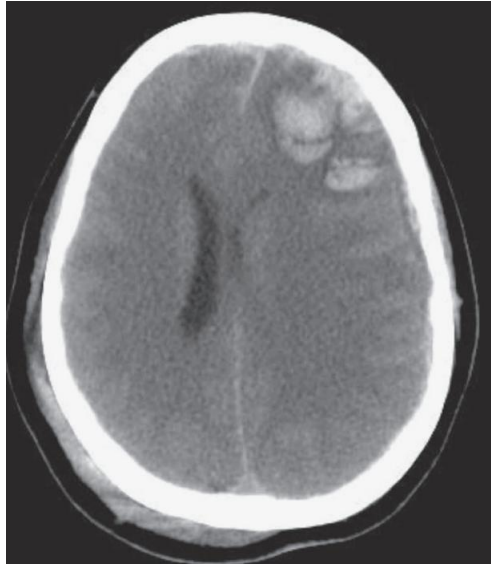
- א. הפניה להערכה נירופסיכולוגית מקיפה ובנית תוכנית התנהגותית
- ב. הפניה להערכת נהיגה כולל בדיקה בסימולטור
- ג. התחלת טיפול תרופתי הרגעי דופמינרגי
- ד. הפניה למסגרת אשפוז מלא לצורך הערכה חוזרת

32. בן 24, לאחר תאונת אופנוע ללא קסדה, הגיע למיון מחוסר הכרה עם GCS 7. בדיקת CT מוח הראתה קונטוזיות פרונטליות דו"צ ובצקת ממושטת. כעבור שבוע המטופל ער, מבצע פקודות פשוטות אך אינו זוכר את האירוע, מתקשה לזכור אירועים יומיומיים מהיממה החולפת. מה מהבאים הכי מתאים להערכת חומרת פגיעת הראש?

- א. ציון GCS בעת הגעה למיון
- ב. משך אובדן הכרה
- ג. משך Post traumatic amnesia
- ד. ממצאי CT מוח בקבלה

33. בן 28, נחשף לפיצוץ מטען חבלה גדול בתוך מבנה סגור בעת פעילות צבאית. על פי תאורו, נהדף לאחור, מדווח שלא איבד הכרה, ללא חבלה ישירה לראש, ולא נצפו פציעות חודרות. בשעות שלאחר האירוע התלונן על טנטון, כאבי ראש עזים, סחרחורת, תחושת "ערפל מוחי" וקושי בריכוז. בהגעתו למרפאת השיקום כעבור מספר חודשים הוא מתאר הפרעות שינה, רגישות לרעש, קשיי זיכרון וקשב, ו-PTSD מאובחן. בדיקה נוירולוגית תקינה. CT ו-CTA תקינים. באבחון נוירופסיכולוגי הודגמה ירידה קלה בתפקודים ניהוליים. איזה מהבאים מתאר בצורה הטובה ביותר את הפגיעה המתוארת במקרה זה ואת המשמעות השיקומית?
- א. ההדמיה והבדיקה הנוירולוגית התקינות שוללות חבלת מוח טראומטית ומיקוד הטיפול צריך להיות בתסמיני PTSD המתוארים עם טיפול פסיכותרפי ממוקד טראומה.
- ב. פגיעת הדף ראשונית יכולה להתרחש גם ללא חבלה ישירה לראש וללא אובדן הכרה, וללא ממצא ב-CT ומצריכה טיפול שיקומי אמבולטורי רב מקצועי.
- ג. הקליניקה המתוארת מתאימה בנוסף ל-PTSD למקור וסטיבולרי פריפרי ולפרפורציה של הממברנה הטימפנית, ויש להשלים בדיקת Electronystagmography (ENG) ולהפנות לטיפול פיזיותרפיה וסטיבולרית.
- ד. ההתייחסות המומלצת היא כ-Moderate-Severe Traumatic Brain Injury עם שיקום רב מקצועי אינטנסיבי במסגרת אשפוז, בדגש על טיפול בהפרעות שינה וטיפול ב-PTSD.

34. בן 55, לאחר חבלת ראש טראומטית (TBI) עובר בדיקת CT מוח במיון בה מודגמים הממצאים הבאים:



מה מתאר נכונה את הממצאים בהדמיה והמהלך המתאים?

- א. רקמת המוח עדיין לא נפגעה באופן בלתי הפיך, לפיכך הפחתת הלחץ התוך-גולגולתי על ידי התערבות ניתוחית תשפר משמעותית את תוצאות השיקום.
- ב. סטיית קו האמצע היא ממצא זמני שלרוב נפתר מעצמו עם ספיגת הדימום
- ג. סטיית קו האמצע מעידה על לחץ תוך-גולגולתי מוגבר ואיסכמיה משנית, שעלולה להוביל לפגיעה תפקודית ארוכת טווח, גם אם תבוצע התערבות ניתוחית.
- ד. ניתן להבחין בדימום סוב-ארכנואידלי, המוגדר כמנבא פרוגנוסטי טוב יותר בהשוואה לסוגי דימום אחרים.

35. בן 62, עם severe TBI בעקבות נפילה מגובה, אושפז מונשם ומורדם. CT הדגים דימום סאבדורלי וקונטוזיות פרונטליות דו-צדדיות. לאחר גמילה מהנשמה, הוצאה הזונדה ובוצעה בדיקת וידאופלואורוסקופיה שהדגימה שהייה משמעותית ברפלקס הבליעה, סימני אספירציה שקטה במרקם של נוזלים דלילים, ושארית תוכן משמעותית בוולקולות ובסינוסים הפיריפורמיים לאחר הבליעה. המטופל מסוגל לשמור על ישיבה זקופה בהשגחה, אך מבולבל ומשתף פעולה חלקית. מהי הגישה השיקומית המתאימה ביותר לניהול הפרעת הבליעה בשלב זה?

- א. התחלת כלכלה פומית, בתחילה של נוזלים דלילים, עם הדרכה לבליעה איטית, מאחר שהאספירציות שקטות.
- ב. הכנסת PEG לאור תמונה של אספירציות, ללא ניסיון שיקום בליעה בשלב זה לצורך מתן מנוחה למיתרי הקול ומערכת הבליעה.
- ג. המשך הזנה אנטרלית לא פומית בשלב זה, תוך התחלת טיפול שיקומי לבליעה ומעקב אחר קליניקה.
- ד. הפסקת הזנה אנטרלית ומעבר ל-TPN עד שבדיקת וידאופלואורוסקופיה חוזרת תהיה תקינה.

36. בת 38, לאחר TBI בינוני שהתרחש לפני 6 חודשים, סובלת מליקויי זיכרון ניכרים. מהי ההתערבות השיקומית בעלת הראיות הטובות ביותר לשיפור תפקודה?

- א. תרגול Neurofeedback
- ב. אסטרטגיות פיצוי חיצוניות (יומנים, התרעות סמארטפון)
- ג. תרגול חזרתי של גירויים מילוליים
- ד. שימוש ב- Transcranial Magnetic Stimulation

37. בן 26, לאחר תאונת דרכים כרוכב קורקינט בלי קסדה. Glasgow Coma Score בשטח היה 5. CT מח הדגים קונטוזיות פרונטליות וטמפורליות דו צדדית, דימום סובדוראלי מימין. הוכנס מד ICP (Intracranial Pressure) שהראה לחץ של 24 מ"מ כספית. מה ההתערבות המומלצת בשלב זה?

- א. הפגת לחץ תוך גולגלתי על ידי ניקוז הדם מהקונטוזיות הפרונטליות
- ב. טיפול שמרני עם המשך מעקב על-ידי מד ה-ICP
- ג. הפגת לחץ תוך גולגלתי על ידי קרניאקטומיה (decompressive craniectomy)
- ד. טיפול שמרני עם היפותרמיה

38. מטופל עבר תאונת דרכים כרוכב אופנים עם קסדה. הוא נבדק במיון מייד לאחר התאונה

והתלונן על כאבי ראש, סחרחורת ובחילה. הבדיקה הגופנית הייתה ללא ממצא, פרט לקושי בהליכת טנדם (tandam). בדיקת CT מח הדגימה סדק בעצם טמפורלית משמאל ללא ממצא תוך גולגולתי. כעת, שבועיים אחרי התאונה, הוא מגיע למרפאת שיקום בשל תלונה של סחרחורת מתמשכת. מה הטיפול הנכון?

א. Cinnarizine (Stunarone)

ב. Promethazine (Phenergan)

ג. הפניה למעקב רפואי ופיזיותרפיה וסטיבולרית

ד. הפניה להערכה פסיכולוגית

39. מטופל עם פגיעת ראש פרונטלית מתבקש להסביר מה משותף לכיסא, שולחן ושרפרף.

הוא עונה שכולם עשויים מעץ. על מה מעידה תשובה זו?

א. מדובר בתשובה הולמת, שאינה מבטאת את קשייו

ב. חשיבה קונקרטיית וקושי בהפשטה

ג. רגרסיה התנהגותית ותשובה ילדותית

ד. פגיעה שפתית מסוג אקספרסיבי

40. בן 54, לאחר חבלת מוח קשה, התקבל לשיקום במצב אגיטיבי, לא משתף פעולה בטיפולים השיקומיים וקשה מאד לטיפול סיעודי. מה לא טיפול מומלץ להפחתת אגיטציה

במטופל זה?

א. Olanzapine

ב. Risperidone

ג. Haloperidol

ד. Quetiapine

41. בן 48, לאחר נפילה מגובה 2 מטר, עם דימום אפידורלי מימין שנוקז, קונטוזיות מוחיות

ושברים בפנים וברגל ימין שטופלו שמרנית, התקבל לשיקום באשפוז עם חולשת פלג גוף שמאל והפרעות קוגניטיביות. אישתו מדווחת שהוא לרוב עם הראש מוטה הצידה ומרבה

לקרוץ לה. מה סביר שיימצא בבדיקה קלינית?

א. שיתוק של עצב קרניאלי 4 ודיפלופיה

ב. שיתוק של עצב קרניאלי 6 ופטוזיס

ג. שיתוק של עצב קרניאלי 3 ודיפלופיה

ד. שיתוק של עצב קרניאלי 6 ומיוזיס

42. בן 19, לאחר נפילה מגובה עם חבלת ראש קשה, עבר decompressive craniectomy וניקוז דמם סובדוראלי. התקבל לטיפול שיקומי לאחר שבועיים. כעת, חודש לאחר קבלתו לשיקום, לאחר שנצפתה התקדמות קלינית, הצוות מדווח על ירידה תפקודית, החמרה בהפרעה שפתית וחולשת פלג גוף ימין. בהדמייה שבוצעה בעקבות ההחמרה:



מה הטיפול המתאים?

- א. התקנת מעקף חדרי-צפקי (Ventriculo-Peritoneal Shunt)
- ב. ניתוח קרניופלסטיקה (Cranioplasty)
- ג. ניתוח הסרת עצם מימין (Decompressive Craniectomy)
- ד. טיפול שמרני עם היפר-ונטילציה (Hyperventilation)

43. בן 35, עם חבלת ראש קשה לאחר תאונת דרכים, עם קונטוזיות קורטיקליות פרונטו-טמפורליות ודימום סאבדורלי קטן אושפז בטיפול נמרץ. במהלך 24 השעות הראשונות לאחר האירוע הופיעו שני אירועים טוניים-קלוניים מוכללים, שטופלו ב-Diazepam וב-Phenytoin תוך ורידי עם רזולוציה ובהמשך טיפול אנטיאפילפטי מונותרפי ב-Phenytoin. מהי הגישה הטיפולית המומלצת במטופל זה בהתאם לידע העדכני לגבי טיפול בפרכוסים פוסט-טראומטיים?

- א. יש להפסיק את הטיפול ב-Phenytoin לאחר 7 ימים
- ב. יש להמשיך טיפול אנטיאפילפטי למשך שנה
- ג. לאחר רזולוציה של הפרכוס אין מקום לטיפול מניעתי
- ד. יש להמשיך טיפול אנטיאפילפטי עד לספיגה מוחלטת של הדימום בהדמיה

44. איזה מהבאים הוא הממד המתאים ביותר להערכת תוצאה תפקודית כללית ונטל הטיפול בעת השחרור משיקום אשפוזי של מטופל לאחר חבלת ראש בינונית?

- א. סולם Rancho Los Amigos
- ב. Functional Independence Measure
- ג. Coma Recovery Scale–Revised
- ד. Mini-Mental State Examination

45. איזו תופעת לוואי של Amantadine מחייבת מעקב מיוחד בעת התחלת טיפול בתרופה?

- א. נויטרופניה קשה
- ב. הגברת סיכון לפרכוסים
- ג. אי-ספיקת כבד בלתי הפיכה
- ד. ברדיקרדיה

46. איזה מהבאים נכון לגבי מצבי הכרה ירודים לאחר חבלת ראש - מצב וגטטיבי (unresponsive wakefulness syndrome) ומצב הכרה מינימלי (Minimal Consciousness state)?

- א. מצב וגטטיבי כולל ביצוע לא עקבי של פקודות פשוטות
- ב. מצב הכרה מינימלי כולל התנהגויות מכוונות מטרה שחוזרות אך אינן עקביות
- ג. מצב הכרה מינימלי מאופיין בזיכרון אפיזודי שמור
- ד. היעדר מחזוריות שינה-ערות מהווה חלק מההגדרה של מצב וגטטיבי

47. בן 28, עם חבלת ראש, הועבר מטיפול נמרץ למחלקה אורטופדית לשם תיקון שבר מרוסק בפמור. יציב המודינמית וללא צורך בתרופות ואזופרסוריות. צוות שיקום מגיע לבדוק את המטופל במחלקה. מהי המטרה העיקרית של השיקום בשלב זה?

- א. הערכה לטובת ביקור בית לצורך התאמת הבית לכיסא גלגלים
- ב. מניעת סיבוכים משניים
- ג. הערכה קוגניטיבית עם דגש על אבחוני GOAT ו- BADS
- ד. קביעת פרוגנוזה תפקודית

48. בת 35, נשואה ואם לשני ילדים, עם טרשת נפוצה (MS) מסוג Relapsing-Remitting מזה 6 שנים, EDSS 3.5. מתלוננת על ירידה משמעותית בחשק המיני, יובש נרתיקי וקושי להגיע לאורגזמה. היא מדווחת גם על עייפות כרונית וספסטיות קלה בגפיים התחתונות. מטופלת ב- Dimethyl Fumarate (Tecfidera) ו-Baclofen.

- מהי ההמלצה הטיפולית המתאימה במצב המתואר?
 - א. מתן Sildenafil (ויאגרה) כקו ראשון לשיפור התפקוד המיני
 - ב. התחלת טיפול בתרופה ממשפחת ה- SSRI
 - ג. הגדלת הטיפול התרופתי להפחתת ספסטיות
 - ד. הפניה להערכה וטיפול רגשי והמלצה לשימוש בחומרי סיכה

49. בן 25, מגיע לשיקום שבועיים לאחר פגיעת חוט שדרה טראומטית בגובה T10. בבדיקה מאובחן כ- AIS A. מהם הסיכויים של מטופל כזה לעבור לקטגוריה של AIS B או יותר כעבור שנה?

- א. כ-5%
- ב. 20%-30%
- ג. כ-50%
- ד. מעל 80%

50. מטופלת עם פגיעת חוט שדרה T4 AIS A מפתחת בזמן טיפול פיזיותרפיה כאב ראש, הסמקה בפנים והזעה מעל גובה הפגיעה. מהו הצעד הראשון והחשוב ביותר בניהול המקרה?

- א. מתן מיידית של תרופה להורדת לחץ דם
- ב. השכבת המטופלת במנח Supine
- ג. הושבת המטופלת והסרת בגדים לוחצים
- ד. מתן מיידית של Midodrine

51. איזה מהמשפטים הבאים נכון בנוגע למנגנוני הפעולה של התרופות המפורטות?

- א. Dantrolene פועלת ע"י עיכוב שחרור סידן ברמת השריר
- ב. Baclofen פועלת ע"י עיכוב מסלולים Ceruleospinal
- ג. Diazepam פועלת כ- Alpha-2 agonist במערכת העצבים המרכזית
- ד. Tizanidine פועלת על קולטני GABA-A במערכת העצבים המרכזית

52. במה מאופיינת התסמונת הקלינית הצפויה להיגרם כתוצאה מפגיעה בעורק של

אדמקביץ'?

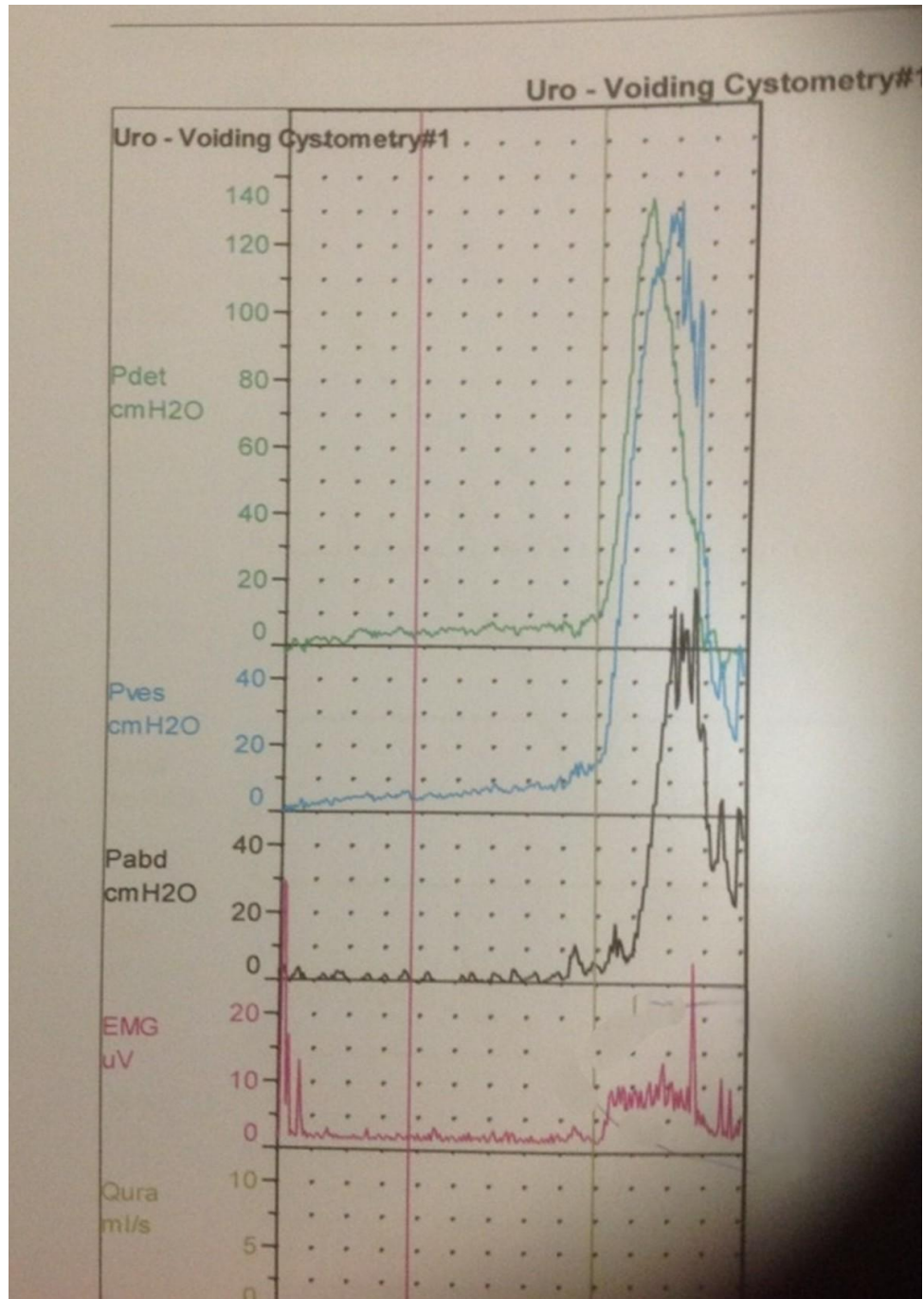
- א. אובדן תחושת מצב (Proprioception)
- ב. חסר מוטורי ואובדן תחושת כאב וטמפרטורה
- ג. תסמונת Brown-Séquard
- ד. פגיעה אוטונומית בלבד, שתגרום להפרעה בשליטה על סוגרים

53. מהו המאפיין המרכזי של השינוי בנפחי הריאות (Pulmonary Function Tests) אצל

מטופל עם טטרפלגיה C4 AIS B בשלב הסאב-אקוטי?

- א. ירידה ביחס FEV1/FVC
- ב. דפוס רסטריקטיבי עם ירידה ב-Vital Capacity (VC) ועלייה ב-Residual Volume (RV)
- ג. דפוס אובסטרוקטיבי עם עלייה ב-Total Lung Capacity (TLC) וב-Functional Residual Capacity (FRC)
- ד. ירידה ב-Residual Volume (RV)

54. מטופלת עם פגיעת חוט שדרה בגובה T10, שנה לאחר הפגיעה, מבצעת בדיקה אורודינמית, כפי שניתן לראות בתרשים.



מהו הסיכון העיקרי במצב זה אם לא מטופל כראוי?

א. דליפת שתן במאמץ (Stress Incontinence)

ב. ירידה בקיבולת השלפוחית

ג. רפלקס וסיקו-אורטרלי והידרונפרוזיס

ד. דליפת שתן כתוצאה מ-Overflow

55. מה מאפיין את איכות הזרע אצל גברים בשלב הכרוני לאחר פגיעת חוט שדרה (SCI)?

- א. ספירת זרע (Sperm count) נמוכה מאוד
- ב. פגיעה משמעותית בתנועתיות (Motility) ובחיות (Viability)
- ג. עיוות במבנה הזרע כתוצאה משינוי ברמות טסטוסטרון
- ד. אין פגיעה באיכות הזרע בשלב הכרוני של פגיעת חוט שדרה

56. מטופלת עם פגיעת חוט שדרה T3 AIS A מעוניינת להבין את התגובה המינית הפיזיולוגית שלה. איזה מהמשפטים הבאים מתאר נכונה את יכולת הלובריקציה שלה?

- א. לובריקציה רפלקסיבית נשמרת, אך לובריקציה פסיכוגנית אובדת
- ב. לובריקציה פסיכוגנית נשמרת, אך לובריקציה רפלקסיבית אובדת
- ג. שתי היכולות (לובריקציה רפלקסיבית ופסיכוגנית) אובדות
- ד. התגובה אינדבידואלית לכל מטופלת ולא ניתנת לחיזוי על סמך גובה הפגיעה

57. מהו הפקטור הפרוגנוסטי החיובי החשוב ביותר להחלמה תפקודית ב- Transverse Myelitis?

- א. פגיעה בחוט השדרה הצווארי ולא בטורקאלי או מותני
- ב. המצאות החזרים גידיים גם בשלב האקוטי
- ג. התפתחות מהירה של הקליניקה
- ד. קיומם של נוגדים ל-Aquaporin-4

58. בן 42, עם פגיעת חוט שדרה טורקאלית מזה 10 שנים, מגיע למרפאה ומתלונן על הופעת כאב חדש בכתפיים, הפרעה בתחושת חום וקור בגפיים העליונות וירידה ביכולתו להסיע כיסא גלגלים. מהו הצעד האבחנתי הבא?

- א. ביצוע EMG לגפיים העליונות בשאלה של פגיעה עצבית פריפרית
- ב. MRI עמוד שדרה בשאלה של Syringomyelia
- ג. התחלת ניסיון טיפולי ב-Baclofen בשאלה של עליית הספסטיות כגורם לתלונות
- ד. צילום רנטגן לכתפיים בשאלה של התפתחות heterotopic ossification

59. מטופל בן 25 עם פגיעת חוט שדרה C6 AIS A השלים את תהליך השיקום הראשוני. מהו היעד התפקודי הריאלי ביותר עבורו?

- א. עצמאות מלאה במעברים מכיסא גלגלים למיטה, ללא אביזרי עזר.
- ב. ביצוע צנתור עצמי באופן עצמאי, בעזרת אביזרי עזר.
- ג. שימוש בכיסא גלגלים ידני לניידות מלאה בקהילה.
- ד. עצמאות ברחצה ובלבוש פלג גוף תחתון, עם אביזרי עזר.

60. מה מבין הבאים לא נכלל בחמשת המשתנים המשמעותיים ביותר לניבוי של יכולת הליכה שנה לאחר הארוע בעקבות פגיעת חוט שדרה לא שלמה?
- א. ציון AMS בשריר הגסטרוקנמיס הטוב יותר
 - ב. תחושת מגע עדין בסגמנט S1
 - ג. תחושת deep anal pressure
 - ד. גיל מתחת ל- 65
61. בבחירת אורטוזה למטופל עם פגיעת חוט שדרה בהתאם למצבו הניורולוגי, מה ההמלצה המתאימה?
- א. למטופל המוגדר T8 AIS A נמליץ שני סדי KAFO לטובת הליכה טיפולית
 - ב. למטופל המוגדר T12 AIA A נמליץ שני סדי KAFO לטובת הליכה תפקודית
 - ג. למטופל המוגדר L2 AIS A עם ZPP ב-L3 של כוח 3 בימין ו-1 משמאל נמליץ KAFO לשמאל ו- AFO לימין לטובת הליכה תפקודית
 - ד. למטופל המוגדר L3 AIS A נמליץ שני סדי KAFO עם ציר ברך פתוח לטובת הליכה תפקודית
62. מה הקשר בין ספסטיות לבין קצב איבוד מסת העצם (Bone Mineral Density) במטופלים עם SCI?
- א. ספסטיות מחמירה את איבוד העצם עקב "משיכת" סידן מהעצם
 - ב. ספסטיות עשויה להאט את קצב ירידת צפיפות העצם על ידי הפעלת עומס מכני על העצם
 - ג. אין קשר בין טונוס השרירים לבין בריאות העצם
 - ד. ספסטיות עשויה לגרום לעלייה בצפיפות העצם לרמות גבוהות מהנורמה
63. מטופל מגיע לאחר פציעת דקירה מסכין שהביאה להמי-סקציה של חוט השדרה משמאל בגובה T10. בבדיקה ניורולוגית יממה לאחר הפציעה, איזה מהממצאים הבאים צפוי להימצא מתחת לגובה הפגיעה?
- א. אובדן תחושת כאב ותחושה שטחית ברגל שמאל ושיתוק ברגל ימין
 - ב. שיתוק ואובדן תחושת מצב ברגל שמאל ואובדן תחושת כאב ברגל ימין
 - ג. שיתוק ברגל שמאל, אובדן תחושת מצב בשתי הרגליים ואובדן תחושת כאב רק בגובה הפגיעה משמאל
 - ד. אובדן תחושת כאב ותחושת מצב ברגל שמאל ואובדן תחושה שטחית ברגל ימין

64. נפגע חוט שדרה הסובל מפגיעה שלמה בגובה T6 משתחרר מאשפוז שיקומי לביתו.

מה הסיבוך השכיח ביותר בשנה הראשונה במקרה של המטופל המתואר?

- א. פצע לחץ
- ב. דלקת ראות
- ג. פקקת ורידים DVT
- ד. דלקת בדרכי שתן

65. בן 30, חודשיים לאחר תאונת דרכים עם פגיעת חוט שדרה ושבר הומרוס, מתלונן על

נפיחות חדשה בירך שמאל. בבדיקתו חום מקומי ונפיחות. הושלם הצילום הבא:



מה הממצא המעבדתי הקשור ביותר עם מצבו?

- א. Alk phos מוגבר
- ב. D-dimer מוגבר
- ג. קלציום מוגבר
- ד. לויקוציטוזיס עם סטיה שמאלה

18.06.26 בחינת שלב א' רפואה פיסיקלית ושיקום

66. מטופל עם טטרפלגיה C6 AIS A מעוניין לשפר את יכולתו לאחוז כריך. איזה סד יסייע

לו במשימה?

א. סד C bar

ב. סד דינאמי ליישור האצבעות

ג. Universal cuff

ד. סד מנוחה ליישור שורש כף יד

67. בת 36, התקבלה לשיקום לאחר הסרת גידול אינטראמדולרי צווארי. במסגרת הערכה

הנירולוגית בוצעה בדיקת ISNCSCI:

RIGHT				LEFT			
MOTOR KEY MUSCLES	SENSORY KEY SENSORY POINTS		MOTOR KEY MUSCLES	SENSORY KEY SENSORY POINTS		MOTOR KEY MUSCLES	
	Light Touch (LTR)	Pin Prick (PPR)		Light Touch (LTL)	Pin Prick (PPL)		
C2	2	2	C2	2	2		
C3	2	2	C3	2	2		
C4	1	2	C4	2	2		
C5	5	1	2	2	2	5	C5
C6	4	1	2	2	2	4	C6
C7	1	1	1	1	1	1	C7
C8	0	1	1	1	1	0	C8
T1	0	1	1	1	1	0	T1
T2	1	0	1	1	1		T2
T3	1	0	1	1	0		T3
T4	1	0	1	1	0		T4
T5	1	0	1	1	0		T5
T6	1	0	1	1	0		T6
T7	1	0	1	1	0		T7
T8	1	0	1	1	0		T8
T9	1	0	1	1	0		T9
T10	1	0	1	1	0		T10
T11	1	0	1	1	0		T11
T12	1	0	1	1	0		T12
L1	1	0	1	1	0		L1
L2	0	1	0	1	0	0	L2
L3	0	1	0	1	0	0	L3
L4	0	1	0	1	0	0	L4
L5	0	1	0	1	0	0	L5
S1	0	1	0	1	0	0	S1
S2	1	0	1	1	0		S2
S3	1	0	1	1	0		S3
S4-5	1	0	1	1	0		S4-5
RIGHT TOTALS (MAXIMUM)	10	30	33	14	10	10	LEFT TOTALS (MAXIMUM)
	(50)	(56)	(56)	(56)	(50)		

Comments (Non-key Muscle? Reason for NT? Pain? Non-SCI condition?):

C) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) No

(DAP) Deep Anal P (Yes/No) No

מה האבחנה?

א. C3 AIS B

ב. C3 AIS C

ג. C6 AIS B

ד. C6 AIS C

68. מטופל עם פגיעת חוט שדרה בגובה C7 מתלונן על כאב בכתף המגביל את תפקודו

במעברים. מהו המנגנון העיקרי האחראי לכאבי הכתף במטופל?

- א. התפתחות של כאב נוירופתי
- ב. Spasticity של שריר ה-Deltoid
- ג. פריקה טראומטית חוזרת של הכתף
- ד. Impingement syndrome עקב שימוש יתר

69. מהו המאפיין הקליני המבדיל בין תסמונת Conus Medullaris לבין תסמונת Cauda

?Equina

- א. החלמה עצבית מהירה יותר מאפיינת את פגיעת Conus Medullaris
- ב. בפגיעת Cauda Equina במידה ויהיה שיתוק הוא תמיד יהיה רפה ואילו ב-Conus Medullaris עשויים לקבל שיתוק רפה או ספסטי
- ג. בפגיעת Cauda Equina נצפה לממצאים סימטריים בניגוד ל-Conus Medullaris שם התמונה נוטה להיות א-סימטרית
- ד. הפרעות בשליטה על סוגרים מופיעות רק בתסמונת Conus Medullaris

70. חייל בן 20 נפגע במהלך לחימה מפגז ונותר עם פגיעה שלמה (Complete) בחוט

השדרה בגובה T11. כיום, 8 חודשים לאחר הפגיעה, הוא מקפיד על תוכנית ריקון מעיים בבוקר, אך עדיין מתרחשים אירועי בריחת צואה מזדמנים. המטופל מעוניין לחזור לפעילות ספורטיבית. מה נכון עבור המטופל מבחינת פעילות ספורטיבית?

- א. כדאי שישתלב בריצה במסגרת פאראלימפית עם מכשירי הליכה (KAFO)
- ב. כדורסל בכיסאות גלגלים היא פעילות ספורטיבית מתאימה
- ג. רצוי להימנע מסוגי ספורט הדורשים עלית לחץ תוך בטני בגלל חשש מבריחות צואה
- ד. טניס בכיסאות גלגלים לא מתאים בשל סיכון ל-Autonomic Dysreflexia

71. מטופל עם פגיעה צווארית שלמה (C5 AIS A) מלפני חודש, שואל לגבי הסיכוי לשיפור נירולוגי בידיו. איזה מהבאים נכון בנוגע לפרוגנוזה לגבי חזרת תפקוד מוטורי מתחת לגובה הפגיעה?
- א. כ-10% מהמטופלים עם טטראפלגיה שלמה יחזירו רמה מוטורית אחת או יותר בתוך השנה הראשונה
- ב. כ-60% עד 70% מהמטופלים עם טטראפלגיה שלמה יחזירו רמה מוטורית אחת או יותר בתוך השנה הראשונה
- ג. חזרה של תפקוד מוטורי מתחת לפגיעה במקרים של פגיעות שלמות מתרחשת בדרך כלל רק לאחר השנה הראשונה, בעקבות תהליכי נירופלסטיות מאוחרים
- ד. הסיכוי של מטופל עם פגיעה צווארית שלמה לשיפור נירולוגי מוטורי מתחת לגובה הפגיעה דומה לזה של מטופל עם פגיעה טורקאלית שלמה
72. איזה ממצא תחושת צפוי להישמר (Sparing) במטופל עם תסמונת חוט שדרה קדמית (Anterior Cord Syndrome)?
- א. תחושת כאב (Pain)
- ב. תחושת טמפרטורה (Temperature)
- ג. תחושת מנח ורטט (Proprioception and Vibration)
- ד. כל התחושות מתחת לגובה הפגיעה אובדות לחלוטין
73. מהו התנאי ההכרחי להצלחת השתלת קוצב סרעפת במטופל עם פגיעה צווארית גבוהה התלוי במנשם?
- א. ה- Phrenic nerves חייבים להיות שלמים (Intact)
- ב. הפגיעה חייבת להיות מתחת לגובה C5
- ג. המטופל חייב להיות מסוגל לנשום עצמונית לפחות 2 דקות ברצף לפני ההשתלה
- ד. ההשתלה מתבצעת במהלך השבועיים הראשונים לאחר הפציעה
74. מה נכון לגבי תוחלת החיים לאחר פגיעת חוט שדרה?
- א. פגיעה תורקאלית נמוכה לא משפיעה על תוחלת החיים
- ב. תוחלת החיים לאחר פגיעה בגובה צווארי מתקצרת לאור סיכון מוגבר לתמותה בשנה הראשונה עקב דלקות ריאה
- ג. תוחלת החיים של מטופל עם פראפלגיה, שלא סובל מדיכאון מג'ורי, זהה לאוכלוסיה הכללית
- ד. תהליך שיקום מוצלח משווה את תוחלת החיים של נפגעי חוט שדרה לזו של האוכלוסיה הכללית

75. מה נכון לגבי Halo Orthosis?

- א. טיפול מתאים רק במקרים של שברים צוואריים יציבים
- ב. מונע תנועות flex-ext ו-lateral bending אך לא rotation
- ג. משך השימוש המקובל הוא 6 שבועות
- ד. קיים סיכון לסיבוכים זיהומיים מוחיים

76. כיצד ניתן להבדיל קלינית בין פגיעה בשורש L5 לבין פגיעה בעצב הפרונאלי?

- א. רק בפגיעה בשורש L5 מתקבל drop foot
- ב. רק בפגיעה בעצב הפרונאלי מתקבלת הפרעה תחושתית בגב כף הרגל
- ג. רק בפגיעה בשורש L5 תהיה חולשת Inversion
- ד. רק בפגיעה בעצב הפרונאלי לא יופק החזר אכילס

77. בעת הערכת הליכה של קטוע מעל הברך, נצפתה סטייה מסוג "Whip" מדיאלי (העקב נע פנימה) בשלב ה-Swing המוקדם. מהי הפרעת ה-Alignment השכיחה ביותר לתופעה זו?

- א. הברך התותבת מכוונת ברוטציה חיצונית מוגזמת
- ב. הברך התותבת מכוונת ברוטציה פנימית מוגזמת
- ג. כף הרגל התותבת נמצאת ב-Inset מוגזם
- ד. התותבת ארוכה מדי

78. מהו הטיפול הראשוני המומלץ במקרה של Verrucous Hyperplasia בקצה הגדם של קטוע המשתמש בתותבת?

- א. מתן אנטיביוטיקה סיסטמית בהתאם לתרבית מהנגעים
- ב. כריתה כירורגית של הנגעים בהקדם האפשרי
- ג. התאמת בית הגדם להשגת מגע מלא (Total contact) עם קצה הגדם
- ד. הפסקה של השימוש בתותבת עד החלמה

79. איזו מהקביעות הבאות נכונה לגבי צריכת אנרגיה ומהירות הליכה בקטועי גפה תחתונה?
- קטועי גפה על רקע וסקולרי הולכים מהר יותר מקטועים על רקע טראומטי
 - צריכת האנרגיה בהליכה עם קביים (Swing-through) ללא תותבת נמוכה יותר מאשר הליכה עם תותבת ללא קביים
 - בקטועים מתחת לברך, ככל שהגדם ארוך יותר צריכת האנרגיה נמוכה יותר
 - הצריכה האנרגטית של קטוע מתחת לברך דו-צדדית נמוכה מזו של קטוע מעל הברך חד-צדדית
80. בעת הערכת הליכה של קטוע מתחת לברך, נצפתה סטייה מסוג Vaulting ברגל הבריאה. מה נכון לגבי האטיולוגיה לסטייה זו?
- מתרחשת כאשר התותבת קצרה מדי
 - מופיעה כאשר כף הרגל של התותבת במנח Dorsi flexion מוגזם
 - נובעת מקושי בפינוי (Clearance) של הרגל התותבת בשלב ה-swing
 - שימוש במנגנון תליה מסוג Pin lock מאפיין הופעת סטייה זו
81. מהו היתרון המרכזי של קטיעה ברמת ה-Knee Disarticulation על פני קטיעה מעל הברך (Transfemoral)?
- מאפשרת שימוש בברך תותבת פשוטה יותר וקלה יותר
 - שימור Adductor Magnus מאפשר שליטה טובה יותר ביישור הירך
 - מאפשרת התאמה קלה יותר לכל סוגי כפות הרגליים התותבות
 - מתאימה יותר למטופלים עם מחלה וסקולרית קשה בשל ריפוי פצע מצוין
82. קטוע מעל הברך (Transfemoral) מתלונן שהברך התותבת שלו קורסת (Buckling) מיד לאחר הנגיעה בקרקע. מה עשויה להיות הסיבה?
- ציר הברך נמצא אחורית מדי לקו ה-TKA (Trochanter-Knee-Ankle)
 - העקב של כף הרגל התותבת נוקשה מדי
 - כף הרגל התותבת נמצאת ביותר מדי Plantarflexion
 - בית הגדם נמצא ביותר מדי Flexion

83. מטופל עם תותבת מתחת לברך מתלונן על שפשופים בקצה הגדם ובבדיקת הליכה

נראה Pistoning משמעותי. איזה מהבאים לא יכול להסביר את התופעה?

- א. ירידה בנפח הגדם
- ב. המתלה (Suspension) לא מחזיק את התותבת מספיק טוב
- ג. שימוש בגרביים דקות מדי
- ד. בית גדם (Socket) קטן מדי

84. במהלך הערכת הליכה של קטוע מעל הברך (Transfemoral), נצפתה נטיית גו לכיוון

הצד הקטוע בשלב ה-Stance. מהי הסיבה השכיחה ביותר למצב זה בבניית התותבת?

- א. בית גדם (Socket) שנמצא ביותר מדי Adduction
- ב. עקב רך מדי בכף הרגל התותבת
- ג. קיר מדיאלי גבוה מדי של בית הגדם
- ד. תותבת קצרה מדי

85. מהו המאפיין העיקרי המבדיל בין תפקוד ברמה K2 לרמה K3?

- א. היכולת לשנות את קצב ההליכה
- ב. היכולת לבצע מעברים בבית
- ג. היכולת ללכת על משטחים ישרים מחוץ לבית
- ד. היכולת לעשות שימוש בברך מיקרו-פרוסטורית

86. איזו רמת קטיעה של כף הרגל נחשבת למאתגרת ביותר מבחינת שימור שיווי משקל

השרירים עקב נטייה לעיוות מסוג Equinovarus?

- א. Lisfranc amputation
- ב. Ray amputation
- ג. Syme's amputation
- ד. Transmetatarsal amputation

87. איזה מהמבחנים הבאים מכון להערכת השרוול המסובב (ROTATOR CUFF)?

- א. shoulder abduction (relief test)
- ב. Drop arm test
- ג. Isometric pinch test
- ד. Apley scarf test

88. מהי המשמעות התפקודית של קטיעה של אצבע 5 ?
- א. ירידה ביכולת תפיסה grasp
 - ב. ירידה ביכולת צביטה tip to tip pinch
 - ג. ירידה ביכולת אחיזה גסה palmar grip
 - ד. לרוב אין לקטיעה מסוג זה משמעות תפקודית
89. בעת הערכת הליכה עם תותבת לאחר קטיעה מתחת לברך נצפית הרמה מוקדמת של אזור העקב התותב בהשוואה לרגל הבריאה בשלב ה-PRESWING. מה סיבה אפשרית לכך ?
- א. יתר dorsiflexion של העקב התותב
 - ב. יתר plantarflexion של העקב התותב
 - ג. מיקום קדמי anterior של רכיב כף הרגל ביחס לבית הגדם
 - ד. כף הרגל רכה וגמישה מידי
90. מה נכון לגבי מעגל ההליכה התקינה?
- א. הברך מגיעה לשלב ה- INITIAL CONTACT ביישור מלא
 - ב. ה- Ground reaction force נמצא אחורית לברך בשלב ה- INITIAL CONTACT
 - ג. הכיפוף המקסימלי אליו מגיעה הברך בשלב ה- SWING הוא 30 מעלות
 - ד. הברך מכופפת בין 10 ל- 15 מעלות בזמן LOADING RESPONSE
91. מהו הליך השיקום המומלץ לאחר קרע מלא של ה-ACL?
- א. למרבית המטופלים, שימוש במקבע ברך והימנעות מהפעלה של הברך לשישה חודשים
 - ב. למרבית המטופלים התערבות כירורגית מוקדמת ככל האפשר לתיקון הרצועה עם שתל מגיד ההמסטרינגס
 - ג. למטופלים עם רמת פעילות גופנית גבוהה, בעיקר כזו הגורמת לתנועות סיבוביות של הברך, התערבות כירורגית לתיקון הרצועה ואחריה פיזיותרפיה אינטנסיבית
 - ד. למטופלים עם רמת פעילות גופנית גבוהה, בעיקר כזו הגורמת לתנועות סיבוביות של הברך, שימוש במקבע ברך ל- 6 שבועות ובהמשך פיזיותרפיה באינטנסיביות מתגברת

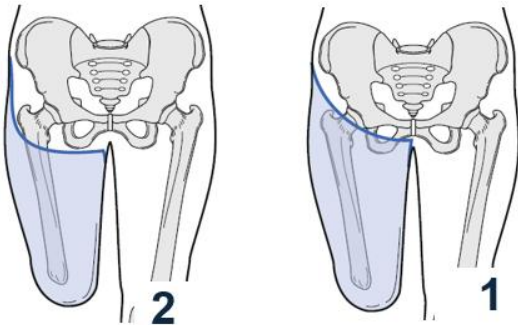
92. מהו מנגנון ההפעלה של ברך לתותבת מסוג SAFETY KNEE?

- א. ברך עם ציר אחד ומנגנון נעילה המופעל על ידי משקל גוף
- ב. ברך רב צירית בעלת מנגנון פנאומטי המונע קריסה בעת נשיאת משקל
- ג. ברך הנותרת נעולה לאורך כל מעגל ההליכה, בעלת מנגנון פתיחת ציר לצורך ישיבה
- ד. ברך רב צירית בעלת מנגנון הידרואלי, המאפשר הליכה במהירות צעד משתנה

93. כיצד פועלת קבוצת שרירי ה-Dorsiflexors של הקרסול לאורך מעגל ההליכה?

- א. התכווצות אקצנטרית ב-STANCE המוקדם, התכווצות קונצנטרית בשלב ה-SWING
- ב. התכווצות אקצנטרית ב-HEEL OFF, התכווצות קונצנטרית בשלב ה-TOE OFF
- ג. התכווצות קונצנטרית בשלב ה-STANCE המוקדם, התכווצות אקצנטרית ב-PRE-SWING
- ד. התכווצות קונצנטרית ב-MIDSTANCE, התכווצות אקצנטרית בתחילת שלב ה-SWING

94. איזה מהבאים נכון לגבי סוגי בתי הגדם המתוארים בתמונות?



- א. בבית גדם 2 המרחק בין הקיר המדיאלי ללטרלי קטן מהמרחק בין הקיר הקדמי לאחורי
- ב. בבית גדם 2 נשיאת המשקל היא בעיקר על ה-ischial tuberosity
- ג. שני שלישי הדיסטליים של בית גדם 2 מותאמים יותר לצורה האנטומית של הגדם בהשוואה לבית גדם 1
- ד. בית גדם 1 מגדיל יציבות קדמית-אחורית ומקטין את הסיכון לכיפוף יתר

95. מה נכון לגביי מעגל ההליכה (GAIT CYCLE)?

- א. רוחב צעד (step width) הוא המרחק בין העקבים בזמן SINGLE LIMB SUPPORT
- ב. MIDSTANCE נמדד בין הזמן שבו הרגל הנגדית עוזבת את הקרקע עד לשלב ה-HEEL STRIKE של הרגל הנגדית
- ג. SINGLE LIMB SUPPORT מוגדר מהרגע שהרגל הנבדקת נוגעת בקרקע עד לשלב ה-SWING של אותה רגל
- ד. CADENCE מוגדר כמספר הצעדים בדקה

96. בשלב ה-stance של מחזור ההליכה הנורמאלית, דרושה עבודת שרירים כנגד כוח הכבידה על מנת להחזיק את הגוף במנח זקוף. איזו קבוצת שרירים הכי פחות רלוונטית לתפקיד זה?

- א. Hip Extensors
- ב. Knee Extensors
- ג. Ankle Plantarflexors
- ד. Ankle Dorsiflexors

97. איזה מפרט לפרוטזה מתאים ביותר למטופל ברמה תפקודית K2 עם קטיעה מעל הברך (Transfemoral amputation)?

- א. כף רגל מסוג multiaxial וברך מסוג weight-activated stance control
- ב. כף רגל מסוג SACH וברך מסוג manual locking
- ג. כף רגל מסוג energy storing וברך הידראולית
- ד. כף רגל מסוג SACH וברך פנאומטית

98. איזו פתולוגיה לא תגרום לליקוי בפינוי כף רגל מן הקרקע (ground clearance)?

- א. הבדל של 2 ס"מ באורך הרגליים
- ב. Pes Planus
- ג. חולשת המסטרינג
- ד. חולשה של האבדוקטורים של הירך

99. בן 58, עובד בעבודה משרדית, מגיע למרפאה עם כאב בכתף ימין מזה 3 חודשים. בבדיקה: כאב ב- 60–120 מעלות בהרחקה, Neer sign חיובי, Hawkins sign חיובי, כוח שמור. ב-MRI קרע חלקי של ה-Supraspinatus. מה הטיפול המתאים?

- א. ניתוח לתיקון הגיד בהקדם
- ב. הזרקת סטרואידים סאב-אקרומיאלית ושימוש במתלה כתף (sling)
- ג. התחלת פיזיותרפיה לחיזוק ה-scapular stabilizers
- ד. טיפול ב-NSAIDS ומנוחה מוחלטת למשך 6 שבועות

100. בת 70, לאחר אירוע מוחי שגרם להמיפלגיה ימנית נפלה בעת תרגול הליכה. בבדיקתה - רגל ימין מקוצרת בהשוואה לרגל שמאל ונמצאת במנח של סיבוב חיצוני. כיצד ניתן לקבוע אם מדובר בשבר אינטרה-קפסולרי (שבר צוואר ירך) או בשבר אקסטרה-קפסולרי (שבר טרוכנטרי)?
- א. על פי האנמנזה והסימנים הקליניים הנוגעים לאורך הגף והמנח שלו ניתן לומר בסבירות גבוהה שמדובר בשבר טרוכנטרי
- ב. על פי האנמנזה והסימנים הקליניים הנוגעים לאורך הגף והמנח שלו ניתן לומר בסבירות גבוהה שמדובר בשבר אינטרא קפסולרי
- ג. נדרשת לפחות השלמת צילומי רנטגן של האגן ופרקי הירכיים לצורך קביעת סוג השבר
- ד. נדרשת לפחות השלמת בדיקת CT של האגן ופרקי הירכיים לצורך קביעת סוג השבר
101. כדורגלן חובב נפל במגרש הכדורגל במהלך משחק ונקע את הקרסול הימני, במנח של inversion. לאיזו רצועה מרצועות הקרסול קיים סיכוי גבוה יותר להיקרע?
- א. Tibio-talar ligament
- ב. Anterior talo-fibular ligament
- ג. Posterior talo-fibular ligament
- ד. Inferior tibio-fibular ligament

102. מהי אוכלוסיית המטופלים הנפוצה ביותר שבה ניתן לראות את הממצא שבצילום הרנטגן שלהלן?



- א. נשים מעל גיל 65 עם צפיפות עצם ירודה ואבחנה של אוסטאופורוזיס
- ב. מטופלים אונקולוגיים עם ממאירות פרוסטטה גרורתית
- ג. ילדים מתחת לגיל 12 לאחר חבלה טראומתית
- ד. ספורטאים אשר לאחרונה הגבירו עומס אימונים ומרחקי ריצה

103. מהו תפקידה של רצועת ה-ACL בברך?

- א. מונעת תזוזה קדמית של הפמור על פני הטיביה ומונעת סיבוב חיצוני של הטיביה
- ב. מונעת תזוזה קדמית של הטיביה על פני הפמור ומונעת סיבוב פנימי של הטיביה
- ג. מונעת תזוזה קדמית של הפמור על פני הטיביה ומונעת סיבוב פנימי של הטיביה
- ד. מונעת תזוזה קדמית של הטיביה על פני הפמור ומונעת סיבוב חיצוני של הטיביה

104. בקטיעה ברמת shoulder disarticulation, מהו האתגר המרכזי בהתאמת פרוטזה מיואלקטריית?

- א. חוסר בשרירים מייצבי כתף
- ב. היעדר שרירים זמינים ליצירת סיגנל EMG
- ג. משקל יתר של הפרוטזה המקשה על השליטה
- ד. קושי בהשגת התאמה אסתטית בשל צורך ברכיבים מרובים

105. מטופל מופנה לבדיקת EMG בחשד לרדיקולופתיה של שורש L5 מימין. איזה מהממצאים הבאים בבדיקת הולכה עצבית (NCS) הוא הצפוי ביותר במקרה של רדיקולופתיה טהורה?

- א. ירידה באמפליטודה של ה-SNAP בעצב ה-Superficial Peroneal
- ב. הארכה של distal latency המוטורי בעצב ה-Peroneal
- ג. אמפליטודה תקינה של ה-SNAP בעצב ה-Sural
- ד. העדר גלי F (F wave) בעצב ה-Femoral

106. פגיעת עצב המאופיינת בהפרעה לאקסון ולמעטפת ה-Endoneurium, אך עם שימור של ה-Perineurium וה-Epineurium, מסווגת לפי Sunderland כדרגה -

- א. 1
- ב. 2
- ג. 3
- ד. 4

107. בן 42, מתקבל לבדיקה אלקטרופיזיולוגית בחשד קליני ל-ALS. איזה ממצא בבדיקה יחזק את החשד?

- א. Polyphasic potentials מעל 30%
- ב. Fasciculation potentials
- ג. ירידה במהירויות ההולכה המוטורית מתחת ל-70% מהנורמה
- ד. העדר גלי F בעצבים של שתי גפיים לפחות

108. בעת ביצוע בדיקת מחט למטופל עם חשד למויפטיה דלקתית כמו Polymyositis, מהו הממצא האופייני ביותר לגבי ה-MUPs בשרירים המעורבים?
א. אמפליטודה גבוהה, משך (Duration) ארוך וגיוס מופחת
ב. אמפליטודה נמוכה, משך קצר וגיוס מוקדם
ג. אמפליטודה נמוכה, משך ארוך ופוליפאזיות
ד. אמפליטודה תקינה, משך קצר וגיוס מושהה
109. מה מאפיין Conduction Block בעצב מוטורי בבדיקת הולכה עצבית (NCS)?
א. ירידה של 10% באמפליטודה בגירוי דיסטלי לעומת גירוי פרוקסימלי לאיזור הנזק
ב. הארכה של ה-distal latency ביותר מ-150%
ג. ירידה של מעל 50% באמפליטודה בגירוי פרוקסימלי לעומת דיסטלי לאיזור הנזק, ללא הרחבה משמעותית של הפוטנציאל
ד. ירידה של מעל 50% במהירות ההולכה בגירוי פרוקסימלי לאיזור הנזק ומהירות תקינה בגירוי דיסטלי לנזק
110. בבדיקת EMG שבוצעה 5 ימים לאחר פגיעה טראומטית בעצב הסכימטי, נמצא העדר גיוס בשריר ה-Tibialis Anterior, ללא פיברילציות וללא גלים חדים חיוביים. מהי המסקנה הנכונה?
א. הממצאים מעידים על רה-אינרביציה ראשונית
ב. הממצאים מעידים על פגיעה עצבית קלה שסביב שתתאושש תוך ימים עד שבועות
ג. הממצאים מעידים על נתק מלא של העצב
ד. לא ניתן לקבוע את חומרת הנזק האקסונלי על סמך בדיקת המחט בשלב זה
111. 42, מגיעה לבדיקה בשל כאב כרוני ונמלול בסולית כף הרגל הימנית, ללא חולשה בבדיקה. בבדיקת NCS נמצאה הארכה משמעותית של ה-latency הדיסטלית של העצב הטיביאלי הימני, ותקינה משמאל. תגובה סנסורית תקינה מה-sural N. מהי האבחנה הסבירה?
א. תסמונת התעלה הטרסלית
ב. פוליניורופתיה דמיאליניטיבית
ג. רדיקולופתיה של שורש S1
ד. לחץ על העצב הטיביאלי ב-Popliteal Fossa

112. מטופל עם חשד ל-Duchenne Muscular Dystrophy עובר בדיקת EMG. מהו הממצא האופייני ביותר לגבי ה-Motor Unit Action Potentials (MUAPs) בשרירים המעורבים?

- א. שינויים משתנים (Waxing and Waning) באמפליטודה בגירוי חוזר
- ב. משך (Duration) ארוך, אמפליטודה גבוהה וגיוס מופחת
- ג. פוטנציאלים פוליפאזיים ארוכים עם גיוס מושהה
- ד. משך (Duration) קצר, אמפליטודה נמוכה וגיוס מוקדם

113. בבדיקת NCS של העצב המדיאני נמצאה לטנציה מוטורית דיסטלית (DML) מוארכת. ה-SNAP מהאצבע השנייה תקין לחלוטין. למה מתאימים ממצאים אלה?

- א. תסמונת התעלה הקרפלית (CTS) בדרגה קלה מאוד
- ב. פגיעה מבודדת בענף המוטורי החוזר של העצב המדיאני (Recurrent Motor Branch)
- ג. רדיקולופתיה של שורש C6
- ד. תקלה טכנית במכשיר או בעיה בביצוע הבדיקה

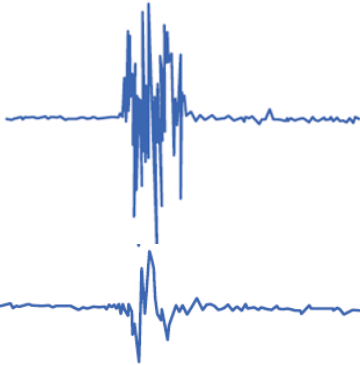
114. איזה מהמצבים הבאים יתבטא ב-EMG בממצאים של גיוס מופחת עם קצב ירי מהיר (Reduced recruitment with rapid firing rate)?

- א. חולשה על רקע שיתוף פעולה נמוך או קונברסיביה
- ב. רדיקולופתיה חריפה של שורש L5 עם חולשה משמעותית
- ג. חסימה נירו-מוסקולרית תחת השפעת Curare
- ד. Dermatomyositis בשלב הפעיל

115. איזה תרשים מתאים ל- insertional activity בשריר בריא שנבדק באמצעות מחט

מונופולרית?

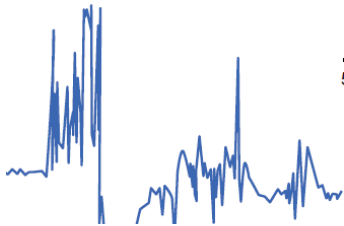
א. תרשים א



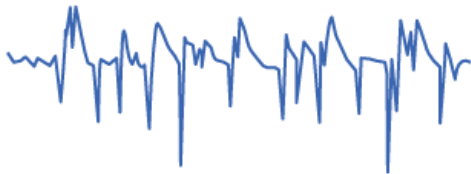
ב. תרשים ב



ג. תרשים ג



ד. תרשים ד



116. בן 30, עם כאבים ונימול באספקט המדיאלי של זרוע ויד ימין הגיע לבדיקה

אלקטרופיזיולוגית. בבדיקת NCS מוטורית של העצב האולנרי והעצב המדיאני מימין אמפליטודות CMAP ירודות. כמו כן אמפליטודה סנסורית SNAP ירודה בבדיקה של העצב האולנרי הימני ותקינה בבדיקת העצב המדיאני. בבדיקת EMG התקבלו פיברילציות ו-PSW מהשרירים Adductor Pollicis ו-First Dorsal Interosseous.

מה האבחנה הסבירה?

א. מונוניורופתיה אקסונלית של העצב האולנרי מימין

ב. Neurogenic Thoracic Outlet Syndrome מימין

ג. Median Cord of Brachial Plexus Injury מימין

ד. נזק שורשי של C8 מימין

117. בבדיקת NCS של נבדקת בת 58 נמצאה עדות לפגיעה עצבית היקפית דה-מיאלנטיבית ואקסונלית, מוטורית וסנסורית בידיים וברגליים. לאיזו אבחנה הכי מתאים

סוג זה של פוליניורופתיה?

א. DIABETES MELLITUS

ב. CIDP

ג. ALCOHOLISM

ד. חסר ויטמין B12

118. לבדיקת NCS/EMG התקבלה נבדקת בת 45, חודש לאחר תאונת דרכים עם שברים בהומרוס ורדיוס ימין, עם תלונה על קושי ביישור אצבעות יד ימין ואחיזת כדור לדוגמא. בבדיקת NCS של RT RADIAL N התקבלה תגובה מוטורית CMAP ירודה מאוד, תגובה סנסורית תקינה. בבדיקת EMG סימני דה-נרבציה וגיוס ירוד בשרירי Extensor Carpi Ulnaris ו- Extensor Digitorum. בדיקת EMG תקינה של Triceps ו- Brachioradialis. מהי האבחנה המתאימה?

א. נזק ל- POSTERIOR CORD של RT BRACHIAL PLEXUS

ב. נזק אקסונלי של RT RADIAL N מעל SPIRAL GROOVE

ג. נזק אקסונלי מוטורי וסנסורי של RT RADIAL N מתחת SPIRAL GROOVE

ד. נזק אקסונלי של RT POSTERIOR INTEROSSEOS NERVE

119. בת 30, מתלוננת על נימול באצבעות 2,3 ביד ימין וקושי בפתיחת צנצנות. היא אובחנה עם תסמונת התעלה הקרפלית מסוג דה-מיאלינטיבי ביד ימין. מה הממצאים

המתאימים לאבחנה בבדיקת EMG/NCS ?

א. מהירות הולכה מוטורית ירודה וחביון מוטורי מוארך

ב. חביון מוטורי מוארך ומהירות הולכה מוטורית תקינה

ג. מהירות הולכה מוטורית ירודה ואמפליטודה מוטורית ירודה

ד. חביון מוטורי קצר ומהירות הולכה מוטורית ירודה

120. מה נכון לגבי המאפיינים של Fibrillation Potentials?

א. גלים ארוכים או שליליים

ב. הקצב בדרך כלל לא סדיר

ג. התדירות 0.5-15Hz

ד. אמפליטודה 5-15µV

121. ילדה בת 7 נפלה מאופניים, בעת שרכבה ללא קסדה. היא סבלה מחבלת ראש קלה ללא איבוד הכרה או פירכוס. במיון לא הושלמה הדמיה ושחררה הביתה. כעבור 3 שבועות עדיין מתלוננת על כאבי ראש וסחרחורות. ההורים מדווחים על קושי בריכוז, אי שקט והתפרצויות זעם. בבדיקה - ללא חסר נזירולוגי. מה הגורם הסביר למצב המתואר?
- דימום מוחי ורידי מהחבלה הראשונית שמעלה לאט את הלחץ התוך גולגולתי
 - תסמונת דחק בתר-חבלתית (post traumatic stress disorder)
 - התפתחות הידרוצפלוס בתר חבלתי (post traumatic)
 - תסמונת בתר-חבלתית (post concussion syndrome)
122. ילד בן 6 עם שיתוק מוחין דיפלגי ספסטי בדרגת תפקוד GMFCS II מציג החמרה בהליכה על קצות האצבעות וקושי בסבולת הליכה. בבדיקה - Ashworth דרגה 2-3 בשרירי הגסטרוקנמיוס, ללא קונטרקטורות קבועות. מהו הצעד הטיפולי המתאים בשלב זה?
- התחלת בקלופן פומי
 - הזרקת בוטולינום טוקסין לשרירי הגסטרוקנמיוס
 - הפניה לניתוח להארכת גיד אכילס
 - הפניה ל-trial למשאבת בקלופן אינטראתקלי
123. ילד בן 7 אושפז בעקבות אירוע מוחי. ב-CT דימום בגרעיני הבסיס מימין. מהו הברור האתילוגי החשוב ביותר שיש לבצע בשלב זה?
- בדיקה גנטית
 - בדיקת כתחול-אמינים
 - הולטר אק"ג
 - בדיקת MRA/MRV ראש
124. ילד בן 4, עם שיתוק מוחין המיפלגי, מדגים אקווינוס בשלב הנפת הרגל וצניחת כף רגל קלה, עם שליטה מוטורית סלקטיבית טובה. איזו אורתוזה היא המתאימה ביותר לשיפור ההליכה של הילד?
- דיקטוס
 - SUPRAMALLEOLAR ORTHOSIS
 - AFO ללא ציר
 - AFO עם ציר

125. באיזה מהמצבים הבאים יש מקום לשימוש במערכת FES (Functional Electrical Stimulation)?

- א. הפעלה של גפה עליונה במטופל עם פגיעה ב-brachial plexus
- ב. הפעלה של גפה עליונה במטופל עם שברים בזרוע וקיבוע חיצוני (External fixation).
- ג. הפעלה של גפיים תחתונות במטופל עם פגיעת חוט שדרה צווארית
- ד. הפעלה של גפיים תחתונות במטופל בשיקום לבבי לאחר MI עם קוצב לב.

126. בן 54, לאחר שבץ איסכמי, עם ספסטיות של האצבעות וכיווץ מתמשך של האגודל לתוך כף היד. איזו אורטוזה מתאימה ביותר למניעת עמדות פתולוגיות ושמירה על היגינה?

- א. Thumb spica splint
- ב. Static wrist-hand orthosis במנח ניטרלי
- ג. Dynamic wrist-hand orthosis עם מנגנון מתיחה הדרגתי של האצבעות
- ד. Resting hand splint במנח intrinsic plus

127. מה לא נכון לגבי אופן ההתכווצות של שרירים?

- א. כיווץ אקסצנטרי גורם לקיצור ולהתקרבות שני קצותיו של השריר זה לזה
- ב. כיווץ אקסצנטרי יוצר שילוב בין עליה במתח השריר לבין התארכותו
- ג. עומס יתר על שריר הנתון בעבודה אקסצנטרית עלול לגרום לכאבי שרירים מושהים
- ד. שילוב של כיווץ אקסצנטרי וקונצנטרי יוצר שינוי במתח השריר בהתאם לתנועות המפרק

128. בת 55, עם אבחנה של סרטן שד מימין. מ/א כריתה מלאה + Sentinel lymph node biopsy וטיפול קרינתי לאקסילה ימין. מתלוננת על כאב שורף, אלודיניה ובצקת בגף עליון ימין. בבדיקה הגבלה בטווחי תנועה בכתף, שינוי צבע עור וטמפרטורה. מה האבחנה המתאימה ביותר?

- א. POST MASTECTOMY PAIN SYNDROME
- ב. לימפאדמה שגורמת לשינויים המשניים המתוארים
- ג. פלקסופתיה משנית לטיפול הקרינתי
- ד. COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME Type I

129. בת 30, בריאה בד"כ, מופנית למיון בשל הפרעות תחושה המתבטאות בנימולים שהחלו כשבוע טרם הפנייתה בכפות הידיים והרגליים והתפשטו פרוקסימלית. מיום פנייתה גם חולשה בכפות הידיים ותחושת חוסר יציבות בהליכה. היא מדווחת על מחלת חום ותסמינים גסטרו-אינטסטינלים כשבוע טרם הופעת התסמינים. מה הממצאים הסבירים ב-CSF בניקור מותני?
- חלבון נמוך, ספירת תאים לבנים גבוהה.
 - חלבון גבוה, ספירת תאים לבנים בגדר הנורמה.
 - חלבון גבוה, ספירת תאים לבנים גבוהה.
 - חלבון נמוך, ספירת תאים לבנים בגדר הנורמה.
130. בת 50, עם כאב גב כרוני ושינויים ניווניים בעמ"ש מותני מתלוננת על דליפות שתן במאמץ. כחלק מהטיפול בפיזיותרפיה הופנתה להערכה של רצפת אגן וקיבלה תרגול. על מנת שהתרגול יסייע איזה עצב צריך לתפקד?
- Pudendal N.
 - Pelvic N.
 - Ilioinguinal N.
 - Obturator N.
131. שחקן כדורגל בן 17 נפגע במהלך משחק לאחר התנגשות ראש בראש עם שחקן יריב. לא איבד הכרה, אך התלונן על כאב ראש, בלבול קל וסחרחורת. הוצא מהמגרש והובא להערכה רפואית. בדיקה נויורולוגית תקינה, ללא סימנים פוקאליים (מוקדיים). הוא שואל מתי יוכל לחזור למשחקים. מהי ההמלצה הנכונה לגבי חזרה לפעילות ספורטיבית?
- ניתן לחזור למשחקים למחרת הפגיעה מאחר שלא היה אובדן הכרה
 - יש להמתין 24 שעות ללא תסמינים במנוחה, ולאחר מכן להתחיל פרוטוקול חזרה הדרגתית לפעילות
 - יש להמתין חודש לפני כל פעילות גופנית לאור פוטנציאל לפגיעה חוזרת
 - ניתן לחזור לפעילות מלאה כבר ביום הפגיעה אם הבדיקה הנוירולוגית תקינה
132. מה נכון לגבי מטופלים הסובלים מ-Ankylosing Spondylitis?
- בשכיחות נמוכה יסבלו ממעורבות מפרקים מחוץ לעמוד השדרה כגון כתפיים
 - נמצאים בסיכון גבוה לפגיעות חוט שדרה, בעיקר צווארי
 - הקליניקה האופיינית היא כאבי גב תחתון בזמן פעילות גופנית אשר מוקלים במנוחה
 - אובאיטיס אחורית תופיע לרוב במטופלים מעל גיל 50

133. בן 42, לאחר שבץ איסכמי לפני 8 חודשים, נותר עם המיפרזיס שמאלי קל ומתהלך עצמאית. הוא פונה למרפאת שיקום מיני בשל הפרעת זקפה (ED) מאז האירוע. המטופל מדווח על מצב רוח ירוד, ירידה בעוררות מינית וקושי זוגי. בדיקת NPT (Nocturnal Penile Tumescence) הדגימה 3-4 זקפות לילות במשך 25-30 דקות כל אחת. מה ניתן להסיק מתוצאות הבדיקה?
- הפרעת הזקפה נובעת מפגיעה נוירולוגית ישירה של השבץ במסלולי הזקפה
 - הפרעת הזקפה היא ככל הנראה פסיכוגנית
 - הבדיקה מעלה חשד למחלה וסקולרית
 - תוצאות הבדיקה אינן תקפות בחולים לאחר שבץ מוחי
134. מה מהווה קונטרא-אינדיקציה לשימוש באמבטיית פרפין?
- אוסטאוארטריטיס בגפה המיועדת לטיפול
 - אנאסטזיה באיזור המיועד לטיפול
 - ספסטיות בגפה המיועדת לטיפול
 - קונטוזיה תת חריפה באיזור המיועד לטיפול
135. איזה מהבאים לא מחייב הפניה למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים)?
- חולשה ספסטית ברגל שמאל
 - קשיי זיכרון וריכוז
 - פרכוס באשפוז האקוטי
 - קושי בביצוע shifting מחשבתי
136. איזה מהמבחנים הבאים מכוון להערכת סימנים רדיקולריים?
- Straight leg raise
 - Schober test
 - Patrick (FABERE) test
 - Thomas test

137. למרפאת השיקום מגיע מטופל בן 32, ספורטאי, משתתף פעיל בתחרויות איש ברזל.

מזה כחודשיים סובל מכאב חד בצד הלטרלי של ברך ימין, שמתחיל לרוב מספר דקות לאחר תחילת פעילות גופנית מאומצת וחולף במנוחה. בבדיקתו הברך ללא נפיחות משמעותית, ללא אודם או חום מקומי, רגישות למגע מעל לקונדיל הפמורלי הלטרלי, מפיק כאב שמקרין מעלה לאורך הצד הלטרלי של הירך. המטופל מציין תחושת קליק בהנעה פסיבית של הברך, ללא נעילות. מהי האבחנה הסבירה?

- א. פגיעה במניסקוס הלטראלי של ברך ימין
- ב. אוסטאוארטריטיס של ברך ימין מדרגה 2
- ג. תסמונת כאב פטלו-פמורלית (Patellofemoral Pain Syndrome)
- ד. תסמונת הרצועה האילאו-טיביאלית (Iliotibial Band Syndrome)

138. מה נכון לגבי היארעות של HO (Heterotopic Ossification) ?

- א. המקום השכיח ביותר להיווצרות HO בנוכחות כוויות הוא המרפק
- ב. המקום השכיח ביותר להיווצרות HO לאחר פגיעת חוט שדרה הוא המפרק הסקרואיליאקי
- ג. היארעות של היווצרות HO לאחר חבלת ראש היא כ- 40%
- ד. HO בעקבות פגיעת חוט שדרה מתרחשת בעיקר בחודש וחצי הראשונים לאחר הפגיעה

139. מטופל לאחר אירוע מוחי עם foot drop, ספסטיות קלה 1 Ashworth ב- plantar

flexors עם יציבות שמורה בברך. איזה סד מתאים ביותר עבורו לשיפור איכות ובטיחות ההליכה?

- א. solid AFO
- ב. Posterior leaf spring AFO
- ג. Hinged AFO with plantar flexion stop
- ד. KAFO

140. מהו הפקטור המשמעותי ביותר להשגת שיפור תפקודי בחולים אונקולוגים?

- א. סוג הגידול ושלב המחלה
- ב. גיל המטופל בזמן האבחנה
- ג. סוג הטיפול התרופתי האונקולוגי
- ד. התחלת שיקום מוקדם המתמקד בתפקוד

141. מה ההתערבות השיקומית המוקדמת החשובה ביותר אצל מטופלת אשר אובחנה עם CRPS לאחר שבר רדיוס דיסטלי?
- א. אימוביליזציה עד חלוף הכאב
 - ב. עבודה אינטנסיבית על סופי טווחים וחיזוקים
 - ג. טיפול תרופתי לכאב ולמצב רוח תוך הימנעות מטיפול פיזיקאלי עד איזון טוב
 - ד. דהסנסיטיזציה + graded motor imagery

142. בן 42, לאחר west Nile virus שגרם לפגיעה עצבית פריפרית א-סימטרית, מתלונן על חוסר יציבות בהליכה. בבדיקת ההליכה ניתן לראות את סטיית ההליכה שבתמונה.



מה השריר הפגוע וכיצד הכי נכון לתקן את ההליכה?

- א. חולשת גלוטאוס מדיאוס ימין, יש לתת למטופל קב לשמאל
- ב. חולשת גלוטאוס מדיאוס שמאל, יש לתת למטופל קב לימין
- ג. חולשת גלוטאוס מדיאוס ימין, יש לתת למטופל קב לימין
- ד. חולשת גלוטאוס מדיאוס שמאל, יש לתת למטופל קב לשמאל

143. איזה מהבאים לא מהווה סיבה להיווצרות plantar fasciitis אצל אדם שנוהג לרוץ

לעתים קרובות למרחקים ארוכים?

א. ריצה על ראשי המטאטרסוס והבהונות

ב. נעלי ריצה לא מתאימות

ג. משטחי אימון קשיחים למדיי

ד. כף-רגל שנמצאת בעמדה של פרונציית-יתר

144. לצורך מכניקת הנעת כיסא גלגלים ידני מיטבית, מה צריכה להיות הזווית במרפק (בין

הזרוע לאמה), כאשר כף היד נמצאת בעמדה הגבוהה ביותר על חישוק ההסעה? (יישור

מלא של המרפק = 180 מעלות)

א. 60-80 מעלות

ב. 90 מעלות

ג. 100-120 מעלות

ד. לפחות 130 מעלות

145. מהם טווחי התנועה התקינים של הכתף?

א. כיפוף קדמי של 180 מעלות והרחקה של 180 מעלות

ב. כיפוף קדמי של 160 מעלות והרחקה של 150 מעלות

ג. סיבוב חיצוני של 30 מעלות וסיבוב פנימי של 45 מעלות

ד. סיבוב חיצוני של 60 מעלות וסיבוב פנימי של 60 מעלות

146. מה נכון לגבי תבנית ההליכה בתמיכת הליכונים?

א. הליכון עם שני גלגלים קדמיים מאפשר הליכה בתבנית step-to

ב. הליכון 4 גלגלים (רולטור) מאפשר הליכה בתבנית step-through

ג. הליכון ללא גלגלים מאפשר הליכה בתבנית step-through

ד. הליכון אמות מאפשר הליכה בתבנית step-to

147. מטופל עם פגיעת חוט שדרה בגובה T10, עצמאי בכיסא גלגלים. גובהו 175 ס"מ

והוא שוקל כ- 70 ק"ג. איזה מאפיין בכיסא גלגלים ישפר עצמאות וימנע פגיעה של

OVERUSE בגפיים עליונים?

א. מושב רחב יותר

ב. משענת גב גבוהה

ג. כיסא קל משקל

ד. גלגלים קטנים יותר

148. בן 75, אשר סובל מקושי בהליכה לאחר החלפת מפרק ירך מקבל הליכון בשיקום. כיצד יש להתאים את גובה ההליכון למטופל?
- א. כאשר המטופל יושב בברכיים כפופות בזוית 90 מעלות ההליכון צריך להגיע לגובה הקסיפואיד
- ב. כאשר המטופל עומד ההליכון צריך להגיע לגובה עצמות ה- ASIS
- ג. כאשר המטופל עומד ואוחז בהליכון הנמצא כ- 30 ס"מ לפניו, המרפק צריך להיות כפוף כ- 20 מעלות
- ד. ההתאמה נעשית בהתאם לגובה המטופל על פי טבלת התאמה סטנדרטית
149. הפיזיותרפיסט מדווח על עליה בטונוס בגף תחתון אצל מטופל לאחר חבלת ראש. הוא מתאר קלונוס בקרסול בעת הנעה פאסיבית לדורסי-פלקסיה, אשר מתעייף לאחר חזרות בודדות. על פי סולם Tardieu כיצד מדורג הטונוס של המטופל?
- א. דרגה 1
- ב. דרגה 2
- ג. דרגה 3
- ד. דרגה 4
150. בן 24 עם Tetraplegic CP מגיע להערכה שנתית. איזו מערכת סיווג נוספת רלוונטית להערכת חומרת ה-CP שלו מעבר ל-GMFCS?
- א. Disability Rating Scale (DRS)
- ב. ASIA Scale
- ג. Expanded Disability Status Scale (EDSS)
- ד. Manual Ability Classification System (MACS)

בהצלחה