

הטיפול היה קצר מידי? גם אפשרות זו אינה נראהיה לנו מאהר שיפורות החום חלה ורק לאחר שניי הטיפול קלוקסאצילין, לפיכך יש אולי לחשב על מצב נידר וחריג כו שלחה הילדה בריזמאנית בשני מחלות שונות, ברוצולוזיס ודיסקיטיס, שהגורם האטזולוגי שללה אינו ידוע לפחות עתה. ידוע שב-50% מחוליו דיסקיטיס ניתן למוצה גורם אטזולוגי. החזיר השכיח ביותר בדיסקיטיס הוא סטפיפילוקוקוס. העובדה שחל שיפור במצבה של החולה לאחר טיפול בקלוקסאצילין מומכת באפשרות זו.

מסנקנתנו היא, שאם בברוצולוזיס קיים השדר לדיסקיטיס והחוליה אנו מבוגב לטיפול המקביל נגד ברוצלה במשר שביעו-ים שלושה, רצוי להוסיף לדוקסיצילין גם תכשיר נגד סטפיפילוקוקוס.

ביבליוגרפיה

- Gottesman G, Vanunu D, Maayan MC & al, Childhood brucellosis in Israel. Pediatr Infect Dis J, 1996; 15: 610-615.*
- Al-Eissa YA, Kambal AM, Alraabeah M & al, Osteoarticular brucellosis in children. Ann Rheum Dis, 1990; 49: 896-900.*
- Mousa AR, Muhtaseb SA, Almuadhal G & al, Osteoarticular brucellosis in children. Rev Infect Dis, 1987; 9: 531-543.*
- Rajapakse CN, Bacterial infections: osteoarticular brucellosis. Baillieres Clin Rheumatol, 1995; 9: 161-177.*
- Narasimhan N & Mark M, Osteomyelitis and septic arthritis. In: Behrman RE, Kliegman RM & Arvin AM, (ed). Nelson's Textbook of Pediatrics, WB Saunders, Philadelphia, 1996, p 724-726.*
- Al-Shabed MS, Sharif HS, Haddad MC & al, Imaging features of musculoskeletal brucellosis. Radiographics, 1994; 14: 333-348.*

הrikמה הרכה הסבישיררתית ותעלת השידורה. מайдן גיסא, בפגיעה המפשטה תקף האוטו-אומייליטיס את כל הלוחית ונוגן החולית. פיזור הזיהום מתורחש דרך הרצעות ודרוך חיבורו ליל-הדם ומוכר את הדיסק גונפי-החוליות. אם מתורחש הרס העצב, תיכון בקיעת הרиск לתוך החלק הגרמי ואנו יכול הזיהום להחפשט לתוך הרקמות השכונת. אם התהילה הדלקתי מתחפש לתוך תעלת השידרה, יתכן לחוץ על חוט השידרה על ידי ריקמת הגירעון.

בפרשת החולה שהובאה בוה, נכללה פגעה מפשטה, לאחר שהייתה פגעה הן בדיסק והן בחוליות L₁-L₂ שתחמו אותה. יש להרגש שהדריסקיטיס נתה להחפתה בעיקר בגיל 1-5 שנים, עת קיימת עדין ואסקולריוזיה טובча של הדיסק. לאחר גיל זה פחתה הואהו-אולריזיה לדיסק וע"כ נידר שהוא יפגע בפיזור המאטו-גוני. החולה המדוחת יתרה-המוכבל נגד ברוצלה. הטיפול המקביל נגד ברוצלה כוללמן דוקסיצילין במשך כשבועה שביעונה וסתופטומיצין או גנטאמיצין במשך 3-2 שבועות ראשוניים.

התוליה המתוארת קיבלה את הטיפול דלעיל ואף חרופות נוספת ולמרות זאת לאחר 39 ימי טיפול, עדין המשיכה ללקות בחום וכאבי-גב, מלווים בשקיעת דם מוחשת ורכיבו CRP מגבר. רק הוספה קלוקסאצילין שיפר את מצבה. לבוארה אין להטיל ספק בכך שהפגיעה בדיסק ובחוליות התמידו החום והכאבם, למורת הטיפול המקביל נגד ברוצלה. נשאלת אפוא השאלה מודע מדבר ב-*drug fever* שפסק עם הפסיקת נטילת התרופת? הסבר זה אינו נראה לנו עקב כאבי-גב, שקיעה הדם, ה-*CRP* והזמן שנדרש לירידת החום לאחר הפסיקת מן דוקסיצילין, האם משך זמן

ל'ז'נוף, ש. ארנטב
ל'ז'נוף חס', 5725

לימוסארקומה של הקיבה

צ'חק חיימן, צ'חק ליפשיץ, אורית פפו, יורם קובץ, אברהם ז' רזניק, אריה דורסטן,
המחל' לכיהוה א'. מרום ופאוי רמב"ם, חיפה, המחל' לכיהוה פותולוגה, בה"ח האוניברסיטה "הדים" ירושלים
ומח' לכיהוה א', מרום ופאוי "רומל", חיפה

ראשונית של הקיבה, ר-17%-20% מכלל שאותות השדרה החלק של הקיבה. צורה שונה, מאופיינית היטב, ייחסה באופן אחר כלו-ימ-יובלאסטומה ולימוסארקומה אפיטולואידית. הסתמנות לylimiosarcoma קומאה של הקיבה תלויה בגודל השאתה, במרקומה, בכיוון ובמהירות התפשטותה ובונכותה או העדר התכונות רירית הקיבה.

פרשת החולה

גבר בן 56, היה בדרך כלל בריא. בבדיקה גופנית הועלו חיוורן ניכר ושריעות הטחול. בדיקות עזות: המגולובין 1.6 ג'דיל, צילום בלביעת ארים הרגם תחליך חופף מוקם בעקבות הגדלה של הקיבה. CT של הבטן: גוש שתחפש את מרבית הבטן השמאלית והחיצונית.

החוליה נורמה ונמצאה מסה בקוטר של כ-20 ס"מ לאורך העקומה הגורילה של הקיבה שהתחפשה גם לחלק מהדורן האחורי של הקיבה. המסנה

תקציר

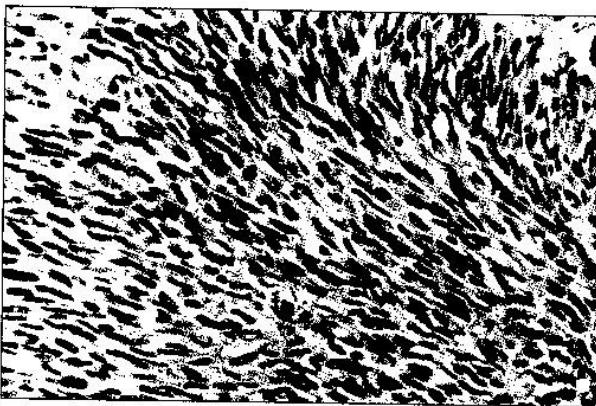
לימוסארקומה בקיבה היא מחלת ממארת נדירה ביוויה המוניה כ-0.45%-3.5% מכלל המחלות הממארות בקיבה. משומן נדירות המחלה ניסו מחקרים מעטים למצואו מותאם בין המיצאים הקליניים והפטולוגיים ובין טיפוליהם. כולם אין גישה אחידה לטיפול במחלת, והודיעים על הייעורות בחיבים שונים מחלת של חוליה.

במאמר הנוכחי אנו מביאים מפרשת חוליה של חוליה בלימוסארקומה של הקיבה ואת הדיווחים בספרות.

הקדמה

ylimiosarcoma של הקיבה היא שאת ממאירה של השדרה החלק ושכיחותה נעה בין 3.5%-0.4% משאותה ממאירות

ל



תמונה 2: שעת הבניה מתאימים כשורים עם אזור נמק. כמו כן נראה מיטוזות רבות עד 3 בשדה של הגדרה (40x).

2. אנרכיטזומה ולימפומה יוצרות עיבוי מקומי או היקפי של דופן הקיבה. אנדונקריטזומה מערבת אוריום ורחוקט יותר של הקיבה וגורמת לחסימה במושת הקיבה, בעוד שלימפומה מערבת יותר מהיקף אחד של זקיבה ולעיחס נדירות גורמת לחסימה ומוגנת הד' CT מוגנת ליפמאדרנופתיה סכ'יקתית. צורת אבחנה אחרת היא על ידי סריקת קיבה באמצעות 99 טכניוט' פרטנטט.

מיצאים פתולוגיים

מקורה של לירומיסטרוקטורה הקיבה הוא במוסקלוריוס פופורייה זהיא עשויה להישאר מוגבלת. בהתאם למינש קיר הקיבה השורי והשתת, קימוטו שאותה חז'ן ותקין-קיבותית בכאל' המהפשטו לתוכו קו'ר הקיבה. קו'ר הלירומיס' ארקומה של הקיבה תואר מי' עד 35 ס"מ ומשקלה בין 1,150 ל-4,800 ג'. בחקר 41 שנות קיבה של שירן חלק שנען על די Shin וחב' [7] נמצא 13 בפי ובקרקעיה הקיבה ו-12 בחלק האמצעי, בעוד שרך 3 מצוי בעוקמה הגדרה. שאחות שדר תלך בקי' הקידמי ובעקומה הנגדולה נוטות לחדרו לתוך (אומנותם) ולרכשת הרותביה, בעוד שאחות בעוקמה קטנה ובקי' הקיבה האחורי יתפשטו ללבלב, לאחור האחו-ריצ'קי ולכבר. שאחות גודלות נמצאו כבעלות מגמת חריפה לאירועים סכומים. צבע שאחות קניתה כהה או ורוד וציפויים הוא משיטה נסובי או רינו'ן חלק. שאחות שמעל ל-10 ס"מ מדגימות בדרך כלל מישטה מה皎פס יותר עם קלידם גדרולים [8].

- את שאחות הלירומיסטרוקטורה ניתן לסתוג לשולש ריגורות היסטולוגיות: 1. התמיינות גובהה, תאית בינוונית, אטיפיה קלה, העדר אנפלוא, ו-0-4 מיטוזות בשירותהכח גבואה (HPF). 2. התמיינות בינוונית, אטיפיה קלה בינוונית, אנפלוא קלה, 4-5 מיטוזות ב-10 שדרות כוח גבואה. 3. התמיינות ירודה או פלאומורפים בולט, יתרתאיות, אנפלוא כולטה ומטיזות מרובות (K 10 ב-10 שדרות כוח גבואה), שליעחים קרובות מאוד הן אטיפיות.

חולמים עם הווותרונות ומוקה ביחסים היו בעלי שעת אם תאים כישוריים שהוגדרה כליומיסטרוקטורה. חולמים עם פרוגנוגזה טובת יותר והוא בעל שעת מראה קישורי ותאים ביצתיים, אפיתלאויריים, עגולים ופוליגונליים, שהוגדרה כליומיסטרוקטורה. Hedley וח' [9] התיחסו למינש הד'א בליומיסטרוקטורה. מינש הד'א הגרעתי-הפלואידי נמצא מזא' תואם את דרגת השעת גודלה, בליומיסטרוקטורה של הקיבה בדרוג גבואה. התמה נוכחות דג'א בעל מינש דיפלאואידי ערך פרוגנוטי גבוה. נוכחות מינש דג'א במינש טרחה פלאדי, פולפלואידי או אונפלואידי, ותחפה לפוגנוגזה ירודה. ש תיחותית |

פרזה לכרכשת הרותביה ולמווקולן וכן חופה חלק מגוף הלבלב. המהלך לאחר הנחתה היה תקין.

בבדיקה היסטולוגית הורוגמה בתמונה 1 לירומיסטרוקטורה בנויה מטאיס כישוריים מבינה מעובלת ה ממוקמת בתת-ירירית. השעת בניה מתאים לישוריים עם אזור נמק, נראה מיטוזות ובודה, עד 3 בשדה בגדרה, החולה טרכוב לקל טיפול משלים לאחר הנחתה. כנסה ומחיצת לאחר מכך מכך שוב בשל השנות השאת כהיל הבטן במספר מוקדים. לאחר הנחתה קיבל טיפול כטומורפי, אך נפטר כחולים הם הסמינאים ורק ב-21%-27% מהחולים מתגלה השאת במחלק בדיקה גופנית שיגורית. לחלק מהחולים כיב קיבת כווני. מחלות נספטיות שדוותו בקורס חולי לירומיסטרוקטורה קיבתית וכן מחלות המוריה, כיב התיריסין ופטידוכיסת הלבלב. התסמנים הולמים הולשה כללית, דימום מדרכי העיכול העלונים, שיאורה, כאבי-בן מושפעים, תחושת מלאות בכתן, אובדן משקל, בחילה, כאות והפרעות בבלעה. המימצאים השחיכים בבדיקה גופית הם חום והירון, רגשות במישוש הבطن, גוש בבטן ומשירתה הכביד, בבדיקה העוד, שכיה מימצא שם סמי-חיבי [1].

גילם הממוצע של חולי לירומיסטרוקטורה הקיבה הוא 58-55 שנים: הטוח מגיל 7 ועד 91. לא ידועה עס לירומיסטרוקטורה לקלות בלירומיסטרוקטורה, אך דוחות על חולה עס לירומיסטרוקטורה ופטיפס טריזומיה 8 [2]. הגורמים האטיאולוגיים למחלה אין בין ברורים: Leiber וחב' [3] הניחו קיום קשר אפרשי לטיפול קרים, שהיה מקובל בין השנים 1937-1968 באוניברסיטה שסקגו, להקטנת הפרשה עיכולית. מבין 2,049 החולים שלקעו במחלה כיב עיכולו וקיבלו טיפולים קריניתים אלה, لكن שנים בלירומיסטרוקטורה של הקיבה, 14 ו-26 שנים לאחר הטיפול. Schneider וחב' [4] דיווחו על חולה בו התפתחה בילד בן 14 סטרוקטורה כלתי ממיינט ממאירה של הקיבה, 13 שנים לאחר כרחת נירובלאסטומה מבלוטת הטוחה השמאלית. טיפול בשאת הרותביה כלל הקרן וטיפול כימי. המחברים הטיקן, שהחלהות שאחות מושרות טיפול, בשכיחות גבוהה, צפורה בילדיהם שהאחות שאותו אצלם וטופלו בצהורה תוקפנית בהקונה ובטיפול כימי.

דגמים ניסויים להရית אנדונקריטזומה ולירומיסטרוקטורה של הקיבה בחולדות Buffalo דוזו'ן Cohen וחב' [5]. אלה נתרו ור' בקבוצת החולדות שטופלו ב-MNNG (טטיל-DM MNNG-נטיטו-NG-נטיטו-ונגאנדרן) בשילוב עם מעכ' דחק, אספין או סודזום-טאורוכולאט.

שיטות אבחנה

נכחות לירומיסטרוקטורה בקיבה מתגלה בדרך כלל לדרגותיה או אנדרוסקופית. 98% מהחולים פאוחין התהילן ע' בדיקת נתגן של דרכיה העכל העליונים ושיטת הנגזר הכספי עם שיכבת באירוע דקה, מפחיתה את מס' האבחנות השליליות השגויות. סקירת הבطن מדגימה בדוק כל הפרעה בכובען הקיבה.

בדיקות אנדרוסקופית, תוך נטילת דגימת ריקמה, מהווה מרכיב חיוני מההילך האבחוני. דגימות על-שם מרגיט מסתות גודלות עם מנגנוני מעורבים, מוצקים וטיסתיים. בדימות על-שם אין אפשרות להעריך את המקור הקיבתי של המסתות המודגמות או לקבע בצהורה מדויקת נוכחות או העדר חיוריה מקומית.

שיטת לאבחנת לירומיסטרוקטורה של הקיבה באמצעות דימות על-שם עך דרכ' העור, דוחה על ידי Worligeck [6]. על ידי מילוי הקיבה בנוזל הוגמו כל חלקי קו'ר הקיבה ונתלו הסנתה החציזית ונרכשו בקורס הקיבה. צוות הדגמה נוספה של הקיר ועל-הקיר האבחנה היא טומוגרפיה מחשבית (CT); באמצעות ייחודי ייחודי ניתן לאבחן כיבים חז'ן-קיבתיים בעלי התפשטות ישירה להללים סטטוס וגוריות בכבד ובחלול הצפק. מדדים העשויים לסייע לאבחנה בין לירומיסטרוקטורה בקיבה לבין ממאיזיות אפרשות שמקורן בקיבה באמצעות דימות CT הם: 1. לירומיסטרוקטורה הקיבה המופיעה כגוש עגול וגודול שמקורו בוגף הקיבה או האקדריין, אבל בעיקרה השאת הד'א חז'ן-קיבתית ואינה קשורה לעובי קו'ר הקיבה.

מ ס ק נו ת

ליומיווארכומת הקיבה הוא שאת שרירית הלקה, ממאירה ומניזה. מידות הממאירות והפרוגנזה תלויות בגודל השאת, מיקומה בקיבה, אופי תאה וממד התחלקות התאית. ברויה נזחוחת מהויה עדין את שיטת הטיפול העיקרית.

לפי הספרות, אין הבדל בין ברות קיבה שלמה וכירית השאת עם שלדים חופשיים מטהי השאת לגבי שייעור והיווצרות בחים לאחר הנימוחה. טיפול קרינתי וכימותרפיה במנתן תוקפני, שיפורו את שייעור ההיווצרות בחים במספר סדרות, אך לאחרות לא הוכחו כיעילים. הניסיין שנזכר במחקרים הוביל למסקנות דומות.

כ י ב ל י א ג ר פ י ה

- Walther H, Rath M, Leidl L & al, Leiomyosarcoma of the stomach. *Leber-Magen-Darm*, 1996; 26: 104, 107-108.
- Lessick M, Israel J, Szego K & al, Leiomyosarcoma in a patient with trisomy 8 mosaicism. *J Med Genet*, 1990; 27: 643-644.
- Lieber MR, Winans CS, Grem ML & al, Sarcomas arising after radiotherapy for peptic ulcer diacase. *Dig Dis Sci*, 1985; 30: 593-599.
- Schneider K, Dickerhoff R & Bertele RM, Malignant gastric sarcoma - diagnosis by ultrasound and endoscopy. *Pediatr Radiol*, 1986; 16: 69-70.
- Cohen A, Geller SA, Horowitz I & al, Experimental models for gastric leiomyosarcoma. The effects of N-methyl-N-nitro-N-nitrosoguanidin in combination with stress, aspirin, or sodium taurocholate. *Cancer*, 1984; 53: 1088-1092.
- Worlicek H, Sonographic diagnosis of the fluid-filled stomach. *Ultraschall Med*, 1986; 7: 258-263.
- Shiu MH, Farr GH, Papachristou DN & al, Myosarcomas of the stomach: natural history, prognostic factors and management. *Cancer*, 1982; 49: 177-178.
- Petigen K, Walz MK, Schmidt U & al, Leiomyosarcoma of the stomach clinical aspects, morphology and therapy. *Med Klin*, 1996; 91: 123-130.
- Hedley DW, Friedlander ML, Taylor IW & al, Method for analysis of cellular DNA content of paraffin-embedded pathological material using flow cytometry. *J Histochem Cytochem*, 1983; 31: 1333-1335.
- Carney JA, The triad of gastric epithelioid leiomyosarcoma, pulmonary chondroma, and functioning extra-adrenal paraganglioma: a five-year review. *Medicine (Baltimore)*, 1983; 62: 159-169.
- Margulies KB & Sheps SG, Carney's triad: guidelines for management. *Mayo Clin Proc*, 1988; 63: 496-502.
- Hauser H, Steindorfer P, Mischinger HJ & al, Epithelioid leiomyosarcoma of the stomach. Clinical experiences with a rare stomach tumor. *Wien Klin Wochenschr*, 1995; 107: 748-751.
- Sobrino-Cossio SR, Garcia-Guerrero VA, Perez-Torres E & al, Gastric leiomyosarcomas and leiomyoblastomas. *Rev Gastroenterol Mex*, 1995; 60: 12-16.
- Conlon KC, Casper ES & Brennan MF, Primary gastrointestinal sarcomas: analysis of prognostic variables. *Ann Surg Oncol*, 1995; 2: 26-31.
- Choi TK, Ng A & Wong J, Doxorubicin, dacarbazine, vincristine,

של דנ"א רפלואדי נמצאה בשאות קטנות בהשוואה לשאות גודלות יותר (H). נמניהם של Hedley וחב' [9] הראו, שהΖאורה היחסוטוגרפית של דנ"א גורעני, שנדרה יחד עם הדרגה היחסוטולוגית וגודל השאת, היוו ממד פרוגנומי אובייקטיבי נוסף, לחולים עם ליומיווארכומה של הקיבה. טויאדת Carney [10] המחרשת בעיקר בקשר נשים צעירות, מבוססת על ליומיווארכומת הקיבה, כונגורומת הריאה ופאראאגאנגלזומה חוץ-טרותתית. בסקרות ספורת שנערכה ב-1983 על ידי [10] Carney ור' 24 חולמים בהם אבחנו השאות הנוכרת ומאז דוח על 10 חולמים נוספים. Sheps ור' [11] פיתחו פרוטוקול למקבץ אחר חולמים עם חיסכונה קרני.

ה ס י פו ל

הטיפול בליומיווארכומה הוא בעיקרו ניחוח ומידות הכריתה תלויות בגודל ובמיקום התהפטשות השאת; לאחר ששאות אלו הן בעלות נטייה לפולשנות, קיימת נטייה להישנותן [14-12, 8]. כימותרפיה חיונית לאחר הנימוחה, ובמקורה של פרוגנזה יודודה, על הכימותרפיה להיות תוקפנית. צורות שונות של טיפול קרינתי נסנו אף הן באמצעות הקרן החיזונית טרופ-ניוחותית, הקרן אלקטրונית בזמן הנימוחה ועוד.

צוי וחב' [15] דיווחו אודורות [2] חולמים עם ליומיווארכומה מחקרמת של הקיבה, שטופלו בדוקטורוביצין, דרבזון, וינקריסטין וציקלופוספאמיד. משך התגובה היה קצר, ולא הושגה הארכת ההיווצרות בחים. Johnson וחב' [16] דיווחו על לידה בת 11 שנים ר' 7 חודשים עם ליומיווארכומה של הקיבה עם גוררות בכבר שטופלה ניתוחית ולאחר מכן בכימותרפיה. היא נותרה במצב משبع רען כ-27 חודשים לאחר התרופות. המחברם הסיקו, שכימותרפיה תוקפנית חייבה להינתן לחולים בעלי פרוגנזה יודודה. מהן אודריamicין בליומיווארכומה נרחבת שההפטשתה לבבר.

פ רו ג נ נו זה

למרות כירית נרחבת, כימותרפיה וקרינה, לא נותר בחים אף חולה בסיוריהם של Celik וחב' [18]. מערך של שלוש שנים [18]. מחקר זה הרגים, שחולים בהם חלה התבה בעקבות כימותרפיה וקרינה, נותרו בחים במוצע 27 חודשים בעוד אשר אלה שלא הגיעו לטיפול זה, נותרו בחים רק 7 חודשים, במוצע. תקופת ההיווצרות בחים הארוכה ביותר של חולה לא מטופל הייתה 8 חודשים.

על פי Shiu וחב' [7], היה שייעור ההיווצרות בחים ל-5 ור' 10 שנים 6% ו-43%, בהחאה, ללא הבדל מובהק בין ליומיווארכומה ולiomycelastoma ממאירה. חמש שנים של הקיבה היה ב-9 מתוך 9 חולמים עם שאות קטנות. 8 מתוך 12 חולמים עם שאות גודלות נותרו בחים לאחר טיפול (כירית 3/4 של הקיבה) היה ב-9 מתוך 9 חולמים עם שאות קטנות. שייעור ההיווצרות בחים הכלול ל-5 ור' 10 שנים לאחר כירית, היה 84.3% ו-30.5%. שייעור ההיווצרות בחים ל-5 שנים לאחר כירית היה 84.3% בחולים עם שאות שיגולן 5 ס"מ ומעלה עם מדר התחלקות תאים גבוה, היה 45.4%. Giberson וחב' [20] דיווחו על שייעורי ההיווצרות בחים של 5 שנים כדי, 53.8%, אך Garvie וחב' [21] דיווח על שייעורי ההיווצרות בחים כדי 22.7% בלבד. הישנות המחלת, 3 עד 4 שנים לאחר כירית השאת, אינה נדירה.

קובוצת חוקרים מאוניברסיטה מונטנה בראשות ד' ג' דיוויס, החקורת Science, 1998:(290: 295) שמלוקולה מסוימת אחראית להחזרה בין התאים. בחידקacyl acyl המסבון הארגוניטוז, והזהה המולקולית אצל המוסרין ללקטין (...)(HSL), אחראית למינון פעוליות וביניהם לומיניצנץיה ויזיר אקסואנדינים גורמיים. מולוקולה זו מופרשת למען הגידול ומופצתה לרוכו מסיים המשקף את ריכוז המיקוראורגניזמים מען, והחאים הבורזיטים מייבים לנוכחתה. החלק יצירת הבופילים מציתם למישתך גדלים ומוחלקים ואך ושושים חיידקים נוטפים לביופילם, והחידקים מפרישים פוליאקרידים המשמשים כמאטריקס לבופילם, ובאהם החידקים מהחידקים מהמשטח ונוצרים מבנים דמויעמום או פיטריה. בתחום המבנה נוחדים החלים ותעלון דרכם זורמים מי הסביבה, ונכסים חומי מזון ומופרשים החוצה חומי פסולת, אך שכביופילים מפרחת מזיהה ארכיטקטורה מוחדרת המכילה המרכיבים את השיטות המרכיבות אותה. שיחזור החידקים בודדים משטח הבופילים משל מחור החיט של ביופילם. דריוס וחכ', מצאו שטוטאנטים של פ' איאוגוינה הפהנווועט בעיצור של HSL —acyl, עדין ייצור ביופילים על ידי העצמדות למישתך, ולהחרורה; אך לא נוצרו החלים המהווים למיננה. "בראותם" של הפריטים המרכיבים את השיטות המרכיבות את המבנה, נוצר המבנה הארכיטקטוני המזוהה, החקורים מסבירים, שנוכחות המולוקולה מניה תחוליך של התמיינות המוביל ל"ההבעורו" הבופילם.

אי"

— עילום של אומפרוזול וראגניטין בריפוי כירבוס מושגים לטלול החזרה וגדרה דלקת לא טרואית: בסנס האחזרה חלו שניים בנסיבות טיפולית למחלות כב' עיכולית שנגרמת ע"י תכשורת נוגדי-דלקת לא-טרואיתם. מגננון השפעה מוכר מזמן ומוסבר ע"י דיסי ההויזרת פרוטסטאלגןניים המהווים אחד מגורמי הגנה על עמידות הרירית. במספר עבירות דוחה שחוסמי קולטן H2 מרפאים ומונעים כיב' עיכול בתריסרין, אך לא ענפהו אותה עילות במיניהם או בטיפול בכיב' הקיצה. מתוורה חזרה הנגראת מיסופוטולו שהיא הקשרר זומנה לפוטסטאלגןין E1 הטיעני מונע החזרהו של כיב' קיבח בהולמים המטופלים בתכשורות נוגדי-דלקת לא-טרואיתם. יזרעם-זאת השפעה לוואי של חרשה זו, כגון צילול וכאבי בתען, מגבלים את נטלה לטיפול בחכシリים נוגדי-דלקת לא-טרואיתם במחלה מטרוקים וזוקרים לטיפול בחכシリים נוגדי-דלקת לא-טרואיתם לטווה ארוך. מכיוון שחופעת כיב' מօינת הפסקת מתן טיפול רפואי אלו, מפתחים תילק מהחולמים והחלקות חדשנת של מחלת מיפקסם.

בامر שפטנס 1998: 338: 719-725 Eng J Med, החקרים את הצלחות מתן אומפרוזול וראגניטין 521 חולים שהמשיכו ליטול תכשורים נוגדי-דלקת לא-טרואיתם לאחר שאבורו כלקום כיב' עיכול, אבטחתם נקבעה על סמן מיצאים המודגמים בגאנטוטרופוזה שככלו כיב' או 10 התחמיות ומעלה בקיבח או בתריסרין, חוליות אלה סוטנו ל-3' קברחות. החוליות מהקובזה הרארונה שופלו באומפרוזול במינונים 20 מ"ג ו-40 מ"ג ליום, בהתאם, והחוליות מהקובזה השלשית נטלו וראגניטין. מכך הטעול דרג לפי חצאות של גאנטוטרופוזה שככלו לעלמות היבר או הפתחת מסטרן החכיביות. נמצא כי 80% מהמטופלים מהקובזה הרארונה ר' 79% מהקובזה השנייה היגשו לדריפוי הקיבב. בוגמר לכך, היבר מתן וראגניטין לירוי ב-69%. דוחה גם שיעור הירשות ייב' קובזה היה גבוה יותר בקרוב חוליות שטופלו בראגניטין.

לפיום, מחקך זה עולה כי מתן אומפרוזול הוא טיפול יעל המרפא ומונע את היכיבים גם בקיבח וגם בתריסרין בחולים שנוטלים תכשירים נוגדי-דלקת לא-טרואיתם.

אי"

- and cyclophosphamide in the treatment of advanced gastrointestinal leiomyosarcoma. Cancer Treat Rep, 1985; 69: 443-444.
16. Johnson H, Hutter JJ Jr & Paplanus SH, Leiomyosarcoma of the stomach: results of surgery and chemotherapy in an eleven-year old girl with liver metastases. Med Pediatr Oncol, 1980; 8: 137-142.
 17. Khansur T, Patel V, Newcomb M & al, Hepatic intra-arterial adriamycin in metastatic leiomyosarcoma: exploiting the steep dose-response curve. J Surg Oncol, 1987; 36: 76-79.
 18. Celik C, Lopez C & Douglass HO Jr, Advanced leiomyosarcoma of the stomach. J Surg Oncol, 1984; 26: 83-85.
 19. Kitaoka H, Okabayashi K, Kinoshita T & al, Prognostic factors and surgical method in patients with leiomyosarcoma of the stomach with special reference to local tumor excision. Gan No Rinsho, 1983; 29: 811-816.
 20. Giberson RG, Dockerty MB & Gray HK, Leiomyosarcoma of the stomach. Clinicopathologic study of 40 cases. Surg Gynecol Obstet, 1954; 98: 186-196.
 21. Garvie WH, Leiomyosarcoma of the stomach. Br J Surg, 1965; 52: 32-38.

— הקשר בין ישן, שתויה אלכוהול ושתייה קפה לזהם פעיל בהלקובטר פילורי: רבים מאינו ונוראים עדין את עין מהחלת הכלב העכילי שבו וכן לטיפול ה欽醫夷治疗方法 בו המלצות הרופאים להפסיק עישון, הימנע מהשתייה אלכוהול וקפה. האם בימי, ב"עין ההלקבטור", נורעת חישיבות להמתנות אלו. החקרים בדקו 501 נבדקים בילדים בן 15-79 שנים, שלא הגיעו במחלה עיכולית, לא קויבור בעבר טיפול אנטיביוטי כנגד הלקבטור ולא טופלו באנטיביוטיקה בסיכון לחץ לבן בחוץ נשמה ¹³C לאיתור החזיר וכן מולא שאLEN מפורט על אורחות חיים — כולל עישון, איזיכת אלכוהול ושתייה קפה. החקרים מצאו כי 18.2% מתחן אלה שעשו מעולם, יותר ב-25.5% מתחן אלה שעשו בעבר וב-21.6% מהמעשנים בהרחה, החידק, בין לא היה הבדל סטטיסטי בין הקבוצות. לעומת זאת, בין שתניינו האלכוהול הצעירים (מעל 75 ג' בשביום) נמצא החידק רק ב-14.9% בעור שבן אלה שלא הגיעו כלל, נמצא החידק ב-23%. בין צורכי האלכוהול המתונות (פחות מ-57 ג' לשביום) נתבללה חוזאה חיזבוק ב-25%. לגבי צירוף הקפה מקבל היצאות הפהנות מלאה שבערך האלכוהול 11.7% בק' אין אלא שווים שווים מצאו חיבוקים, 18.8% בין אלה ששותם פחוח מ-3 ספלים קפה ליום ו-28.2% בין השותים קפה מעל ל-3 ספלים קפה ליום חמוץ חיבוקים. מסקנת החקרים היה כי אם ברוצוננו להימנע מזיהום בהלקובטר פילורי עוקב כן להפחתה את הסיכון להתקלות מחלת עיכולית, עלינו להימנע בעריכת הקפה, להרבות בשתייה אלכוהול ובין לפחות עד שני עד סיירה שאינה משנה לבן או לבן.

— חירוקים יוצרי ביופילים: חירוקים הם ארגניזומים חד-תאיים הנחשבים בדוקן כל נצטמאים לכל דבר. עם זאת, קיימות עדויות רבות לכך שהם מתחברים בין עצם באמצעות אוטות כימיים. לרוב החירוקים תוכנות של העצמדות למישתחים שביעקבותה מופעים מבנים הקרייטים ביופילים. מבנים אלה מופעים בורח בסביבות גידול החירוקים וממלאים תפקידים חשובים לחיירוקים עצם ולטביכיהם. לדוגמה, ביופילים הנוצרו על ידי החירוק פסידומונאס פלאורטצנס על שורשי צמחים, מונע גודל פטריות התחגניות על השורש ומגן על הצמלה. במקרים אחדים יכול ביופילים לנ Rogers נזקים, כמו במקרה של גורל על אביזרים ורואים לוגמה, צנחים ושתלים, מזיהומים כאלה קשה להיפטר, לאחר שהביופילים מקנה הגנה לחירוקים מפני חומר החיטוי המקובלם (המנגן לכך עדין אינו ידוע).