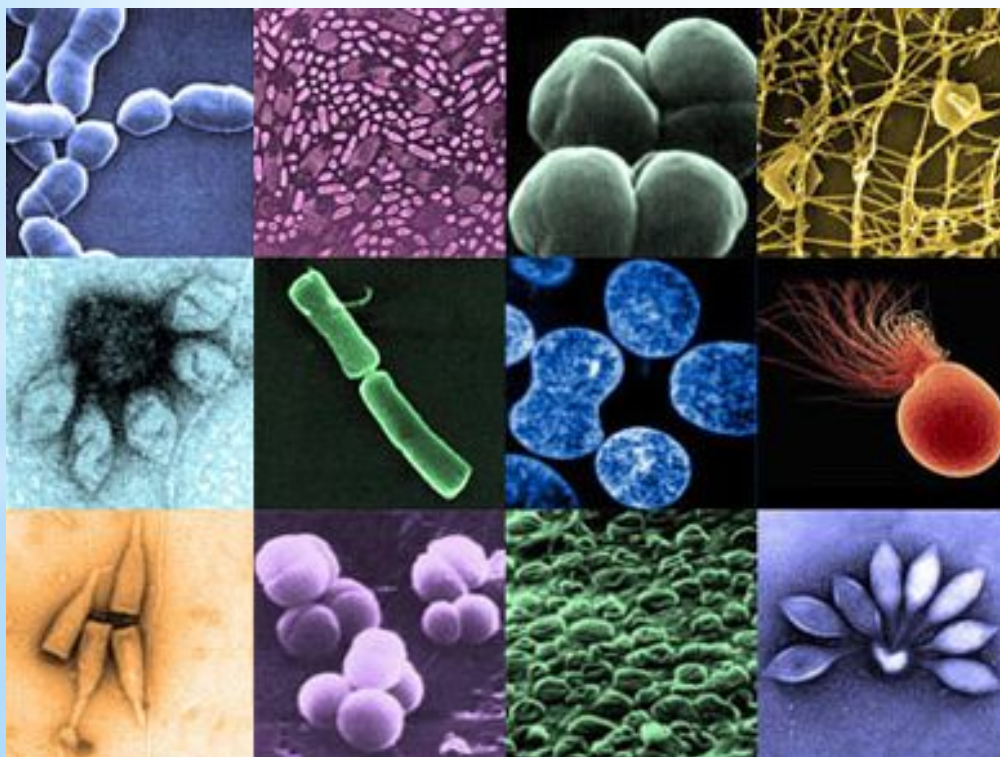


СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ.



Руководитель: Л.А.Роппельт

Разработал:

студент 4 курса группы 43

специальности 34.02.01

Сестринское дело очно-заочной
формы обучения

А.В. Пятницкая

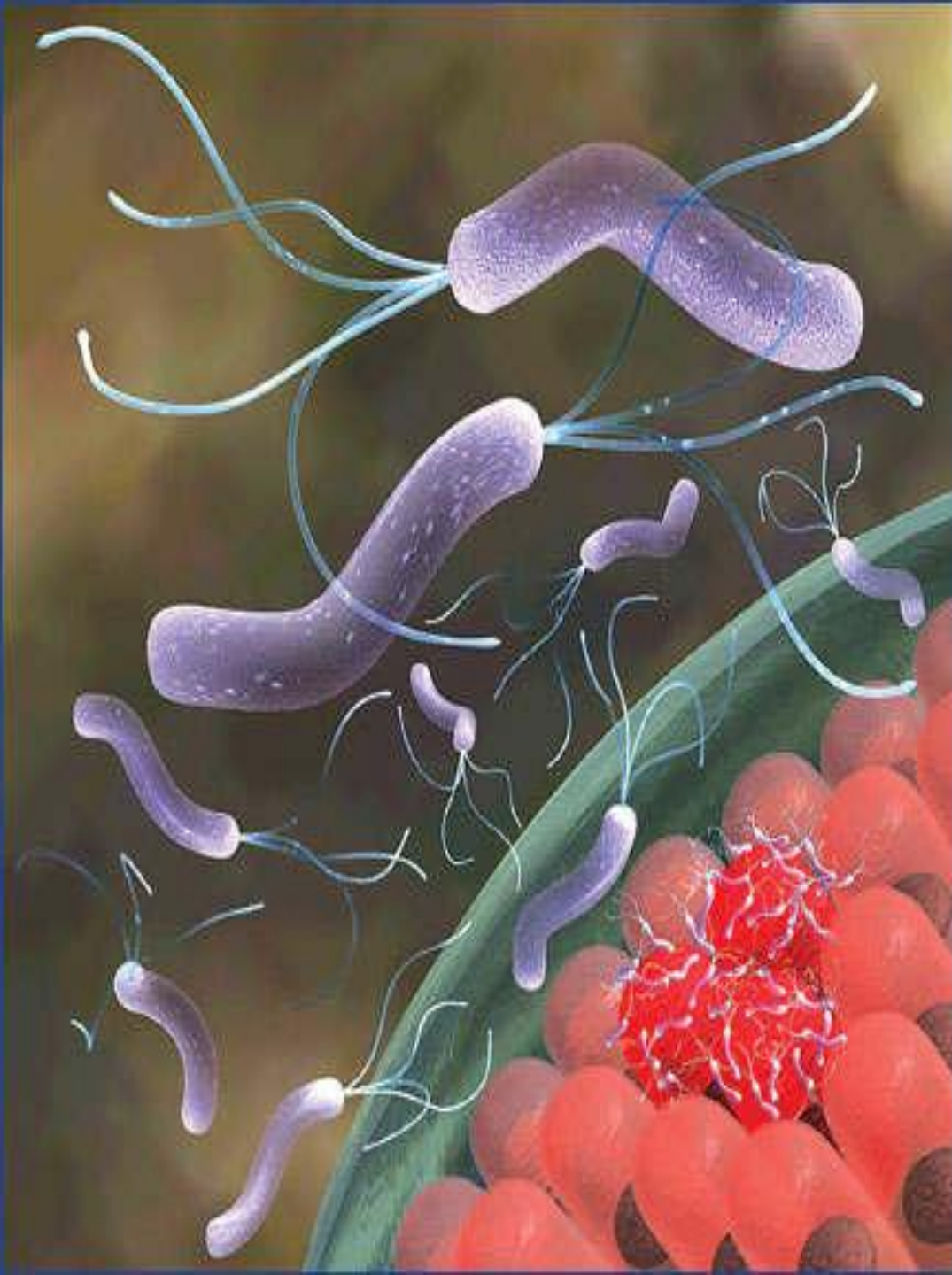
Красноярск, 2020

Цель работы:

- изучение методов диагностики Нр: инвазивных и неинвазивных;
- исследование методов лечения;
- определение проблем реинфекции .

Задачи:

- провести анализ динамики и частоты купирования симптомов Нр ассоциированных заболеваний на фоне проведения четырехкомпонентной антихеликобактерной терапии;
- оценить частоту развития нежелательных реакций, а также доли пациентов с хорошей, удовлетворительной, неудовлетворительной переносимостью назначенной терапии;
- провести анализ клинических диагнозов и эндоскопических заключений в условиях реальной клинической практики;
- определение методов диагностики, используемых в реальной клинической практике для первичного выявления инфекции *H. pylori* и контроля эффективности эрадикации;
- уточнение доступности методов диагностики инфекции *H. pylori* в реальной клинической практике в регионах России.

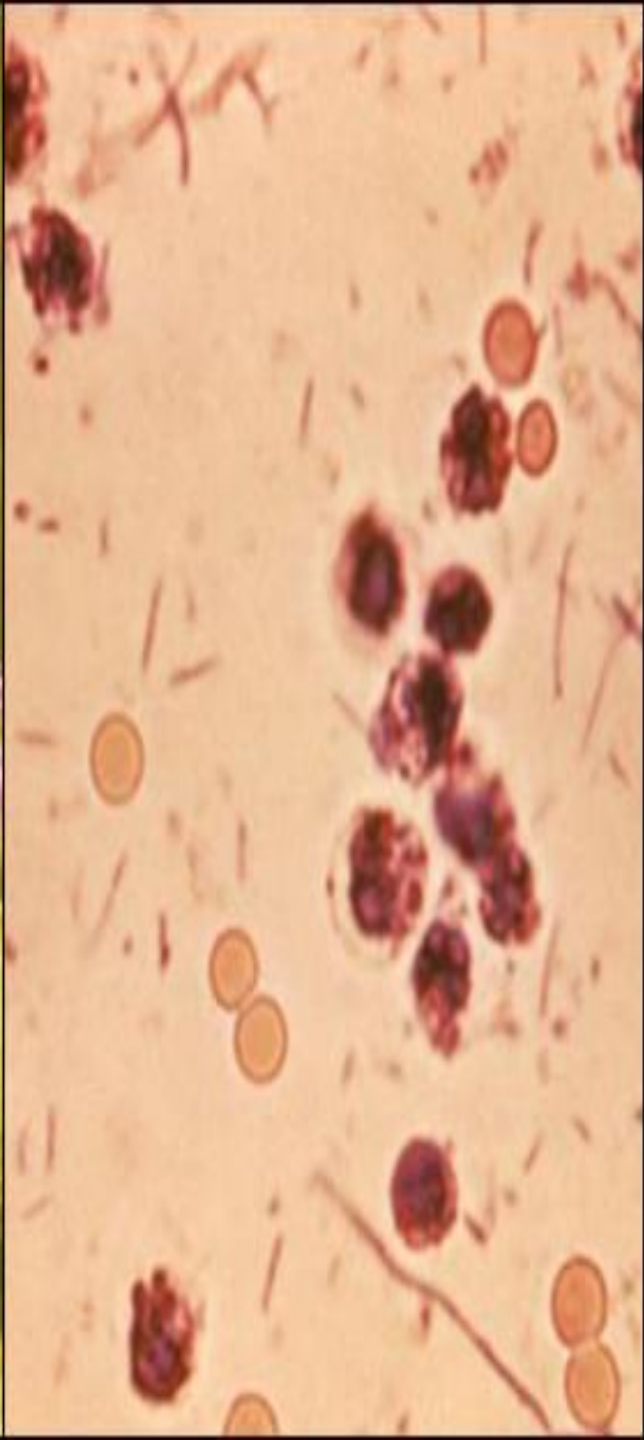
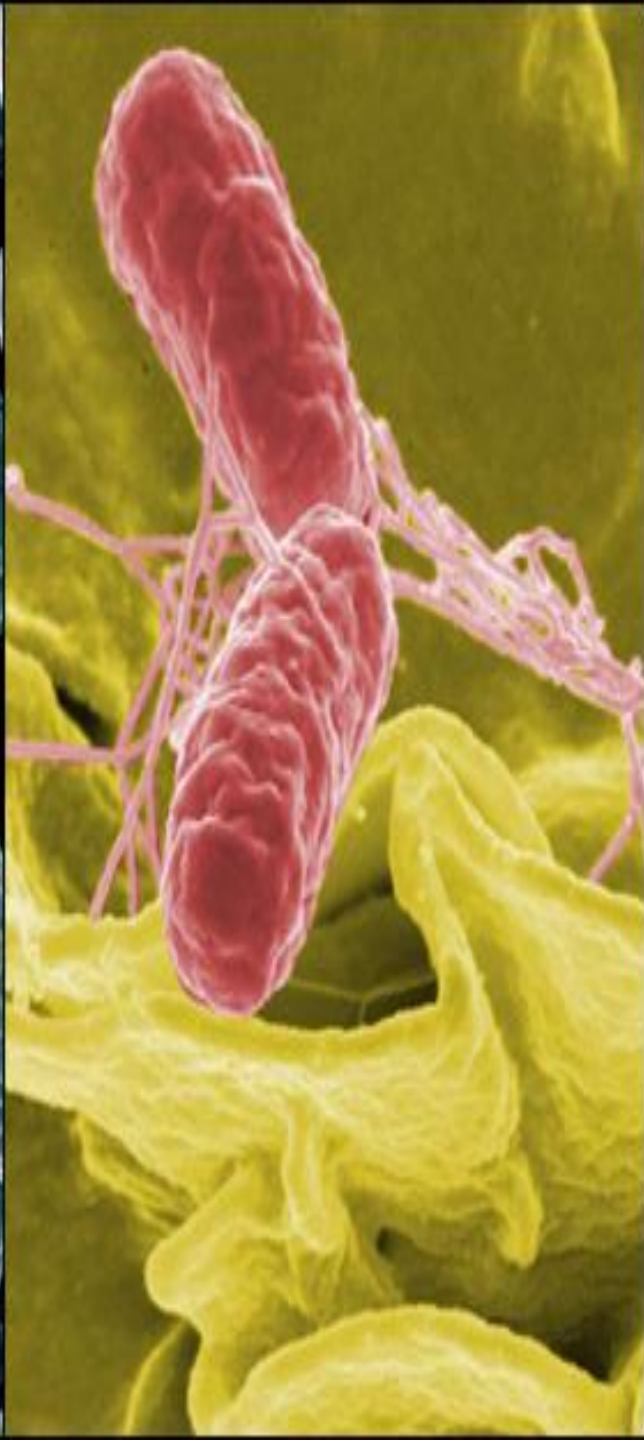
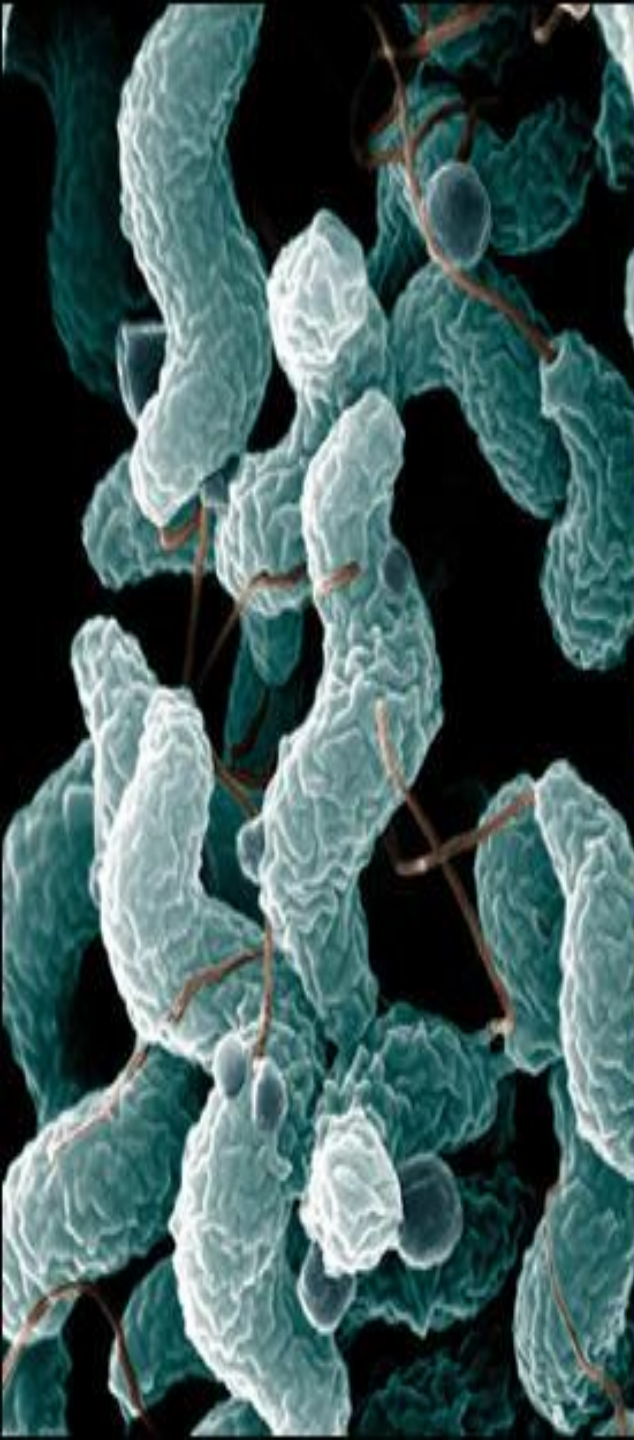


Основными проблемами диагностики и эрадикации являются:

- первичная диагностика инфекции Нр, как правило, проводится только одним методом, чаще инвазивным, два и более метода диагностики используются крайне редко;
- не учитываются индивидуальные особенности пациентов (заболевания, прием препаратов);
- малая доступность многих методов диагностики данной инфекции;
- наиболее доступными остаются быстрый уреазный тест, гистологическое исследование биоптатов и серологическое определение антител к Нр, при этом отмечается повсеместное внедрение теста на выявление антигена Нр в кале;
- отсутствие, по разным причинам, в условиях реальной практики возможности выдержать необходимый временной промежуток перед проведением контроля эрадикации (контроль эффективности антихеликобактерной терапии, независимо от используемых тестов, должен проводиться не ранее 4 недель после окончания курса эрадикационной терапии);

- для контроля эрадикации чаще используются неинвазивные методы, два метода диагностики используются редко;
- низкий комплайнс пациентов (отступление от клинических рекомендаций,);
- недостаточная информированность об особенностях применения тех или иных диагностических тестов;
- проведение эрадикации Нр при отсутствии прямых показаний (в рутинной клинической практике она наиболее часто проводится при язвенной болезни и хроническом гастродуодените).

Все выше перечисленные факторы делают диагностику Нр не всегда верной, а эрадикацию малоэффективной, а следовательно увеличивают процент реинфицирования. В результате растет уровень распространённости резистентных к кларитромицину штаммов Нр.



ЖГУТИКИ

колонизация клеток хозяина после проникновения под слизистую оболочку и хемотаксис

УРЕАЗА

- нейтрализация кислоты в желудке;
- повреждение слизистой оболочки желудка аммиаком

ЛИПОПОЛИСАХАРИДЫ

- прикрепление к клеткам хозяина;
- воспаление

БЕЛКИ ПОВЕРХНОСТИ

- прикрепление к клеткам хозяина;

Экзотоксины

образующий вакуоли токсин (VacA)
повреждение слизистой оболочки



Экзоферменты

(протеазы, липазы, муциназы)
повреждение слизистой оболочки

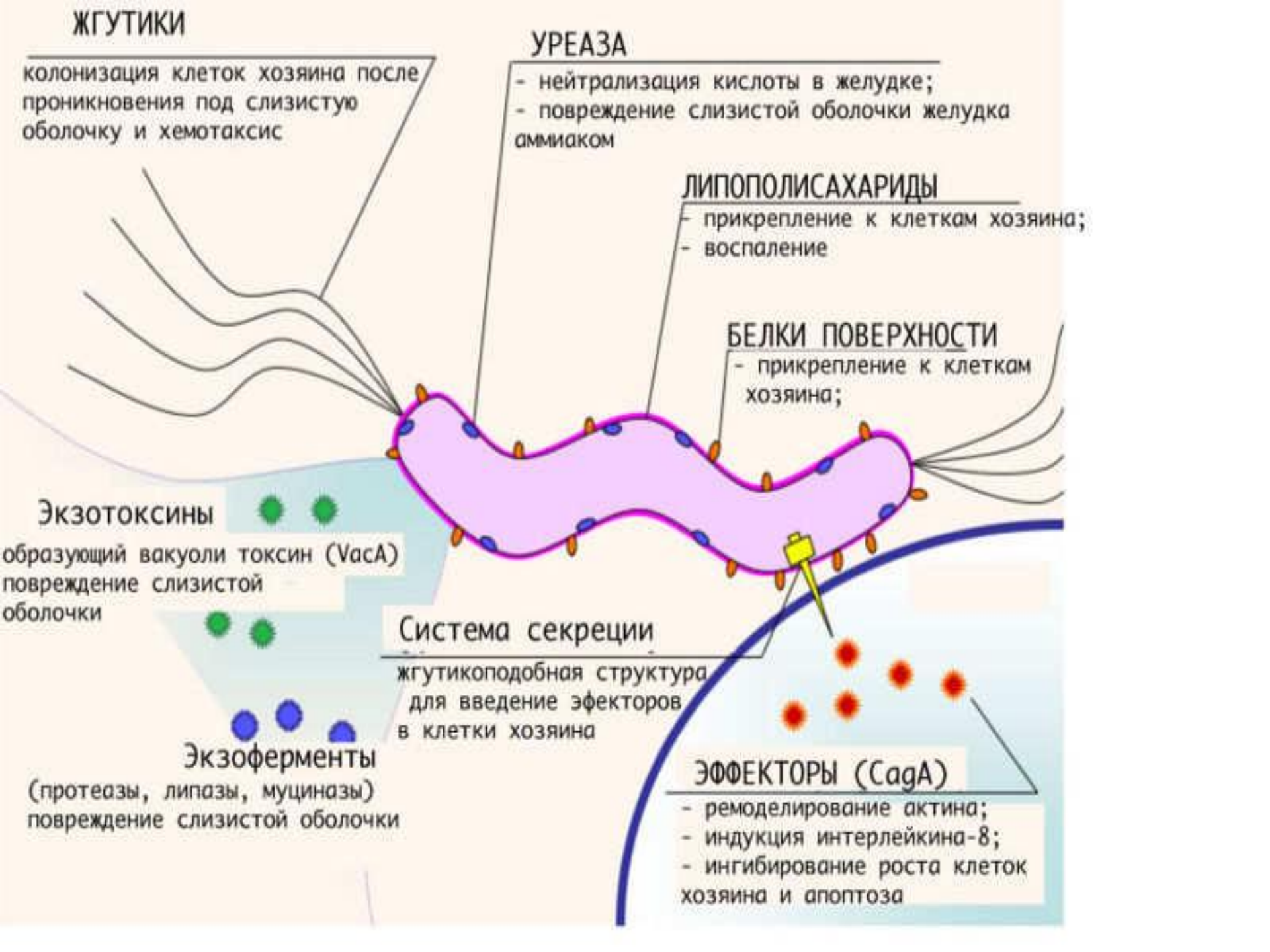


Система секреции

жгутикоподобная структура
для введение эффекторов
в клетки хозяина

ЭФФЕКТОРЫ (CagA)

- ремоделирование актина;
- индукция интерлейкина-8;
- ингибирование роста клеток хозяина и апоптоза



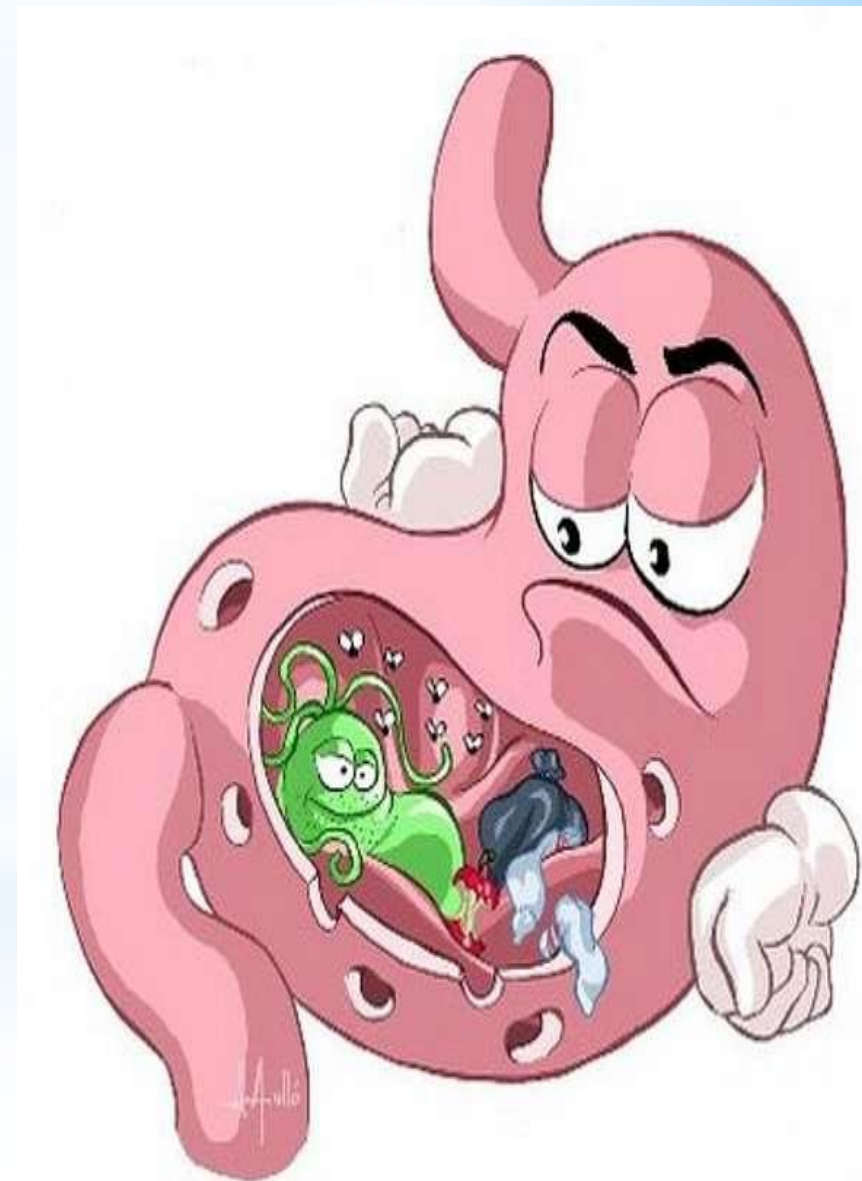
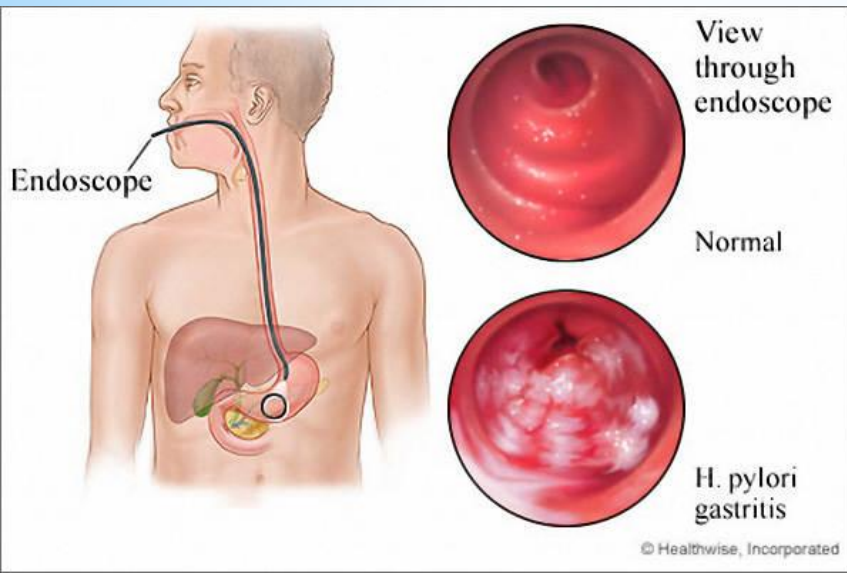
Клинические проявления

- ❖ Обострения хеликобактериозной инфекции редких локализаций (пищевода, тонкого и толстого кишечника) обычно сопровождают обострения патологии основной локализации. При этом воспалительный процесс в пищеводе проявляется дисфагией, в кишечнике - склонностью к диарее, метеоризмом и флатуленцией. Возможно также бессимптомное течение хеликобактериоза, которое подтверждается лишь обнаружением возбудителя в слизистой оболочке желудка. Максимальная продолжительность бактерионосительства в этом случае не установлена.



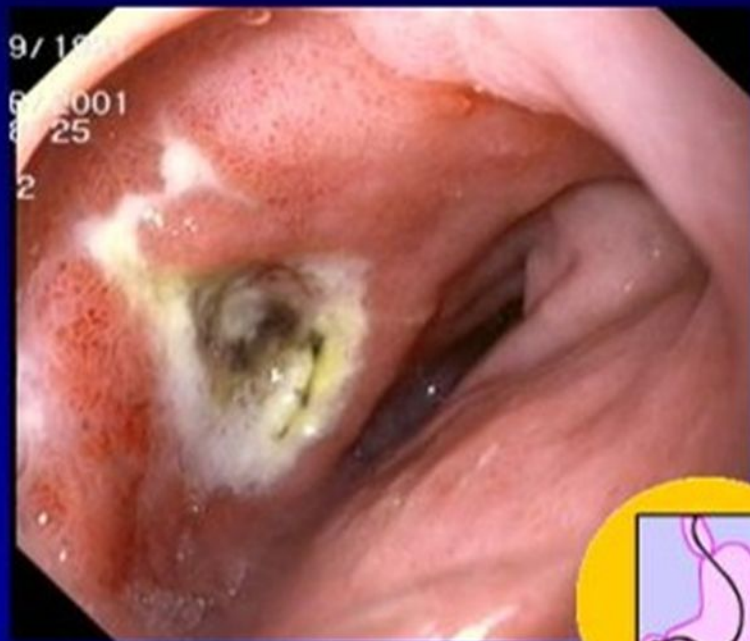
- ❖ Вместе с тем, очевидно, что и данный вариант может приобрести манифестный характер, трансформировавшись в хронический гастрит (гастродуоденит) при возникновении в организме бактерионосителя тяжелого иммунодефицита.

Гастроскопия



Гастроскопия

Duodenal Ulcer (DU)



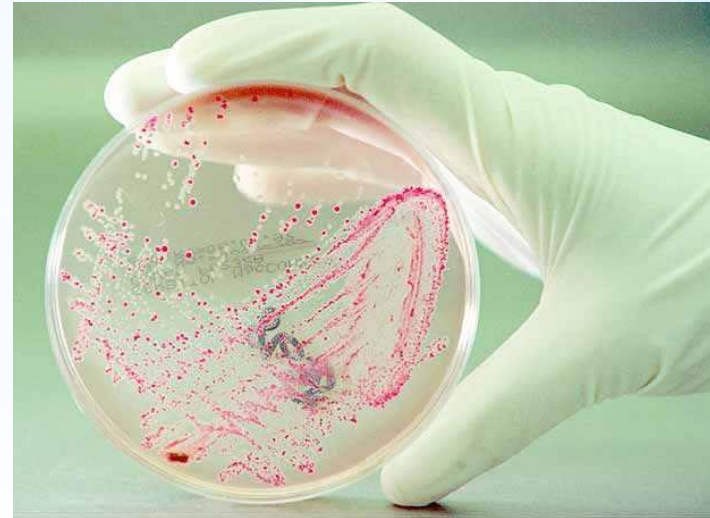
Gastric Ulcer (GU)



Лабораторная диагностика

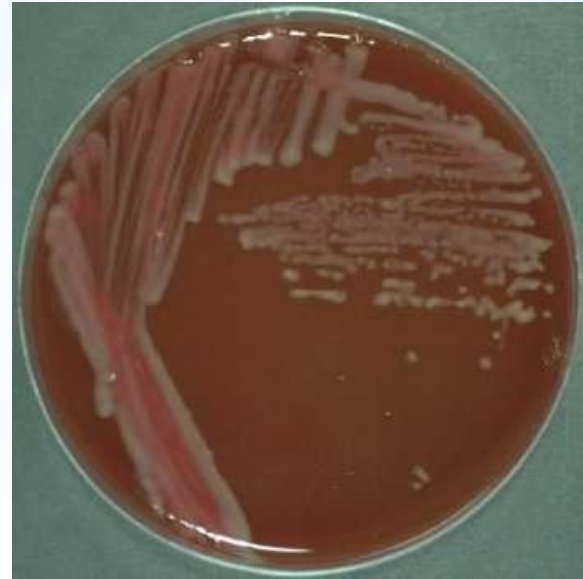
I. Бактериологические методы:

1. обнаружение бактерий в мазках-отпечатках:
темнопольная микроскопия,
иммунофлюоресценция;
2. выделение культуры хеликобактера.



Лабораторная диагностика

II. Иммунохимические
(серологические)
методы : обнаружение
антител к возбудителю
методами ИФА, ИБ, РСК,
РНГА, РАЛ.



Лабораторная диагностика

III. Морфологические методы:
выявление хеликобактеров в
биоптатах при окраске
препаратов по Романовскому-
Гимзе, по Граму,
акридиновым оранжевым или
серебрением по Уортину-
Стерри.



Рис. 3.107. Мазок из чистой культуры *S. jejuni*. Окраска по Граму.
Кампилобактерии — грамтрицательные извитые бактерии (0,2–0,5 x 0,5–5 мкм), имеющие S-образную форму с одним витком и более. При старении — переходят в кокковидную форму. В мазках из патологического материала часто располагаются попарно в виде «летающей чайки». Капсул не образуют. Подвижны (по одному жгутику на одном или обоих концах). По O- и H-антигенам подразделяются на 60 сероваров. Микроаэрофилы. Факторы вирулентности: эндотоксин, адгезины



Лабораторная диагностика

IV. Биохимические методы:

- 1) уреазный тест с биоптатами (CLO-test);
- 2) аэротест, при котором в выдыхаемом воздухе определяется содержание аммиака.

V. Изотопные методы :

- 1) проводится определение содержания в выдыхаемом воздухе количества C^{13} или C^{14} после принятия пациентом внутрь мочевины, предварительно меченой указанными изотопами;
- 2) концентрацию N^{15} , которым метят мочевины, определяют в моче.



Лабораторная диагностика

VI. Молекулярно-генетические методы:

- 1) полимеразная цепная реакция (ПЦР), в том числе, что особенно удобно, в слюне;
- 2) реакция молекулярной гибридизации.



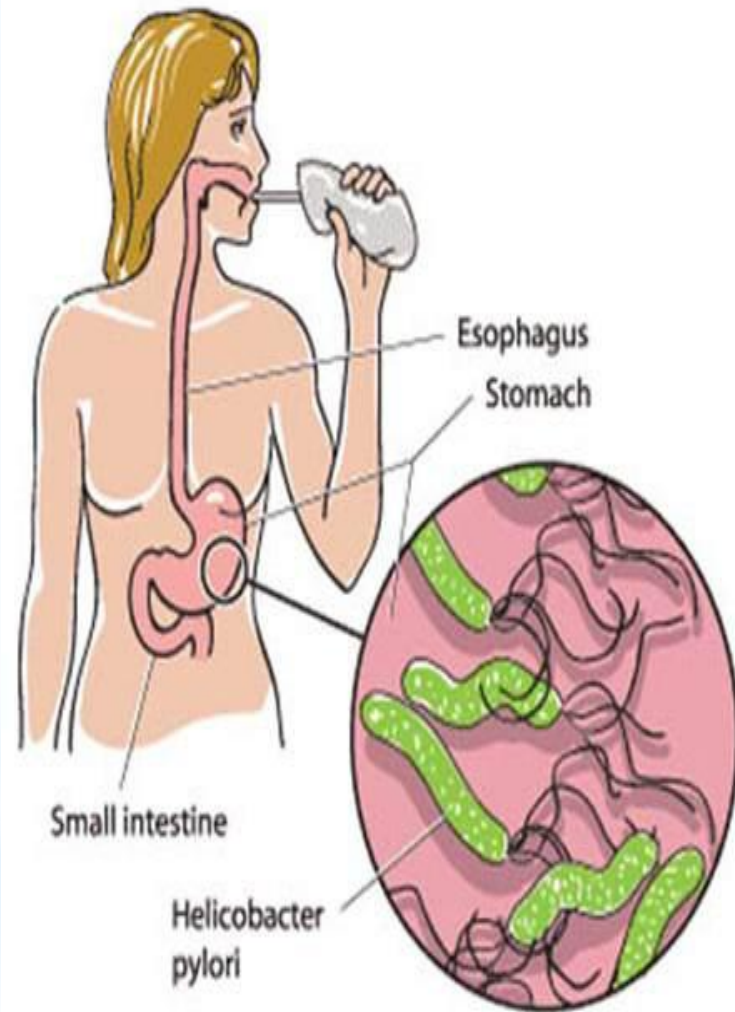
Заключение

Хеликобактер передаётся через руки, слюну, посуду, при поцелуях и т.д.

Микроб может попасть в наш организм с инфицированной пищей и водой. Потом попадая на слизистую желудка, размножается, образуя микробные колонии. И начинает разъедать слизистую - так появляются очаги воспаления, которые ведут сначала к гастриту, а потом и к язве.

Заболевают далеко не все, имеются группы риска. Чем больше повреждений на слизистой желудка, тем вольготнее там будет хеликобактер.

Факторы риска: стрессы, курение, алкоголь, неправильное питание, приём некоторых лекарств!



Спасибо за внимание !

